

Brochure n° 3104 | Convention collective nationale

IDCC : 176 | **INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE**

Avenant du 3 mars 2022
à l'accord collectif du 9 juillet 2015
relatif au régime de prévoyance des salariés

NOR : ASET2250537M

IDCC : 176

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

LEEM ;

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

UNSA ;

FNIC CGT ;

FCE CFDT ;

FNP FO ;

CMTE CFTC ;

CFE-CGC Chimie,

d'autre part,

il est convenu ce qui suit :

Préambule

Afin de préserver la solidarité intergénérationnelle et interentreprise du régime de prévoyance de l'industrie pharmaceutique, le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises du médicament et, ainsi, ne comporte pas de stipulation spécifique pour les entreprises de moins de cinquante salariés.

Article 1^{er} | Modification des articles 11, 12 et 13

Les dispositions des articles 11, 12 et 13 de l'accord collectif du 9 juillet 2015 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 11 | Bénéficiaires du régime et affiliation obligatoire

Est réputé bénéficiaire du présent régime de prévoyance tout salarié et toute personne assimilée au sens de l'article L. 311-3 (11° et 12°) dudit code, y compris les VRP liés à une entreprise entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique (CCNIP).

Le terme de bénéficiaire s'applique à toutes les dispositions du présent accord et de ses avenants.

Les garanties définies par le présent accord sont suspendues pour les bénéficiaires dont l'activité est suspendue. À l'issue de cette suspension, ils bénéficient de l'intégralité des garanties du présent accord sans formalité.

Toutefois, la suspension du présent régime de protection sociale ne joue pas pour les bénéficiaires dont les périodes de suspension sont indemnisées ou en cas d'activité partielle telle que prévue à l'article L. 5122-1 du code du travail. L'indemnisation peut prendre la forme :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- et/ou d'indemnités journalières (d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le régime obligatoire ;
- et/ou d'indemnités journalières complémentaires (d'une rente d'invalidité ou d'incapacité complémentaire) au régime obligatoire, financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- et/ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, d'un maintien, total ou partiel, de revenus, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise, qu'elles soient versées directement par cette dernière ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les revenus de remplacement, quelle que soit leur dénomination, versés par l'employeur comprennent notamment :

- l'allocation du congé de reclassement, prévu à l'article L. 1233-71 du code du travail ;
- la rémunération versée pendant la période excédant le préavis du congé de mobilité prévu à l'article L. 1237-18 du code du travail ;
- l'indemnité d'activité partielle prévue à l'article L. 5122-1 du code du travail et l'allocation complémentaire prévue à l'article L. 3232-5 ;
- la rémunération versée au titre d'un dispositif de préretraite prévu par accord d'entreprise (congé de fin de carrière, cessation anticipée d'activité...).

Dans certaines conditions visées à l'article 12 du présent accord ci-dessous, sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit, certaines personnes peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime maladie-chirurgie-maternité des salariés, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur.

En outre, la limitation des remboursements du régime au montant des frais réellement engagés restant à la charge du bénéficiaire après déduction des diverses indemnités auxquelles il a droit, s'apprécie acte par acte.

Article 12 | Adhérents à titre facultatif

Peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime maladie-chirurgie-maternité, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur, sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- le conjoint, le concubin de l'assuré ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) bénéficiant des prestations en nature de la sécurité sociale, autres que ceux définis à l'article 17.1 ;
- les salariés ayant leur contrat de travail suspendu, autre que ceux définis à l'article 11, notamment dans le cadre de congé parental total, de congé sans solde, de congé sabbatique et de congé de formation individuel non indemnisé ;
- les stagiaires dès lors qu'ils bénéficient d'un régime de base de sécurité sociale leur offrant des prestations en nature ;

- les enfants de l'assuré, de son conjoint, ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Cette adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois même non consécutifs ;
- les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayants droit d'un assuré.

Peuvent adhérer au régime des anciens salariés, selon les modalités prévues par l'accord du 22 juin 2007 sur le régime frais de soins de santé des anciens salariés :

- en cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires de la rente éducation ou de la rente temporaire de conjoint ou ceux qui auraient pu en bénéficier si l'option correspondante avait été choisie par l'assuré ; cette adhésion doit intervenir dans les 6 mois du décès, tel que prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais de soins de santé des anciens salariés. En tout état de cause, l'adhésion des intéressés au régime des anciens salariés cesse au même moment que le bénéfice de la rente éducation ou de la rente temporaire de conjoint.

Le montant de la cotisation appelée par l'assureur auprès de l'assuré est fixé après consultation du comité paritaire de gestion du régime de prévoyance.

Article 13 | Assiette et base des cotisations

13.1. Assiette et base des cotisations

13.1.1. Assiette annuelle des cotisations

L'assiette des cotisations est celle définie aux articles L. 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale telle que définie à la date d'entrée en vigueur du présent accord. Si cette assiette venait ultérieurement à être modifiée, les parties signataires du présent accord se réuniraient afin de décider d'une éventuelle révision de l'assiette des cotisations.

Bien que non qu'il soit ou non soumis à cotisation de sécurité sociale, est également intégré dans l'assiette des cotisations, tout autre revenu de remplacement, quelle que soit sa dénomination, versé par l'employeur en cas de suspension du contrat de travail, et notamment :

- l'allocation du congé de reclassement, prévu à l'article L. 1233-71 du code du travail ;
- la rémunération versée pendant la période du congé de mobilité prévu à l'article L. 1237-18 du code du travail, versée pendant la durée excédant le préavis ;
- l'indemnité d'activité partielle prévue à l'article L. 5122-1 du code du travail et l'allocation complémentaire prévue à l'article L. 3232-5 ;
- la rémunération versée au titre d'un dispositif de préretraite prévu par un accord d'entreprise (congé de fin de carrière, cessation anticipée d'activité...).

Toutefois, sont exclus de l'assiette des cotisations :

- les gratifications exceptionnelles ;
- les indemnités ou primes de transport ;
- les remboursements de frais de toute nature ;
- les indemnités de licenciement ou de départ et toute somme versée à l'occasion du départ en dehors du dernier salaire ;
- les indemnités de non-concurrence et indemnités de clientèle ;
- les indemnités de précarité d'emploi ;
- toute réintégration des cotisations de retraite ou de prévoyance intervenant dans le cadre des dispositions de l'article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004

relative à la réforme de l'assurance maladie et des dispositions réglementaires d'application ;

- les indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- les indemnités journalières du régime de prévoyance ;
- les indemnités ou primes versées pour événements familiaux ;
- les sommes issues de la participation ou de l'intéressement ou d'un compte épargne temps.

13.1.2. Base annuelle des cotisations

La base de la cotisation afférente au risque décès-incapacité-invalidité est l'assiette définie ci-dessus, limitée à huit fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

La base de la cotisation afférente au risque maladie-chirurgie-maternité est :

- pour une part, l'assiette définie ci-dessus, limitée à quatre fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période ;
- pour une part, le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

La base de la cotisation afférente au fonds sur le haut degré de solidarité est le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

13.2. Assiette et base des garanties

13.2.1. Assiette annuelle des garanties

Les éléments entrant dans l'assiette des garanties sont ceux rentrant dans l'assiette des cotisations définies à l'article 13.1.1 qui précède.

13.2.2. Base annuelle des garanties

La base des garanties, servant au calcul des prestations à verser à un bénéficiaire, est fixée à la somme des éléments rentrant dans l'assiette des garanties tels que définis ci-dessus perçus par l'intéressé au cours de la période de référence constituée des 12 derniers mois civils de pleine activité précédant celui au cours duquel :

- s'est produit le décès ou l'arrêt de travail, limitée à huit fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période, pour les prestations à verser en cas de décès (prestations en capital) ou d'arrêt de travail ;
- s'est produit le décès, limitée à quatre fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période pour la rente éducation ou pour la rente temporaire de conjoint à verser en cas de décès.

Lorsqu'un sinistre survient pendant une période de suspension de contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties, la période de référence est constituée des 12 mois civils qui précèdent le mois de la suspension du contrat de travail.

Concernant les salariés ayant travaillé à temps complet, puis à temps partiel ou inversement dans la même entreprise, la base de calcul des garanties décès visée à l'article 13.2 du présent accord est calculée proportionnellement aux périodes d'emploi effectuées à temps complet et à temps partiel depuis leur entrée dans l'entreprise.

Lorsqu'un sinistre survient moins de 1 an après l'affiliation de l'assuré au bénéfice du régime ou si pendant la période de référence servant au calcul de la base des garanties sa rémunération a été réduite ou suspendue pour cause de maladie ou d'accident ou de suspension de contrat de travail indemnisée, la base de garantie est reconstituée, *pro rata temporis* à partir des éléments la constituant correspondant aux mois civils

de présence à temps complet au cours desquels la rémunération n'a été ni réduite ni suspendue versés antérieurement à la date du sinistre ouvrant droit aux prestations.

En cas de reprise effective de travail de moins de 2 mois entre deux arrêts de travail indemnisés par le régime de prévoyance, la base de garantie à retenir pour le calcul des prestations est la même base que celle prise en compte pour le précédent arrêt de travail.

S'il s'est écoulé plus de 6 mois entre la fin du dernier mois retenu pour le calcul de la base de garantie de pleine activité et la date d'exigibilité de la première prestation, la base des garanties est revalorisée suivant les modalités techniques définies par le comité paritaire de gestion. »

Article 2 | Modification de l'article 16

Les dispositions de l'article 16 de l'accord collectif du 9 juillet 2015 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 16 | Couverture en cas d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente

16.1. Principe général

16.1.1. Règles de limitation

Pour les prestations définies au présent article, le total des sommes nettes perçues annuellement par le salarié, notamment au titre de la rémunération versée par l'entreprise, de la prestation en espèces de la sécurité sociale, de celle du régime de prévoyance au titre de l'incapacité complète temporaire de travail ou de l'invalidité, ne peut en aucun cas excéder 100 % de la base des prestations nette telle que définie à l'article 13.2 éventuellement revalorisée conformément aux dispositions du présent accord, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie, indemnisation nette et rémunération nette s'entendent après déduction des cotisations sociales y compris contributions CSG (contribution sociale généralisée) et CRDS (contribution au redressement de la dette sociale) et avant déduction de l'impôt sur le revenu.

Si l'incapacité ou l'invalidité intervient pendant une période de suspension de contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties, le total des sommes nettes perçues par le salarié pendant la durée de suspension ne pourra pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette qu'il aurait perçue pendant la période de suspension s'il n'avait pas été en incapacité ou invalidité. Si l'incapacité ou l'invalidité se poursuit au-delà de la période de suspension, la limitation prévue au 1^{er} alinéa du présent article s'applique (limitation à la base de prestations nette éventuellement revalorisée).

Pour être pris en charge par le présent régime, en relais du maintien de salaire de l'employeur selon les dispositions visées ci-dessous, l'entreprise est tenue de déclarer à l'organisme gestionnaire l'arrêt de travail dans les 12 mois qui suivent le 1^{er} jour de l'arrêt de travail. À défaut, l'arrêt est indemnisable par le régime, au plus tôt à compter de la date de réception de la déclaration par l'employeur.

16.1.2. Règles de limitation en cas de reprise d'activité

Par dérogation à ce qui précède, lorsqu'un salarié reprend son activité à temps partiel ou réduit tout en bénéficiant :

- d'indemnités journalières, pour motif thérapeutique dans les conditions prévues à l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale ;
- d'une rente, en cas d'invalidité (1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale) ;

- d'une rente d'incapacité versée en application de la législation sur les accidents de travail et maladies professionnelles, ouvrant droit au versement des prestations périodiques du régime de prévoyance.

Le montant de la prestation servie au titre du régime de prévoyance est alors limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % de la base des garanties nette définie à l'article 13.2.2 du présent accord, éventuellement revalorisée conformément aux dispositions du présent accord ;
- d'autre part, le cumul de la prestation en espèces nettes de CSG-CRDS maintenue par la sécurité sociale et de la base des garanties nette définie à l'article 13.2.2 multipliée par le taux de travail à temps partiel. La base des garanties nette retenue est celle en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail après déduction des cotisations sociales y compris CGS et CRDS en vigueur à cette date, éventuellement revalorisée comme les prestations du régime de prévoyance.

Les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail, quel qu'en soit le motif, ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime.

Les règles de limitation sont précisées dans le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) auprès des organismes et/ou le règlement de gestion lié à ce(s) contrat(s). Ces règles s'imposent à l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique.

16.2. Incapacité temporaire complète de travail. – Maladie de longue durée

16.2.1. Franchise

Est définie « franchise », la période débutant le premier jour d'arrêt de travail et finissant la veille du début de l'indemnisation du régime de prévoyance.

16.2.1.1. Assuré ayant 1 an d'ancienneté effective dans l'entreprise, au premier jour d'arrêt de travail

Lorsque l'assuré se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail, constaté par le médecin traitant et pris en charge au titre des indemnités journalières maladie de la sécurité sociale ou relevant de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, l'indemnisation du régime de prévoyance intervient en relais de celle prévue à l'article 27.3 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique.

La franchise est ainsi égale à la durée du maintien de salaire par l'employeur prévue à l'article 27.3 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique.

16.2.1.2. Assuré ayant moins de 1 an d'ancienneté effective dans l'entreprise, au premier jour d'arrêt de travail

Lorsque l'assuré se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail constaté par le médecin traitant et pris en charge au titre des indemnités journalières maladie de la sécurité sociale le régime intervient à partir du quatrième jour inclus d'arrêt. La franchise est ainsi égale à 3 jours.

Lorsque l'assuré se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail constaté par le médecin traitant et relevant de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles le régime intervient à partir du premier jour inclus dès lors que la durée de cet arrêt est égale ou supérieure à 3 jours.

16.2.2. Montant

16.2.2.1.

Lorsque l'assuré se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail, ne relevant pas de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, constaté par le médecin traitant et pris en charge au titre des indemnités journalières maladie de la sécurité sociale, l'indemnisation du régime de prévoyance est égale à 80 % de la base des prestations telle que définie à l'article 13.2.2 sous déduction des prestations en espèces versées par la sécurité sociale.

En tout état de cause, l'indemnisation nette du salarié ne pourra pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette équivalant à la base annuelle des garanties. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent y compris après déduction des contributions CSG (contribution sociale généralisée) et CRDS (contribution au redressement de la dette sociale).

16.2.2.2.

Lorsque l'incapacité complète temporaire de travail relève de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, l'indemnité journalière est versée en fonction des mêmes critères que ci-dessus, mais son montant est calculé, dans tous les cas, à raison de 90 % de la base de garantie définie à l'article 13.2.2, sous déduction des prestations en espèces versées par la sécurité sociale.

La base de salaire à retenir pour le calcul des prestations en cas de reprise effective de travail de moins de 2 mois est la même base que celle prise en compte pour le précédent arrêt de travail.

16.2.3.

Lorsque la sécurité sociale décide de suspendre le versement des indemnités journalières de sécurité sociale ou de réduire le montant de ses indemnités, le régime de prévoyance :

- suspendra le versement de l'indemnité journalière complémentaire qu'il prévoit si l'indemnité journalière de la sécurité sociale est suspendue puisque le versement prévu par le régime est subordonné au versement effectif de la prestation de la sécurité sociale ;
- réduira le montant de l'indemnité journalière complémentaire qu'il prévoit si la sécurité sociale réduit en application de la loi son indemnité, et ce dans la même proportion que la sécurité sociale.

16.2.4.

Lorsque l'assuré reprend le travail à temps partiel, le régime peut verser une indemnisation à condition que la sécurité sociale maintienne le versement de sa propre indemnité et selon les dispositions prévues dans le(s) contrat(s) du (des) organisme(s) d'assurance et/ou le(s) règlement(s) de gestion lié(s) à ces contrats. Pour l'application de la règle dite de non-cumul, il est alors fait application des dispositions particulières prévues à l'article 16 du présent accord.

16.2.5.

Les arrêts de travail en application du congé de maternité, prévu aux articles L. 1225-7 à L. 1225-20 et L. 1225-22 du code du travail ouvrant droit aux allocations journalières de l'assurance maternité du régime général de la sécurité sociale, sont exclus de l'indemnisation prévue par le présent accord au titre de l'incapacité temporaire de travail. Il en est de même pour le congé de paternité et d'accueil de l'enfant prévu à

l'article L. 1225-35 du code du travail ouvrant droit aux allocations journalières de l'assurance de paternité et d'accueil de l'enfant du régime général de la sécurité sociale.

16.3. Invalidité permanente

L'assuré n'ayant pas liquidé sa retraite de base de la sécurité sociale (et au plus tard jusqu'à l'âge de la liquidation de ses droits à la retraite à taux plein) et assuré au titre du présent régime, dit participant en état d'invalidité permanente totale ou partielle, peut recevoir du régime de prévoyance une rente d'invalidité qui ne se cumule pas avec l'indemnité journalière d'incapacité temporaire complète de travail ou de longue maladie définie à l'article 16.2 ci-dessus, et ce dans les cas et conditions suivantes.

16.3.1.

L'assuré en état d'incapacité totale de travail et percevant de la sécurité sociale une pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, au titre de la législation du régime général de la sécurité sociale (branche invalidité), reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle dont le montant est calculé en pourcentage de la base annuelle des garanties définie à l'article 13.2 du présent accord, à raison de 30 % de cette base limitée au plafond de la sécurité sociale et 80 % de cette même base pour la partie supérieure à ce plafond.

16.3.2.

L'assuré en état d'invalidité partielle et percevant de la sécurité sociale une pension d'invalidité de la 1^{re} catégorie d'invalidité définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale reçoit du régime la rente annuelle égale à celle prévue en cas d'invalidité totale, réduite de 25 %.

16.3.3.

Lorsque l'assuré est en état d'invalidité totale et perçoit de la sécurité sociale une rente annuelle supérieure ou égale à 50 % de la rémunération prise en compte par la sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, il reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle de base calculée à raison de 90 % de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 du présent accord, sous déduction de la rente annuelle versée par la sécurité sociale.

16.3.4.

Une rente est servie par le régime au participant dont le taux d'incapacité permanente, au titre de la législation de la sécurité sociale sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général (art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale), est au moins égal à 20 % et inférieur à 50 %.

Le montant annuel de la rente est fixé en pourcentage de la base des prestations définie à l'article 13.2 ci-dessus et sous déduction des prestations versées au même titre par la sécurité sociale, soit :

$90 \% \times 2 N$, « N » représentant le taux d'incapacité permanente déterminé par la sécurité sociale.

16.4. Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations servies en couverture des risques, incapacité temporaire et permanente, et invalidité sont en principe revalorisées au 1^{er} avril de chaque année dans la limite des provisions constituées et du fonds de revalorisation visé à l'article 7 du présent accord, sur décision du comité paritaire de gestion. La première revalorisation intervient au plus tôt 6 mois à partir de la date d'arrêt de l'intéressé dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

Les entreprises non adhérentes au RPC décès-incapacité-invalidité sont tenues de proposer un niveau de revalorisation supérieur ou égal au taux de revalorisation visé ci-dessus et à organiser le financement de ces revalorisations. En aucun cas les provisions du RPC décès-incapacité-invalidité ou le fonds de revalorisation de ce régime ne peuvent financer des revalorisations pour les salariés ou anciens salariés des entreprises non adhérentes au RPC décès-incapacité-invalidité.

16.5. Indemnisation des arrêts de travail liés au « Covid 19 »

Jusqu'au 30 juin 2022, les arrêts de travail dérogatoire pour les personnes faisant l'objet d'une mesure d'isolement, décidée par l'assurance maladie, en tant que « contact à risque de contamination » sont assimilés à une incapacité temporaire de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident.

Ces arrêts de travail dérogatoires donnent lieu au versement d'indemnités journalières complémentaires tant qu'ils donnent lieu au versement d'indemnités journalières de la sécurité sociale, dans les mêmes conditions notamment de franchise et de niveau d'indemnisation que les arrêts liés à une incapacité temporaire complète de travail ne relevant pas de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles visée à l'article 16.2 ci-dessus. »

Article 3 | Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur à compter du 1^{er} avril 2022.

Article 4 | Entreprises de moins de 50 salariés

Les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir pour les entreprises de moins de cinquante salariés des dispositions spécifiques types telles que prévues à l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Article 5 | Extension

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

Article 6 | Dépôt

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent accord collectif sera déposé en deux exemplaires auprès des services du ministre chargé du travail et remis au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Fait à Paris, le 3 mars 2022.

(Suivent les signatures.)