
Pharmacie d'officine

BROCHURE JO 3052

IDCC 1996

Convention collective nationale du 3 décembre 1997

[Étendue par arrêté du 13 août 1998, JO 8 septembre 1998]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmacies de France.

Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)(Adhésion par lettre 4 nov. 2005).

Syndicat(s) de salarié(s) :

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques, parachimiques et connexes (CFE-CGC) ;

Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;

Fédération nationale de la pharmacie (FO) ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

UNSA Industrie et Construction

Préambule

Avenant du 3 décembre 1997

[Étendu par arrêté du 13 août 1998, JO 8 septembre 1998]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France ;

Fédération Nationale des Pharmacies de France.

Syndicat(s) de salarié(s) :

Fédération Nationale du Personnel d'Encadrement des Industries chimiques, parachimiques et connexes (CFE.-CGC) ;

Fédération Nationale des Industries Chimiques (CGT) ;

Fédération Nationale de la pharmacie "Force Ouvrière" ;

Fédération Nationale des Syndicats Chrétiens des Services de Santé et Sociaux (C.F.T.C.).

Article 1

Le texte de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine signée à Paris le 1^{er} avril 1964, mise à jour du 13 avril 1992 et étendue par arrêté du 27 novembre 1992, ses avenants et annexes sont remplacés par le texte ci-après qui se substitue en son entier aux dispositions antérieures.

Article 2

La Convention dont le texte figure ci-après entrera en application à compter de la date de son arrêté d'extension et viendra se substituer à cette date aux dispositions antérieurs de la Convention Collective de la Pharmacie d'Officine étendue du 1^{er} avril 1964, mise à jour du 13 avril 1992, ses avenants et annexes, qu'elle abroge et remplace en leur ensemble.

Article 3

Sont toutefois annexés au texte ci-après dont ils forment partie intégrante les avenants et accords suivants :

— Annexe à l'avenant modifié du 28 mars 1969 à la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine du 1^{er} avril 1964, relatif au régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine.

— Accord collectif du 16 décembre 1991 portant création de la Commission nationale paritaire de l'emploi de la pharmacie d'officine.

— Accord collectif du 16 décembre 1991 portant adhésion des pharmacies d'officine au fonds d'assurance-formation

des professions libérales.

- Accord collectif du 16 décembre 1991 relatif à la retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine.
- Protocole d'accord du 21 juin 1993 relatif au repos hebdomadaire dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine.
- Accord collectif national modifié du 21 février 1994 relatif aux objectifs et priorités de la formation professionnelle dans la pharmacie d'officine.
- Accord de salaires du 3 décembre 1997.
- Avenant du 3 décembre 1997 à la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine du 1^{er} avril 1964, relatif à la prime d'équipement (cadres et non cadres).
- Accord collectif national relatif au développement du paritarisme et au financement de la négociation collective dans la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

Article 4

Les parties signataires du présent accord s'engagent à effectuer dans les plus brefs délais, à l'initiative de la partie la plus diligente, l'ensemble des formalités nécessaires à son extension à l'ensemble des employeurs et des salariés compris dans son champ d'application.

Dispositions générales

Article 1

Champ d'application

Mod. par Avenant 30 janv. 2008, étendu par arr. 27 oct. 2008, JO 6 nov., applicable à compter du 1^{er} mars 2008 (Avenant 30 janv. 2008, étendu) La présente convention collective nationale, règle sur le territoire national tant métropolitain que dans les DOM, au sein des pharmacies d'officine « code NAF 47.73Z (anciennement code NAF 52.3A) » - les rapports de travail entre les employeurs et le personnel salarié, cadre et non cadre.

La présente convention fixe par ailleurs, à la suite de ses dispositions générales, les dispositions spécifiquement applicables aux cadres.

Article 2

Durée

La présente convention est conclue pour une durée indéterminée. Elle entrera en application à compter de la date de son arrêté d'extension et viendra se substituer à l'ensemble des dispositions et annexes de la convention collective nationale de la Pharmacie d'Officine étendue du 1^{er} avril 1964, mise à jour du 13 avril 1992, qu'elle abroge et remplace dans toutes ses dispositions.

Article 3

Mise à disposition de la convention

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE CGC) ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;

Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) ;

Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;

UNSA.

Dans le cadre de son obligation générale d'information des salariés sur les textes conventionnels applicables dans l'entreprise, l'employeur tient un exemplaire à jour de la présente convention collective à la disposition des salariés sur le lieu de travail ainsi que, le cas échéant, sur l'intranet de l'entreprise.

Article 4

Dénonciation et révision de la convention

La dénonciation par l'une des parties contractantes devra être portée, par lettre recommandée avec accusé de réception, à la connaissance des autres parties contractantes, avec préavis d'un mois.

Toute demande de révision partielle par l'une des parties contractantes devra être portée par lettre recommandée

avec accusé de réception à la connaissance des autres parties contractantes avec préavis d'un mois.

Aucune demande de révision ne pourra être introduite dans les quatre mois suivant la mise en vigueur de la dernière révision.

En ce qui concerne les salaires, les demandes de révision peuvent être faites sans tenir compte des règles ci-dessus. La partie dénonçant la convention ou en demandant la révision partielle devra accompagner sa lettre de notification d'un projet de texte relatif aux points faisant l'objet de la dénonciation ou de la révision. Les discussions doivent commencer au plus tard dans les trente jours qui suivront la date figurant sur l'accusé de réception de la lettre recommandée de notification.

Le texte de la convention faisant l'objet d'une dénonciation ou celui des articles faisant l'objet d'une demande de révision partielle restera en vigueur jusqu'à la date d'application des nouvelles dispositions sous réserve de l'application de l'article L. 132-8 du Code du Travail.

Seules sont habilitées à signer les avenants portant révision de la convention, les organisations syndicales représentatives qui sont signataires de la convention ou qui y ont adhéré.

Sous réserve de l'exercice du droit d'opposition prévu à l'article L. 132-7 du Code du Travail, l'avenant portant révision de tout ou partie de la convention, signé par une ou plusieurs organisations syndicales de salariés visée à l'alinéa précédent, se substitue de plein droit aux stipulations de la convention qu'il modifie et est opposable, dans les conditions fixées à l'article L. 132-10 du Code du Travail, à l'ensemble des employeurs et des salariés liés par la convention.

Article 5

Droit syndical et liberté d'opinion

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

5.1

Les parties signataires reconnaissent la liberté d'opinion, ainsi que le droit d'adhérer librement ou d'appartenir à un syndicat professionnel constitué en vertu du livre 1^{er} de la deuxième partie du code du travail. Elles expriment leur attachement à la liberté d'exercice du droit syndical, leur volonté de la voir respectée et sont soucieuses d'en faciliter la mise en œuvre.

Sans préjudice des dispositions prévues aux articles L. 1132-1 et suivants du code du travail relatifs au principe de non-discrimination, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière d'embauche, de formation, d'évolution professionnelle et de rémunération en raison de l'appartenance à un syndicat ou de ses activités syndicales. L'application de ces dispositions aux salariés investis d'un mandat syndical, qui ne devront faire l'objet d'aucune entrave, discrimination ou sanction en raison de leurs fonctions, fera l'objet d'une attention particulière.

L'employeur ne doit par ailleurs user d'aucun moyen de pression en faveur ou à l'encontre d'une organisation syndicale. Il ne doit pas faire obstacle à la diffusion de l'information syndicale lorsque cette diffusion est réalisée conformément aux dispositions légales en vigueur.

Il est de même interdit à tout employeur de prélever les cotisations syndicales sur les salaires de son personnel et de les payer au lieu et place de celui-ci.

Sous réserve de l'interprétation souveraine du juge, toute mesure prise par l'employeur contrairement aux dispositions qui précèdent est considérée comme abusive et peut donner lieu à des dommages et intérêts.

5.2

Des autorisations d'absences rémunérées sont accordées, sur justificatif, aux salariés appelés à siéger en qualité dans les commissions, sous-commissions, groupes de travail paritaires ou toute autre instance institués par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine (CPPNI) ou par la présente convention collective et régulièrement convoqués, sous réserve d'en prévenir leur employeur une semaine au moins avant

la date prévue, sauf urgence.

5.3

Pour faciliter le libre exercice du droit syndical, des autorisations d'absence non rémunérées sont accordées, sur préavis d'au moins une semaine, sauf urgence, aux salariés devant assister aux réunions statutaires des organisations syndicales, sur présentation de documents écrits émanant de celles-ci. Les organisations de salariés s'engagent à n'user de cette faculté que dans la mesure où ces réunions ne pourraient avoir lieu en dehors des heures de travail.

Des autorisations d'absence rémunérées sont accordées sur préavis d'au moins un mois aux salariés désirant participer à des stages ou sessions de formation économique et sociale ou de formation syndicale, dans les conditions et modalités prévues par la réglementation en vigueur.

Les représentants des employeurs et des salariés peuvent organiser des réunions de préparation aux réunions plénières de la CPPNI et de la CPNEFP. Dans ce cas, les salariés bénéficient d'autorisations d'absence non rémunérées, sous réserve de présenter à leur employeur une convocation écrite émanant de leur organisation syndicale une semaine au moins avant la date de la réunion préparatoire. Les dépenses engagées (transports, repas, hébergement) à l'occasion de ces réunions de préparation par les représentants des employeurs et des salariés sont prises en charge par le Fonds National pour le Développement du Paritarisme et le financement de la négociation collective dans la Pharmacie d'officine (FNDP), visé à l'article 2 de l'accord collectif national étendu du 3 décembre 1997 modifié relatif au développement du paritarisme et au financement de la négociation collective, dans des conditions et selon des modalités qu'il détermine.

5.4

Des autorisations d'absences rémunérées sont accordées, sur justificatif, aux salariés appelés à siéger en qualité dans les comités de gestion des organismes de retraite et de prévoyance ou de formation, sous réserve d'en prévenir leur employeur une semaine au moins avant la date prévue, sauf urgence.

Des autorisations d'absence rémunérées sont accordées, sous réserve d'en prévenir leur employeur une semaine au moins avant la date prévue, sauf urgence, aux salariés appelés en qualité à siéger dans les commissions officielles instituées et convoquées par les pouvoirs publics et intéressant la Pharmacie d'officine. Conformément à l'article D. 3142-5-1 du code du travail, le salarié désigné pour participer à un jury d'examen ou de validation des acquis de l'expérience en application des de l'article L. 3142-3-1 adresse à l'employeur, dans un délai qui ne peut pas être inférieur à quinze jours calendaires avant le début de la session d'examen ou de validation, une demande écrite d'autorisation d'absence indiquant les dates et le lieu de la session. Il joint à sa demande une copie de la convocation à participer à un jury d'examen ou de validation des acquis de l'expérience.

5.5

Les absences prévues aux paragraphes 5-2, 5-3 à l'exception des réunions de préparation, et 5-4, comptent comme temps de travail effectif, notamment pour le calcul de la durée des congés payés et l'application des avantages liés à l'ancienneté, ainsi que pour l'ensemble des autres droits résultant pour l'intéressé de son contrat de travail.

5.6

Dans les cas prévus au paragraphe 5-2 ci-dessus, les autorisations d'absence rémunérées, sont prises en charge par le Fonds National pour le Développement du Paritarisme et le financement de la négociation collective dans la Pharmacie d'officine (FNDP), visé à l'article 2 de l'accord collectif national étendu du 3 décembre 1997 modifié relatif au développement du paritarisme et au financement de la négociation collective, dans des conditions et selon des modalités qu'il détermine.

Article 6

Comité social et économique

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

Conformément aux dispositions du code du travail, un comité social et économique est mis en place dans les offi-

cines dont l'effectif est d'au moins onze salariés. Sa mise en place est obligatoire si l'effectif d'au moins onze salariés, tel que déterminé selon les modalités fixées par le code du travail, est atteint pendant douze mois consécutifs. Les attributions, la composition et le fonctionnement du comité social et économique, de même que les modalités d'organisation des élections en vue de sa mise en place sont déterminés par le code du travail.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 2314-33 du code du travail, la durée du mandat des représentants du personnel au comité social et économique est fixée à trois ans.

Article 7

Services de garde et d'urgence en officine

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

Les modalités d'indemnisation des salariés qui participent aux services de garde et d'urgence en officine sont fixées à l'article 4 - Gardes et urgences - de l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000, modifié sur ce point par avenant du 9 avril 2008, sur la réduction du temps de travail dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine.

Article 8

Salaires

(Voir aussi l'annexe Salaires)

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE CGC) ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;

Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) ;

Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;

UNSA.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 23 sept. 2022, JO 11 oct., applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

1

Dispositions générales

Le salaire est la contrepartie du travail.

Les salaires effectivement pratiqués doivent respecter le principe : à travail égal, salaire égal. À ce titre, tout employeur est notamment tenu d'assurer, pour un même travail ou pour un travail de valeur égale, l'égalité de rémunération entre les femmes et les hommes. Sont considérés comme ayant une valeur égale, les travaux qui exigent des salariés un ensemble comparable de connaissances professionnelles consacrées par un titre, un diplôme ou une pratique professionnelle, de capacités découlant de l'expérience acquise, de responsabilités et de charge physique ou nerveuse.

Sous réserve du respect du salaire minimum de croissance (SMIC), tout salarié à la garantie du salaire minimal afférent à sa catégorie, son emploi ou sa position.

La grille des salaires applicables aux différents emplois, catégories et positions est établie en fonction :

- a) de la durée légale du travail, soit 35 heures par semaine ou 151,67 heures par mois ;
- b) du salaire horaire minimal professionnel de base (coefficient 100) ;
- c) de la valeur du point conventionnel de salaire ;
- d) des coefficients hiérarchiques afférents à ces emplois, catégories ou positions. Ces coefficients servent à déterminer les salaires minimaux applicables aux diverses qualifications professionnelles.

En Annexe I à la présente convention collective figurent les définitions des emplois, catégories et positions dans lesquelles sont classés les salariés ainsi que les coefficients hiérarchiques correspondants.

2

Payement du salaire

La rémunération des salariés est indépendante, pour un horaire de travail effectif déterminé, du nombre de jours travaillés dans le mois.

Les salaires doivent être payés au moins une fois par mois à date fixe. Un acompte correspondant, pour une quinzaine, à la moitié de la rémunération mensuelle, est versé au salarié qui en fait la demande.

3

Personnel polyglotte

Le personnel polyglotte a droit à une prime, calculée proportionnellement au nombre d'heures effectives de travail et d'un montant mensuel brut égal à 8 % du salaire minimum de son coefficient, pour l'utilisation professionnelle et régulière d'une langue étrangère, y compris maternelle, sous réserve que l'usage de cette langue étrangère soit indispensable à la communication avec les patients.

Le taux de cette prime est augmenté de 4 points par langue supplémentaire utilisée.

Cette prime ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de paye et n'entraîne aucune modification de coefficient.

4

Titre de conseiller en dermo-cosmétique

Les préparateurs en pharmacie titulaires du titre de conseiller en dermo-cosmétique (code RNCP 22924) et l'ayant obtenu dans le cadre des référentiels de formation en vigueur avant son enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles par arrêté du 19 avril 2011, ont droit à une prime, calculée proportionnellement au nombre d'heures effectives de travail, d'un montant mensuel brut égal à 10 % du salaire minimum de leur coefficient, en cas de pratique régulière des connaissances acquises en dermo-cosmétique dans le cadre de ce titre.

Cette prime ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de paye et n'entraîne aucune modification de coefficient.

5

CQP «dermo-cosmétique pharmaceutique»

Les préparateurs en pharmacie et les pharmaciens adjoints titulaires du certificat de qualification professionnelle (CQP) «dermo-cosmétique pharmaceutique», créé et délivré par la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la Pharmacie d'officine (CPNEFP), perçoivent, sous réserve de pratiquer les activités associées à cette qualification, une prime forfaitaire d'un montant mensuel brut égal à 30 fois la valeur du point conventionnel de salaire.

Cette prime ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de paye et n'entraîne aucune modification de coefficient.

Pour prétendre à cette prime, sont considérés comme pratiquant les activités associées au CQP «dermo-cosmétique pharmaceutique», les préparateurs en pharmacie et les pharmaciens adjoints qui accomplissent, dans leur intégralité, les tâches suivantes :

- le conseil et la vente de solutions de traitement ou de prévention dans le domaine dermo-cosmétique et d'hygiène corporelle ;
- l'organisation et la gestion de l'espace cosmétique de l'officine consistant notamment en l'élaboration de la politique commerciale et promotionnelle du rayon au regard des objectifs commerciaux fixés par l'employeur, l'organisation de l'espace de vente, la définition de l'assortiment, la négociation des achats et la gestion des stocks.

6

CQP «produits cosmétiques et d'hygiène»

Les salariés titulaires du CQP «produits cosmétiques et d'hygiène», créé et délivré par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine, perçoivent, sous réserve de pratiquer les activités associées à cette qualification, une prime forfaitaire d'un montant mensuel brut égal à 20 fois la valeur du point conventionnel de salaire.

Cette prime ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de paye et n'entraîne aucune modification de coefficient.

Pour prétendre à cette prime, sont considérés comme pratiquant les activités associées au CQP «produits cosmétiques et d'hygiène», les salariés qui accomplissent, dans leur intégralité, les tâches suivantes :

- conseil en matière de cosmétique et d'hygiène ;
- vente de produits cosmétiques et d'hygiène ;
- animation de l'espace de vente du rayon cosmétique et d'hygiène ;
- tenue des stocks.

7

(Avenant 7 juin 2022, étendu) CQP «dispensation de matériel médical à l'officine»

Les préparateurs en pharmacie et les pharmaciens adjoints titulaires du certificat de qualification professionnelle (CQP) «dispensation de matériel médical à l'officine», créé et délivré par la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la Pharmacie d'officine (CPNEFP) perçoivent, sous réserve de pratiquer les activités associées à cette qualification, une prime forfaitaire d'un montant mensuel brut égal à 40 fois la valeur du point conventionnel de salaire.

Sont considérés comme pratiquant les activités associées au CQP «dispensation de matériel médical à l'officine», les titulaires de ce CQP qui, de manière régulière, effectuent le suivi des patients aux fins de vérifier l'adéquation à leurs besoins des matériels destinés à être installés à leur domicile, assurent le contrôle et, le cas échéant, l'adaptation de ces matériels, tout en délivrant les conseils associés à leur dispensation.

Cette prime ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de paye et n'entraîne aucune modification de coefficient.

8

(Avenant 7 juin 2022, étendu) - Réalisation de préparations pharmaceutiques

Les préparateurs en pharmacie effectuant de façon significative et régulière des préparations des deux disciplines, allopathie et homéopathie, perçoivent une prime forfaitaire d'un montant mensuel brut égal à 25 fois la valeur du point conventionnel de salaire.

Cette prime ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de paye et n'entraîne aucune modification du coefficient.

9

(Avenant 7 juin 2022, étendu) - Travail en sous-sol

Les salariés travaillant en sous-sol plus de la moitié de leur temps de travail ont droit à une prime, calculée proportionnellement au nombre d'heures effectives de travail et dont le montant mensuel brut est égal à 10 % du salaire minimum correspondant à leur coefficient.

Cette prime ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de paye et n'entraîne aucune modification de coefficient.

Article 9

Frais d'équipement

Mod. par Avenant 13 déc. 2006, étendu par arr. 19 mars 2007, JO 3 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2007

Après douze mois de présence dans l'entreprise, des frais annuels d'équipement sont attribués à tout le personnel sur la base d'un forfait fixé conventionnellement.

Le versement des frais d'équipement, dont la somme forfaitaire est révisable annuellement, s'effectue en une seule fois et au plus tard le 31 octobre de chaque année civile.

Article 10

Jeunes salariés

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;
Union des syndicats de pharmaciens d'officine.
Syndicat(s) de salariés :*

*Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;
Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE CGC) ;
Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;
Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) ;
Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;
UNSA.*

Sous réserve des exceptions prévues par le code du travail (apprentissage notamment), il est interdit d'employer des salariés âgés de moins de 16 ans.

Les salariés de moins de dix-huit ans ont la garantie du salaire minimum de la catégorie, emploi ou position dans lesquels ils sont classés, sous réserve de l'application d'un abattement fixé à :

- 20 % avant 17 ans ;
- 10 % entre 17 ans et 18 ans.

Après 6 mois de pratique professionnelle dans la branche de la Pharmacie d'officine, cet abattement est supprimé. Cet abattement n'est pas applicable aux salariés embauchés en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

Article 11 Ancienneté

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

*Organisation(s) patronale(s) :
Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;
Union des syndicats de pharmaciens d'officine.
Syndicat(s) de salariés :
Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;
Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE CGC) ;
Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;
Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) ;
Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;
UNSA.*

1

Dispositions générales

On entend par ancienneté dans une entreprise le temps pendant lequel le salarié a été occupé d'une façon continue dans cette entreprise, quelles que puissent être les modifications survenant dans la nature juridique de celle-ci (cession, transformation, regroupement...). Toutefois, les périodes passées dans la même entreprise après un réembauchage, lorsque celui-ci intervient dans les 12 mois qui suivent un licenciement pour motif économique, sont prises en compte pour le calcul de l'ancienneté du salarié.

Conformément aux dispositions du code du travail, l'ancienneté des salariés employés à temps partiel est calculée comme s'ils avaient été occupés à temps complet.

Lorsque la relation contractuelle de travail se poursuit en contrat de travail à durée indéterminée, après l'échéance du terme d'un contrat de travail à durée déterminée, le salarié conserve l'ancienneté qu'il avait acquise au terme du contrat de travail à durée déterminée.

Lorsqu'une officine embauche, après une mission d'intérim, un salarié mis à sa disposition par une entreprise de travail temporaire, la durée des missions accomplies au sein de cette officine au cours des trois mois précédant le recrutement est prise en compte pour le calcul de l'ancienneté du salarié.

Si un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation est suivi de la signature d'un contrat de travail à durée indéterminée, à durée déterminée ou d'un contrat de travail temporaire dans la même officine, la durée du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation est prise en compte pour le calcul de l'ancienneté du salarié.

Lorsqu'un salarié est embauché à l'issue d'un stage d'une durée supérieure à deux mois réalisé dans la même entreprise, la durée de ce stage est prise en compte pour le calcul de l'ancienneté du salarié.

En cas d'interruption des relations de travail, notamment pour cause de licenciement, démission, rupture conventionnelle ou arrivée du terme d'un contrat de travail à durée déterminée, et en dehors du cas du réembauchage intervenant dans les 12 mois suivant un licenciement économique prévu au premier alinéa du présent article, les diverses périodes passées dans l'entreprise ne peuvent se cumuler, pour déterminer l'ancienneté en cas de réembauchage, qu'après accord écrit de l'employeur et du salarié.

Prise en compte des absences dans le calcul de l'ancienneté

Sans préjudice des dispositions légales et réglementaires spécifiques à certains congés, événements ou situations, sont notamment considérées comme temps de présence dans l'entreprise pour le calcul de l'ancienneté les périodes d'absence suivantes :

- les périodes militaires obligatoires, la mobilisation, le rappel ou le maintien sous les drapeaux, le service national, les périodes d'activité dans la réserve opérationnelle, les missions à caractère opérationnel et les activités de formation en qualité de sapeur-pompier volontaire, ainsi que les périodes d'emploi et de formation accomplies dans le cadre de la réserve sanitaire ;
- les périodes de congés payés annuels ;
- les congés pour événements familiaux et la journée défense et citoyenneté mentionnés à l'article 26 des présentes dispositions générales ;
- le congé de maternité, de paternité et d'adoption, les absences pour se rendre aux examens médicaux obligatoires dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, les absences pour les actes médicaux nécessaires à la mise en œuvre d'une assistance médicale à la procréation ;
- le congé parental d'éducation, pour moitié ;
- les interruptions de travail pour maladies professionnelles ou accidents du travail ;
- les interruptions de travail pour maladie ou accident d'origine non professionnelle, continues ou non, dans la limite de six mois par année civile, étant précisé qu'un même arrêt de travail ne peut donner lieu à la prise en compte de plus de six mois au titre de l'ancienneté ;
- le congé individuel de formation, de bilan de compétences, et de validation des acquis de l'expérience.

Prime d'ancienneté

Il est attribué aux salariés une prime mensuelle en fonction de leur ancienneté dans l'entreprise.

Le taux de la prime d'ancienneté est de 3 %, 6 %, 9 %, 12 % et 15 %, après respectivement 3 ans, 6 ans, 9 ans, 12 ans et 15 ans d'ancienneté. Cette prime est versée à compter du premier jour du mois anniversaire d'embauché du salarié.

Le montant de la prime d'ancienneté est calculé sur le salaire minimum du coefficient du salarié, proportionnellement au nombre d'heures effectives de travail, sans qu'il soit tenu compte dans ce calcul des majorations pour heures supplémentaires.

La prime d'ancienneté ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de paye.

Le montant de la prime d'ancienneté ne doit pas être pris en considération pour apprécier si le salarié perçoit une rémunération au moins égale au salaire minimum correspondant à son coefficient.

Article 12

Travailleurs physiquement diminués

Conformément aux dispositions légales (art. L. 323-1 et suivants), tout employeur occupant au moins 20 salariés est tenu d'employer, à temps plein ou à temps partiel, des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés dans la proportion de 6 % de l'effectif total de ses salariés.

Article 13

Durée du travail

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTD ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;
FSPF.
Syndicat(s) de salariés :
CGT-FO ;
CGE-CGC ;
CGT ;
CFDT ;
CFTC ;
UFIC UNSA.

1 **Durée du travail**

La durée de travail effectif des salariés à temps complet est fixée à 35 heures par semaine, soit 151,67 heures par mois.

2 **Heures supplémentaires**

a **Définition**

Toute heure de travail accomplie au-delà de 35 heures par semaine, ou de la durée considérée comme équivalente, est une heure supplémentaire.

Les heures supplémentaires se décomptent à la semaine, celle-ci débutant le lundi à 0 heure pour se terminer le dimanche à 24 heures.

b **Majorations**

Les heures supplémentaires donnent lieu à une majoration de salaire fixée comme suit :

- 25 % pour les huit premières heures supplémentaires ;
- 50 % pour les heures supplémentaires au-delà de la huitième.

c **Repos compensateur de remplacement**

Le paiement des heures supplémentaires ainsi que de leurs majorations peut être remplacé, en tout ou partie, par l'attribution d'un repos compensateur équivalent.

Le droit à repos compensateur de remplacement est ouvert dès que la durée de ce repos atteint sept heures. Il est pris dans un délai maximum de deux mois suivant l'ouverture du droit, par journée entière ou par demi-journée à la convenance du salarié.

La journée ou demi-journée au cours de laquelle le repos est pris est déduite du droit à repos à raison du nombre d'heures de travail que le salarié aurait accompli pendant cette journée ou cette demi-journée.

L'absence de demande de prise du repos compensateur de remplacement n'a pas pour effet de priver le salarié de son droit au repos. Dans ce cas, l'employeur veille à ce que ce repos soit effectivement pris dans un délai maximum d'un an.

Le repos compensateur de remplacement est assimilé à une période de travail effectif pour le calcul des droits du salarié. Sa prise n'entraîne aucune diminution de rémunération par rapport à celle que le salarié aurait perçue s'il avait accompli son travail.

Le salarié adresse sa demande de repos compensateur de remplacement à l'employeur au moins sept jours calendaires à l'avance. La demande précise la date et la durée du repos.

Dans les sept jours suivant la réception de la demande, l'employeur informe le salarié soit de son accord, soit, après consultation du comité social et économique le cas échéant, des raisons relevant d'impératifs liés au fonctionnement de l'officine qui motivent le report de la prise du repos.

En cas de report, l'employeur propose au salarié une autre date à l'intérieur du délai de deux mois précité. La durée pendant laquelle le repos compensateur de remplacement peut être différée par l'employeur ne peut excéder deux mois.

Lorsque des impératifs liés au fonctionnement de l'officine font obstacle à ce que plusieurs demandes de prise du repos compensateur de remplacement soient simultanément satisfaites, les salariés sont départagés, selon l'ordre de priorité suivant :

- les demandes déjà différées ;

- la situation de famille ;
- l'ancienneté dans l'entreprise.

Le salarié dont le contrat de travail prend fin avant qu'il ait pu bénéficier du repos compensateur de remplacement auquel il a droit ou avant qu'il ait acquis des droits suffisants pour pouvoir prendre ce repos reçoit une indemnité dont le montant correspond à ses droits acquis.

Elle est également due aux ayants droit du salarié dont le décès survient avant qu'il ait pu bénéficier du repos compensateur de remplacement auquel il avait droit ou avant qu'il ait acquis des droits suffisants pour pouvoir prendre ce repos. L'indemnité est versée aux ayants droit ayant qualité pour obtenir le paiement des salaires arriérés.

Cette indemnité a le caractère de salaire.

d

Contingent annuel et repos compensateur obligatoire

Les heures supplémentaires sont accomplies, après information du comité social et économique le cas échéant, dans la limite d'un contingent égal à 150 heures par an et par salarié.

Au-delà du contingent, les heures supplémentaires sont accomplies après avis du comité social et économique le cas échéant et donnent lieu, en plus des majorations mentionnées au b, à l'attribution d'un repos compensateur obligatoire égal à 50 % pour les officines de vingt salariés au plus, ou à 100 % pour les officines de plus de vingt salariés. Ce repos compensateur obligatoire est pris selon les mêmes modalités que le repos compensateur de remplacement.

Les modalités d'utilisation du contingent annuel d'heures supplémentaires et de son éventuel dépassement donnent lieu au moins une fois par an à la consultation du comité social et économique lorsqu'il a été mis en place.

Les heures supplémentaires compensées en intégralité (majorations comprises) par l'attribution d'un repos compensateur de remplacement ne s'imputent pas sur le contingent annuel.

e

Dispositions communes au repos compensateur de remplacement et au repos compensateur obligatoire

Les salariés sont informés du nombre d'heures de repos compensateur de remplacement et de repos compensateur obligatoire porté à leur crédit par un document annexé au bulletin de paye. Dès que ce nombre atteint sept heures, ce document comporte une mention notifiant l'ouverture du droit à repos et l'obligation de le prendre dans un délai maximum de deux mois après son ouverture.

3

Durées maximales de travail

a

Temps de pause

Après 6 heures de travail *continu* (*Terme exclu de l'extension par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août*), le salarié bénéficie d'un temps de pause d'une durée minimale de 20 minutes consécutives.

Ce temps de pause peut être accordé par anticipation. Sous réserve des dispositions qui suivent, la pause-déjeuner s'intercalant entre deux périodes de travail effectif constitue un temps de pause.

Les pauses ne sont pas rémunérées et ne sont pas prises en compte dans le décompte du temps de travail effectif dès lors que le salarié, libre de vaquer à des occupations personnelles pendant la pause, n'est pas à la disposition de l'employeur et n'est pas tenu de se conformer à ses directives.

En revanche, lorsque durant la pause, le salarié reste en permanence à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives, sans pouvoir vaquer à ses occupations personnelles, le temps de pause est considéré comme temps de travail effectif et rémunéré comme tel.

b

Durée quotidienne maximale

La durée quotidienne de travail effectif ne peut excéder 10 heures par jour dans le cadre d'une journée de travail dont l'amplitude ne pourra être supérieure à 12 heures.

L'horaire de travail d'un même salarié ne peut comporter au cours d'une même journée une interruption d'activité supérieure à 3 heures, sauf accord exprès des parties. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable au personnel d'entretien de même qu'au personnel affecté à des tâches administratives ou de manutention. Ces dispositions s'entendent sous réserve des dispositions particulières prévues à l'article 13 bis - Organisation du travail à temps partiel - de la présente convention collective.

c
Durées hebdomadaires maximales

La durée hebdomadaire maximale de travail effectif ne peut excéder 46 heures au cours d'une même semaine.

La durée moyenne hebdomadaire de travail effectif ne peut excéder 44 heures sur une période quelconque de 12 semaines consécutives.

4
Repos quotidien et hebdomadaire

a
Repos quotidien

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

b
Repos hebdomadaire

Il est interdit de faire travailler un salarié plus de six jours par semaine.

Le repos hebdomadaire est donné le dimanche. Sa durée est d'un jour et demi consécutif au moins, soit 36 heures, dont une demi-journée accolée au dimanche. Cette demi-journée s'entend comme ayant une durée de 12 heures consécutives qui ne peuvent être fractionnées de part et d'autre de la journée du dimanche.

Toutefois, en cas de participation à un service de garde ou d'urgence, les salariés peuvent être amenés, sous réserve que cela soit prévu par leur contrat de travail, à travailler le dimanche. Dans ce cas, les salariés concernés bénéficient de leur repos hebdomadaire par roulement dans le cadre de l'application des règles relatives à l'indemnisation des salariés qui participent aux services de garde ou d'urgence.

Lorsque, en raison de la répartition du travail dans la semaine, le salarié bénéficie de 2 jours de repos hebdomadaire, la demi-journée de repos complémentaire peut être attribuée un jour quelconque de la semaine étant entendu que, si le salarié bénéficie dans l'entreprise de 2 jours de repos consécutifs, cet avantage lui reste acquis.

5
Travail de nuit

Sans préjudice des dispositions du code du travail relatives au travail de nuit, pour les pharmacies demeurant ouvertes au public, tout travail effectué après 20 heures donne lieu à une majoration horaire de 20 % pour les heures comprises entre 20 heures et 22 heures ou entre 5 heures et 8 heures et de 40 % pour les heures comprises entre 22 heures et 5 heures.

6
Jours fériés

À défaut d'accord d'entreprise, le pharmacien titulaire décide unilatéralement des jours fériés chômés.

Le chômage des jours fériés ne peut entraîner aucune perte de salaire pour les salariés totalisant au moins trois mois d'ancienneté dans l'entreprise.

La coïncidence d'un jour férié chômé avec un jour habituellement non travaillé par le salarié, de même que la coïncidence de deux jours fériés chômés, ne donne droit ni à indemnisation supplémentaire, ni à repos compensateur.

Sans préjudice de la faculté de l'employeur de faire récupérer les heures non travaillées en raison de l'attribution d'un pont tel que défini par le code du travail, les heures de travail perdues par suite du chômage des jours fériés ne donnent pas lieu à récupération.

En cas de travail à l'officine un jour férié autre que le 1^{er} mai, le salarié bénéficie, en plus du salaire correspondant au travail effectué compris, le cas échéant, dans son salaire mensualisé, d'un repos compensateur de même durée dont les modalités sont définies d'un commun accord entre l'employeur et le salarié. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice des règles relatives à l'indemnisation des salariés qui participent aux services de garde ou d'urgence.

Le 1^{er} mai est chômé, sauf dans l'hypothèse où l'officine participe au service de garde. Dans ce cas, les salariés occupés ce jour-là bénéficient du régime d'indemnisation applicable en cas de service de garde ou d'urgence.

Article 13 bis
Organisation du travail à temps partiel

Mod. par Accord 2 oct. 2014, étendu par arr. 11 mars 2015, JO 24 mars, applicable à compter du 30^e jour calendaire suivant la publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :
Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE/CGC) ;
Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;
Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC).

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

1

Contrat de travail

(Avenant 24 oct. 2019, étendu) Conformément aux dispositions de l'article L. 3123-14 du code du travail, le contrat de travail à temps partiel est un contrat écrit. Sans préjudice des dispositions de l'article 18 - «embauche» - de la présente convention collective nationale, il mentionne :

- la qualification du salarié, les éléments de la rémunération, la durée hebdomadaire ou mensuelle prévue et, sauf pour les salariés relevant d'un accord collectif d'entreprise conclu en application de l'article L. 3122-2 du code du travail relatif à la répartition de la durée du travail sur une période supérieure à la semaine et au plus égale à l'année, la répartition de la durée du travail entre les jours de la semaine ou les semaines du mois ;
- les cas dans lesquels une modification éventuelle de cette répartition peut intervenir ainsi que la nature de cette modification ;
- les modalités selon lesquelles les horaires de travail pour chaque journée travaillée sont communiqués par écrit au salarié ;
- les limites dans lesquelles peuvent être accomplies des heures complémentaires au-delà de la durée de travail fixée par le contrat.

2

Durée minimale de travail

Par dérogation à la durée minimale de travail à temps partiel de 24 heures par semaine mentionnée à l'article L. 3123-14-1 du code du travail, la durée minimale de travail à temps partiel est fixée, dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, à 16 heures par semaine.

La durée minimale de travail à temps partiel est toutefois fixée à 5 heures par semaine pour les seuls salariés relevant de la catégorie d'emploi «personnel de nettoyage» telle que définie par l'Annexe I - Classifications et salaires - de la présente convention collective, eu égard aux modalités particulières d'intervention de ces salariés qui sont, généralement, appelés à travailler une heure par jour en dehors des heures d'ouverture au public des officines et de la présence des autres salariés.

Ces durées minimales de travail sont portées, le cas échéant, aux équivalents mensuels de ces durées ou aux équivalents calculés sur la période prévue par un accord collectif d'entreprise conclu en application de l'article L. 3122-2 du code du travail relatif à la répartition de la durée du travail sur une période supérieure à la semaine et au plus égale à l'année.

Une durée de travail inférieure à celles mentionnées au présent article peut être fixée à la demande du salarié, soit pour lui permettre de faire face à des contraintes personnelles, soit pour lui permettre de cumuler plusieurs activités afin d'atteindre une durée globale d'activité correspondant à un temps plein ou au moins égale aux durées mentionnées au présent article. Cette demande est écrite et motivée. En cas d'acceptation par l'employeur, la durée de travail dérogatoire est inscrite au contrat de travail. Elle ne peut être modifiée que par accord des parties.

L'employeur informe chaque année le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel du nombre de demandes de dérogation individuelle aux durées minimales de travail à temps partiel fixées au présent article.

Les dérogations, y compris individuelles, instituées par le présent article à la durée minimale légale hebdomadaire de 24 heures ne sont possibles qu'à la condition que les horaires de travail des salariés concernés soient regroupés, soit sur des journées ou des demi-journées régulières, soit sur des journées ou des demi-journées complètes.

Par regroupement des horaires sur des journées ou des demi-journées régulières, on entend la fixation d'horaires appelés à se répéter selon une fréquence régulière, notamment entre les jours de la semaine, en cas de durée du travail hebdomadaire, ou entre les semaines du mois, en cas de durée du travail mensuelle. Le regroupement des

horaires sur des journées ou des demi-journées complètes implique la fixation d'une durée du travail quotidienne continue, sous réserve, notamment, du respect de la durée maximale quotidienne de travail effectif de 10 heures mentionnée à l'article 3.4.1 de l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 relatif à la réduction du temps de travail en Pharmacie d'officine.

Conformément aux dispositions de l'article L. 3123-14-5 du code du travail, les salariés âgés de moins de vingt-six ans poursuivant leurs études peuvent prétendre, de droit, à une durée de travail inférieure aux durées minimales de travail à temps partiel fixées au présent article et compatible avec leurs études. L'obligation de produire une demande de dérogation individuelle écrite et motivée aux durées minimales fixées au présent article ainsi que celle de regrouper les horaires sur des journées ou des demi-journées régulières ou complètes ne s'appliquent pas dans ce cas.

3

Heures complémentaires

Sous réserve du respect des dispositions du 1. du présent article, l'employeur ne peut recourir aux heures complémentaires qu'à la condition que le contrat de travail en prévoie la possibilité.

Le nombre d'heures complémentaires pouvant être accomplies par un salarié à temps partiel au cours d'une même semaine ou d'un même mois ne peut être supérieur au dixième de la durée hebdomadaire ou mensuelle de travail prévue dans son contrat de travail ou de cette durée modifiée, le cas échéant, par avenant de complément d'heures. En toute hypothèse, le recours aux heures complémentaires ne peut avoir pour effet de porter la durée du travail accomplie par un salarié à temps partiel au niveau de la durée légale du travail.

Chaque heure complémentaire donne lieu à une majoration de salaire de 15 %. Le paiement des heures complémentaires, ainsi que de leurs majorations, ne peut être remplacé par l'octroi d'un repos compensateur.

Conformément aux dispositions de l'article L. 3123-20 du code du travail, le refus d'accomplir les heures complémentaires proposées par l'employeur au-delà des limites fixées par le contrat de travail ne constitue pas une faute ou un motif de licenciement. Il en est de même, à l'intérieur de ces limites, lorsque le salarié est informé moins de trois jours ouvrés avant la date à laquelle les heures complémentaires sont prévues.

4

Avenants de complément d'heures

La durée de travail des salariés à temps partiel peut être augmentée temporairement par la conclusion d'avenants de complément d'heures. Ces avenants mentionnent les modalités selon lesquelles des compléments d'heures peuvent être accomplis au-delà de la durée de travail fixée par le contrat de travail. En toute hypothèse, la conclusion d'un avenant de complément d'heures ne peut avoir pour effet de porter la durée de travail accomplie par un salarié à temps partiel au niveau de la durée légale du travail.

Le salarié auquel est proposée la conclusion d'un avenant de complément d'heures dispose d'un délai de réflexion de trois jours ouvrables pour communiquer sa réponse à son employeur. Le refus d'un salarié de conclure un avenant de complément d'heures ne constitue pas une faute ou un motif de licenciement.

Les compléments d'heures sont proposés prioritairement aux salariés à temps partiel dont la durée du travail est la plus faible ainsi qu'à ceux qui supportent des charges de famille importantes, parents isolés notamment.

En dehors des cas de remplacement d'un salarié absent nommément désigné, les avenants de complément d'heures sont limités à cinq par année civile et par salarié, chaque avenant ne pouvant excéder une durée de huit semaines consécutives.

L'employeur informe chaque année le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel du nombre d'avenants de complément d'heures conclus dans l'officine.

Les heures effectuées dans le cadre d'un avenant de complément d'heures donnent lieu à une majoration de salaire de 15 %. Le paiement de ces heures, ainsi que de leurs majorations, ne peut être remplacé par l'octroi d'un repos compensateur.

Sous réserve du respect des dispositions du 3. du présent article, les heures complémentaires accomplies au-delà du complément d'heures fixé par avenant, et sans pouvoir atteindre la durée légale du travail, donnent lieu à une majoration de salaire de 25 %.

5

Modification de la répartition de la durée du travail

Conformément aux dispositions de l'article L. 3123-21 du code du travail, toute modification de la répartition de la durée du travail entre les jours de la semaine ou les semaines du mois est notifiée au salarié sept jours ouvrés au moins avant la date à laquelle elle intervient.

Conformément aux dispositions de l'article L. 3123-24 du code du travail, lorsque l'employeur souhaite modifier la

répartition de la durée du travail, alors que le contrat de travail n'a pas prévu les cas et la nature de cette modification, le refus du salarié ne constitue pas une faute ou un motif de licenciement.

Lorsque l'employeur demande au salarié de changer la répartition de sa durée du travail dans un des cas et selon les modalités préalablement définis dans le contrat de travail, le refus du salarié d'accepter cette modification ne constitue pas une faute ou un motif de licenciement dès lors qu'elle n'est pas compatible avec des obligations familiales impérieuses, avec le suivi d'un enseignement scolaire ou supérieur, avec une période d'activité fixée chez un autre employeur ou avec une activité professionnelle non salariée. Il en va de même en cas de changement des horaires de travail au sein de chaque journée travaillée qui figurent dans le document écrit communiqué au salarié en application du quatrième alinéa du 1. du présent article.

6

Nombre et durée des périodes d'interruption d'activité

L'horaire de travail des salariés à temps partiel ne peut comporter, au cours d'une même journée, plus d'une interruption d'activité qui, en tout état de cause, ne peut dépasser deux heures.

7

Passage à temps partiel ou à temps complet à la demande du salarié

Les salariés à temps partiel qui souhaitent occuper ou reprendre un emploi à temps complet et les salariés à temps complet qui souhaitent occuper ou reprendre un emploi à temps partiel dans la même officine ont priorité pour l'attribution d'un emploi ressortissant à leur catégorie professionnelle ou d'un emploi équivalent. L'employeur porte à la connaissance de ces salariés la liste des emplois disponibles correspondants.

La demande du salarié est adressée à l'employeur par lettre recommandée avec avis de réception. Elle précise la durée du travail souhaitée ainsi que la date envisagée pour la mise en œuvre du nouvel horaire. Elle est adressée six mois au moins avant cette date.

L'employeur répond à la demande du salarié par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai de trois mois à compter de la réception de celle-ci. Il a la possibilité de proposer au salarié à temps partiel un emploi à temps complet ne ressortissant pas à sa catégorie professionnelle ou un emploi à temps complet non équivalent.

En cas de refus, l'employeur communique au salarié les raisons objectives qui motivent ce refus. L'absence d'emploi disponible relevant de la catégorie professionnelle du salarié ou l'absence d'emploi équivalent ainsi que les conséquences préjudiciables que pourrait susciter le changement d'emploi demandé pour la bonne marche de l'officine constituent des raisons objectives de refus.

Article 14

Remplacements

L'employé qui, temporairement, exécute des travaux correspondant à une classification supérieure à la sienne bénéficiera d'une indemnité égale à la différence entre le minimum de sa catégorie ou emploi habituel et le minimum de l'emploi occupé temporairement à condition que le total obtenu en additionnant son salaire réel habituel et l'indemnité ci-dessus soit au plus égal au salaire du travailleur remplacé. Dans le cas où le total excéderait le salaire du travailleur remplacé, l'indemnité sera réduite en conséquence. La prime d'ancienneté n'entrera toutefois pas en ligne de compte dans la comparaison avec le salaire réel du salarié remplacé.

Le salarié qui, à titre provisoire, a exécuté des travaux correspondant à une classification supérieure à la sienne, ne saurait s'en prévaloir pour réclamer dans l'avenir le droit à cette classification.

Le salarié qui exécute exceptionnellement des travaux correspondant à une catégorie inférieure à sa classification conserve la garantie de son salaire habituel.

Article 15

Bulletin de paye

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

1

Remise du bulletin de paye

À l'occasion du paiement du salaire, un bulletin de paye est remis à chaque salarié.

La remise du bulletin de paye peut s'effectuer en main propre ou par envoi postal au domicile du salarié.

L'acceptation sans protestation ni réserve d'un bulletin de paye par le salarié ne peut valoir de sa part renonciation au paiement de tout ou partie du salaire et des indemnités ou accessoires de salaire qui lui sont dus en application des dispositions légales et réglementaires, de la présente convention collective, d'un accord d'entreprise, de son contrat de travail, d'un engagement unilatéral de l'employeur ou d'un usage.

2

Remise du bulletin de paye par voie électronique

Sauf opposition du salarié, l'employeur peut procéder à la remise du bulletin de paye sous forme électronique, dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité et l'accessibilité.

Lorsqu'il décide de recourir à cette possibilité, l'employeur informe le salarié par tout moyen conférant date certaine, un mois avant la première émission du bulletin de paye sous forme électronique ou au moment de l'embauche, de son droit de s'opposer à l'émission du bulletin de paye sous forme électronique.

Le salarié peut faire part de cette opposition à tout moment, préalablement ou postérieurement à la première émission d'un bulletin de paye sous forme électronique. Le salarié notifie son opposition à l'employeur par tout moyen lui conférant une date certaine.

La demande du salarié prend effet dans les meilleurs délais et au plus tard trois mois suivant la notification de son opposition.

L'employeur garantit la disponibilité pour le salarié du bulletin de paye émis sous forme électronique :

- soit pendant une durée de cinquante ans ;
- soit jusqu'à ce que le salarié ait atteint l'âge de 75 ans.

En cas de fermeture du service de mise à disposition des bulletins de paye, en raison de la cessation d'activité du prestataire assurant leur conservation pour le compte de l'employeur, ou de la cessation d'activité de l'employeur lorsque celui-ci assure lui-même cette conservation, les salariés en sont informés au moins trois mois avant la date de fermeture du service afin de leur permettre de récupérer les bulletins de paye archivés.

Dans tous les cas, les salariés doivent être en mesure de récupérer à tout moment l'intégralité de leurs bulletins de paye émis sous forme électronique, sans manipulation complexe ou répétitive, et dans un format électronique structuré et couramment utilisé.

Enfin, l'employeur ou le prestataire agissant pour son compte, garantit l'accessibilité de tous les bulletins de paye émis sous forme électronique sur le service en ligne dédié à cet effet associé au compte personnel d'activité mentionné aux articles L. 5151-1 et suivants du code du travail.

3

Conservation du bulletin de paye par l'employeur

L'employeur conserve, pendant au moins cinq ans, un double des bulletins de paye des salariés ainsi que, le cas échéant, les bulletins de paye remis sous forme électronique.

4

Contenu du bulletin de paye

Le bulletin de paye comporte les mentions suivantes :

- a** — le nom, l'adresse et le numéro SIRET de l'entreprise officinale ;
- b** — le numéro de la nomenclature d'activité (4773Z) ;
- c** — l'intitulé de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;
- d** — le nom et prénom du salarié, le nom de l'emploi qu'il occupe ainsi que le coefficient hiérarchique qui lui est attribué ;
- e** — la période et le nombre d'heures de travail auxquels se rapporte le salaire en distinguant, s'il y a lieu, les heures donnant lieu à l'application du régime d'heures d'équivalence, les heures payées au taux normal et celles qui comportent une majoration pour heures supplémentaires ou pour toute autre cause, et en mentionnant le ou les taux appliqués aux heures correspondantes ainsi que les montants correspondants ;
- f** — le cas échéant, la nature et le volume du forfait auquel se rapporte le salaire des salariés dont la rémunération est déterminée sur la base d'un forfait hebdomadaire ou mensuel en heures, d'un forfait annuel en heures ou en jours ;
- g** — l'indication de la nature de la base de calcul du salaire lorsque, le cas échéant et par exception, cette base de

calcul n'est pas la durée du travail ;

h — la nature et le montant des accessoires de salaire soumis aux cotisations salariales et patronales, notamment les primes prévues par l'article 8 des dispositions générales de la présente convention collective, le montant de l'indemnité forfaitaire annuelle pour frais d'équipement mentionnée à l'article 9 de ces mêmes dispositions générales ainsi que les primes prévues par l'Annexe I - Classifications et salaires - de la présente convention collective, notamment la prime pour remplacement du titulaire et les indemnités de dérangement en cas de service de garde ou d'urgence accompli à volets fermés ;

i — le montant de la prime d'ancienneté mentionnée à l'article 11 des dispositions générales de la présente convention collective ;

j — le montant de l'acompte éventuellement versé ;

k — le montant de la rémunération brute totale du salarié ;

l — le montant et l'assiette des cotisations et contributions d'origine légale et conventionnelle à la charge de l'employeur et du salarié avant déduction d'éventuelles exonérations et exemptions ainsi que leurs taux, pour les cotisations et contributions d'origine légale et conventionnelle à la charge du salarié ;

m — la nature et le montant des versements et retenues autres que celles mentionnées à l'alinéa précédent, effectués sur la période, notamment au titre de la prise en charge des frais de transports publics ou, le cas échéant, de frais de transports personnels ;

n — l'assiette, le taux et le montant de la retenue opérée au titre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu ainsi que la somme qui aurait été versée au salarié en l'absence de retenue à la source ;

o — le montant de la somme effectivement reçue par le salarié et la date de son paiement ;

p — les dates de congé et le montant de l'indemnité correspondante, lorsqu'une période de congé annuel est comprise dans la période de paye considérée ;

q — le montant total des exonérations et exemptions de cotisations et contributions sociales appliquées à la rémunération brute du salarié ;

r — le montant total versé par l'employeur, c'est-à-dire la rémunération brute du salarié augmentée des cotisations et contributions à la charge de l'employeur, déduction faite des exonérations et exemptions de cotisations sociales ;

s — le nombre de jours de congés payés restant à prendre au titre de l'exercice précédent ainsi que le nombre de jours de congés payés acquis au titre de l'exercice en cours ;

t — la mention de la rubrique dédiée au bulletin de paye sur le portail www.service-public.fr ;

u — la mention incitant le salarié à conserver le bulletin de paye sans limitation de durée.

Les mentions du bulletin de paye énumérées dans le présent article sont libellées, ordonnées et regroupées conformément à la réglementation en vigueur.

Article 16 **Absence pour maladie ou accident**

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

Mod. par Avenant 18 oct. 2024, étendu par arr. 13 déc. 2024, JO 21 déc., applicable à compter du 1^{er} janvier 2025 sous réserve de son agrément⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

1

Justification de l'absence

Sans préjudice de l'obligation du salarié d'informer sans délai son employeur de toute absence, les absences pour maladie ou accident, d'origine professionnelle ou non, doivent donner lieu à la communication d'un avis d'arrêt de travail ou d'un certificat médical dans les trois jours à compter du premier jour d'absence.

À défaut, et sauf cas de force majeure, le salarié commet une faute susceptible d'être sanctionnée disciplinairement.

2

Indemnisation et maintien de salaire

(Avenant 18 oct. 2024, étendu) Les salariés non-cadres bénéficiant d'un coefficient inférieur au coefficient 330, quelle que soit leur durée de présence dans les effectifs de l'entreprise, bénéficient, en cas d'absence dûment justifiée pour maladie ou accident ouvrant droit aux prestations dites «en espèces» de la sécurité sociale, d'une indemnisation prévue par les régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés non-cadres de la Pharmacie d'officine dans les conditions prévues à l'Annexe IV-1 de la présente convention collective.

Quelle que soit leur durée de présence dans les effectifs de l'entreprise, les salariés assimilés-cadres bénéficiant d'un coefficient compris entre le coefficient 330 inclus et le coefficient 400 exclu, les salariés cadres bénéficiant d'un coefficient égal ou supérieur au coefficient 400 ainsi que, le cas échéant, les salariés mentionnés au cinquième alinéa de l'article 1^{er} des dispositions particulières de la présente convention collective, bénéficient, en cas d'absence dûment justifiée pour maladie ou accident ouvrant droit aux prestations dites «en espèces» de la sécurité sociale, d'une indemnisation prévue par les régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine dans les conditions prévues à l'Annexe IV-2 de la présente convention collective.

En outre, après un an dans les effectifs de l'entreprise, la rémunération brute mensuelle des salariés assimilés-cadres bénéficiant d'un coefficient compris entre le coefficient 330 inclus et le coefficient 400 exclu, quelle que soit la date d'obtention de ce coefficient, est maintenue du quatrième au trentième jour d'absence inclus, en cas de maladie ou d'accident dûment justifié ouvrant droit aux prestations dites «en espèces» de la sécurité sociale. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle la rémunération est maintenue dès le 1^{er} jour d'absence. Lorsque la durée de présence du salarié dans les effectifs de l'entreprise atteint un an en cours d'arrêt de travail, cet arrêt n'ouvre pas droit à maintien de salaire.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, le maintien du salaire brut s'entend comme le versement par l'employeur au salarié de l'intégralité du salaire brut à l'échéance habituelle de la paye, que les prestations en espèces de la sécurité sociale et du régime de prévoyance aient été versées ou non.

Les alinéas qui précèdent s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail relatif à l'indemnité complémentaire servie par l'employeur aux salariés ayant, entre autres conditions, une année d'ancienneté dans l'entreprise.

3

Période de garantie d'emploi

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident d'origine professionnelle ou non, les salariés bénéficient, pendant leur absence, d'une période de garantie d'emploi d'une durée de quatre mois pour les salariés justifiant de moins de deux ans d'ancienneté ou de six mois pour les salariés justifiant de deux ans d'ancienneté et plus, pendant laquelle leur employeur ne peut, motif pris de leur absence, procéder à leur licenciement.

Au terme de cette période de garantie d'emploi, l'employeur peut procéder au licenciement du salarié absent à la condition que ce licenciement soit motivé par la situation objective de l'entreprise caractérisée par la nécessité de pourvoir au remplacement définitif du salarié dont l'absence prolongée ou les absences répétées perturbent le fonctionnement. La période de garantie d'emploi, qui s'apprécie sur les douze mois consécutifs qui précèdent la date du licenciement, n'interdit pas à l'employeur de procéder au licenciement du salarié absent en cas d'inaptitude constatée par le médecin du travail, pour motif disciplinaire (uniquement pour faute grave si l'arrêt de travail a une origine professionnelle) ou pour motif économique.

En cas de licenciement pour remplacement définitif d'un salarié, l'employeur doit respecter la procédure de licenciement et verser, le cas échéant, les indemnités de licenciement correspondantes. De plus, le salarié est automatiquement dispensé de l'exécution de son préavis et perçoit l'indemnité compensatrice y afférente.

Article 16 bis (nouveau)

Congés pour enfant malade ou pour enfant handicapé

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;
FSPF.
Syndicat(s) de salariés :
CGT-FO ;
CGE-CGC ;
CGT ;
CFDT ;
CFTC ;
UFIC UNSA.

Conformément aux dispositions du code du travail, tout salarié bénéficie d'un congé non rémunéré en cas de maladie ou d'accident, constaté par certificat médical, d'un enfant de moins de 16 ans dont il assume la charge au sens des dispositions du code de la sécurité sociale.

La durée de ce congé est au maximum de trois jours par an. Elle est portée à cinq jours si l'enfant est âgé de moins d'un an ou si le salarié assume la charge de trois enfants ou plus âgés de moins de 16 ans.

Sans préjudice des dispositions relatives au congé pour enfant malade prévues au présent article, tout salarié qui justifie d'assumer la charge d'un enfant de moins de 20 ans reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) bénéficie d'un congé rémunéré de trois jours par année civile, sans condition d'ancienneté minimale.

Ce congé peut être fractionné en demi-journée, à la demande du salarié.

Le présent article s'applique sans préjudice des dispositions du code du travail relatives au congé de présence parentale, au congé de proche aidant d'une part, et des dispositions relatives aux jours de congés supplémentaires par enfant à charge ainsi qu'aux jours de congés attribués pour l'annonce de la survenue d'un handicap chez l'enfant mentionnés respectivement aux articles 25 et 26 des présentes dispositions générales d'autre part.

Article 17

Maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption

Mod. par Avenant 11 mai 2017, étendu par arr. 24 juill. 2018, JO 11 août, applicable à compter du 1^{er} juin 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :
Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
UNPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC SANTE SOCIAUX ;
FNSCIC CFE CGC ;
Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :
Organisation(s) patronale(s) :
USPO ;
FSPF.
Syndicat(s) de salariés :
CGT-FO ;
CGE-CGC ;
CGT ;
CFDT ;
CFTC ;
UFIC UNSA.

1

Conditions de travail

L'employeur tiendra compte de l'état des femmes enceintes en ce qui concerne les conditions de travail, notamment en mettant à disposition de chaque salariée, à son poste de travail ou à proximité de celui-ci, un siège approprié, conformément aux dispositions du code du travail.

2

Autorisations d'absence pour examens médicaux

La salariée bénéficie d'une autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux obligatoires prévus par le code de la santé publique dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement. Il en va de même pour les actes médicaux nécessaires à la mise en œuvre d'une assistance médicale à la procréa-

tion.

Le salarié dont l'épouse, la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec lui, est enceinte ou bénéficie d'une assistance médicale à la procréation, a droit à une autorisation d'absence pour se rendre à trois de ces examens médicaux.

Ces absences n'entraînent aucune diminution de la rémunération et sont assimilées à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés et des droits relatifs à l'ancienneté.

3

(Avenant 6 avr. 2021, étendu) - Congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, congé d'adoption

Les durées ainsi que les modalités d'exercice du congé de maternité, du congé de paternité et d'accueil de l'enfant, du congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas d'hospitalisation immédiate après la naissance dans une unité de soins spécialisés, ainsi que du congé d'adoption sont fixées par les dispositions du code du travail.

4

Protection contre le licenciement

Conformément aux dispositions des articles L. 1225-4 et suivants du code du travail, l'employeur ne peut pas rompre le contrat de travail d'une salariée lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constaté, pendant l'intégralité des périodes de suspension du contrat de travail auxquelles elle a droit au titre du congé de maternité ou d'adoption, qu'elle use ou non de ce droit, et au titre des congés payés pris immédiatement après le congé de maternité ou d'adoption ainsi que pendant les dix semaines suivant l'expiration de ces périodes. Toutefois, l'employeur peut rompre le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressée, non liée à l'état de grossesse, ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à la grossesse, à l'accouchement ou à l'arrivée d'un enfant confié en vue de son adoption. Dans ce cas, la rupture du contrat de travail ne peut prendre effet ou être notifiée pendant les périodes de suspension du contrat de travail au titre du congé de maternité ou d'adoption.

L'employeur ne peut pas rompre le contrat de travail d'un salarié pendant les dix semaines suivant la naissance de son enfant ou l'arrivée d'un enfant confié en vue de son adoption. Toutefois, il peut rompre le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressé ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à la naissance ou à l'arrivée de l'enfant. Dans ce cas, la rupture du contrat de travail ne peut prendre effet ou être notifiée pendant la période de suspension du contrat de travail liée au congé de paternité ou au congé d'adoption.

5

Démission

En application de l'article L. 1225-34 du code du travail, les femmes en état de grossesse médicalement constaté peuvent rompre leur contrat de travail sans délai-congé et sans avoir, de ce fait, à payer une indemnité de rupture.

Il en est de même, conformément aux articles L. 1225-66 et suivants du code du travail, et sous réserve d'en informer leur employeur par lettre recommandée avec accusé de réception ou remise contre récépissé au moins 15 jours à l'avance, des salariés qui, pour élever leur enfant, rompent leur contrat de travail à l'expiration du congé de maternité ou d'adoption ou, le cas échéant, 2 mois après la naissance ou l'arrivée au foyer de l'enfant. En pareil cas, ils peuvent, dans l'année suivant la rupture du contrat de travail, solliciter dans les mêmes formes leur réembauche. Ils bénéficient alors, pendant un an, d'une priorité de réembauche dans les emplois auxquels leur qualification leur permet de prétendre. En cas de réemploi, l'employeur leur accorde le bénéfice de tous les avantages qu'ils avaient acquis au moment de leur départ.

6

Congé d'éducation

Pendant la période qui suit l'expiration du congé de maternité ou d'adoption, tout salarié qui justifie d'une ancienneté minimale d'une année à la date de la naissance de son enfant, adopté ou confié en vue de son adoption, ou de l'arrivée au foyer d'un enfant qui n'a pas encore atteint l'âge de la fin de l'obligation scolaire peut, dans les conditions prévues par les dispositions légales en vigueur, soit bénéficier d'un congé parental d'éducation durant lequel le contrat de travail est suspendu, soit réduire sa durée de travail sans que cette activité à temps partiel puisse être inférieure à 16 heures hebdomadaires.

La durée ainsi que les modalités d'exercice du congé parental d'éducation sont fixées par le code du travail.

Article 18 Embauchage

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE CGC) ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;

Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) ;

Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;

UNSA.

Avant toute embauche, et au plus tôt dans les huit jours précédant la date prévisible de prise de poste, l'employeur doit effectuer auprès de l'URSSAF, et dans les conditions prévues par le code du travail, une déclaration préalable à l'embauche.

Sans préjudice des dispositions légales ou conventionnelles particulières applicables au contrat de travail à durée déterminée et au contrat de travail à temps partiel, chaque embauche doit faire l'objet, au plus tard le jour de l'entrée en fonction, d'un contrat de travail écrit et signé par les parties.

Ce contrat mentionne notamment la date de début d'exécution, la catégorie professionnelle dont relève le salarié, l'emploi, le coefficient hiérarchique, le salaire, les autres éléments éventuels de rémunération, la durée de la période d'essai s'il y a lieu, la durée du travail, la répartition hebdomadaire, le lieu de travail, la participation éventuelle aux services de garde et d'urgence ainsi que, le cas échéant, la fréquence et les modalités de cette participation, l'identité des caisses de retraite complémentaire, le nom du ou des organismes assureurs des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé et les numéros des contrats souscrits, ainsi que les modalités de mise à disposition de la convention collective applicable dans l'entreprise.

Toute modification du contrat de travail doit faire l'objet d'un avenant.

Tout salarié bénéficie, à l'occasion de son embauche, d'une visite individuelle d'information et de prévention réalisée auprès d'un service de santé au travail dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail. Pour les apprentis, cette visite est organisée au plus tard dans les deux mois qui suivent l'embauche. Les travailleurs de nuit et les salariés âgés de moins de dix-huit ans bénéficient de cette visite préalablement à leur affectation sur leur poste de travail.

Article 19

Période d'essai

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE CGC) ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;

Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, les laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) ;

Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;

UNSA.

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Le présent article ne s'applique pas au contrat d'apprentissage, qui relève de dispositions particulières prévues par le code du travail.

1

Opposabilité de la période d'essai

L'existence de la période d'essai ne se présume pas. Elle doit être expressément stipulée dans le contrat de travail pour pouvoir s'appliquer.

2 Durée de la période d'essai

a Contrat de travail à durée indéterminée

Pour les contrats de travail à durée indéterminée, la durée maximale de la période d'essai est fixée à deux mois pour les salariés non cadres et assimilés cadres.

(Avenant 24 oct. 2019, étendu) La durée de la période d'essai applicable aux salariés cadres est précisée à l'article 5 des dispositions particulières applicables aux cadres «l'article 4 des dispositions particulières applicables aux cadres» de la présente convention collective.

b Contrat de travail à durée déterminée

Pour les contrats de travail à durée déterminée, et quelle que soit la catégorie professionnelle dont relève le salarié, la durée maximale de la période d'essai est fixée à un jour par semaine, dans la limite de deux semaines, lorsque la durée initialement prévue du contrat est inférieure ou égale à six mois. Elle est égale à un mois dans les autres cas.

Lorsque le contrat de travail à durée déterminée ne comporte pas de terme précis, la durée de la période d'essai est calculée par rapport à la durée minimale du contrat.

c Succession de contrats de travail

Lorsque la relation contractuelle se poursuit en contrat de travail à durée indéterminée après l'échéance du terme d'un contrat de travail à durée déterminée, la durée du contrat de travail à durée déterminée est déduite de la période d'essai éventuellement prévue dans le nouveau contrat de travail.

En cas de succession de contrats de travail à durée déterminée auprès du même pharmacien titulaire et pour le même emploi, la durée de ces contrats est déduite de la période d'essai prévue, le cas échéant, dans le nouveau contrat de travail, que celui-ci soit conclu à durée déterminée ou à durée indéterminée.

Si un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation est suivi, dans la même entreprise, de la signature d'un contrat de travail à durée indéterminée, à durée déterminée, ou d'un contrat de travail temporaire, aucune période d'essai ne peut être imposée au salarié.

d Prise en compte des missions d'intérim

Lorsqu'une officine embauche, après une mission d'intérim, un salarié mis à sa disposition par une entreprise de travail temporaire, la durée des missions accomplies au sein de cette officine au cours des trois mois précédant le recrutement est déduite de la période d'essai éventuellement prévue dans le nouveau contrat de travail.

e Prise en compte des stages

En cas d'embauche dans l'entreprise dans les trois mois suivant l'issue d'un stage intégré à un cursus pédagogique et 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. Lorsque cette embauche est effectuée dans un emploi en correspondance avec les activités qui avaient été confiées au stagiaire, la durée du stage est déduite intégralement de la période d'essai.

3 Renouvellement de la période d'essai

La période d'essai n'est pas renouvelable.

4 Décompte de la période d'essai

La période d'essai débute au premier jour de la prise effective du poste de travail et se décompte de manière calendaire. La période d'essai d'un salarié à temps partiel ne peut être d'une durée calendaire supérieure à celle d'un salarié à temps complet.

En cas de suspension du contrat de travail, la période d'essai est prolongée de la durée de cette suspension.

5 Rupture du contrat de travail pendant l'essai

Pendant la période d'essai, les parties peuvent rompre le contrat de travail sans indemnité de rupture. La rupture

d'un contrat de travail à durée déterminée pendant l'essai n'ouvre pas droit au bénéfice de l'indemnité de fin de contrat dite «prime de précarité».

La rupture du contrat de travail pendant l'essai ne nécessite pas d'être motivée. Elle doit être notifiée par écrit, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge.

Lorsqu'ils souhaitent rompre le contrat de travail pendant l'essai, l'employeur comme le salarié doivent respecter un délai de prévenance dont la durée minimale est calculée en fonction de la durée de présence du salarié dans l'entreprise, et non de la durée de la période d'essai telle que mentionnée dans le contrat de travail. La durée de ce délai de prévenance est fixée comme suit :

	Durée minimale du délai de prévenance	
Durée de présence du salarié	Rupture à l'initiative de l'employeur*	Rupture à l'initiative du salarié**
en deçà de 8 jours	24 heures	24 heures
entre 8 jours et 1 mois	48 heures	48 heures
après 1 mois	2 semaines	
après 3 mois	1 mois	
* : applicable au CDI, ainsi qu'aux CDD comportant une période d'essai d'au moins une semaine ; **non applicable en cas de CDD		

La période d'essai ne peut être prolongée du fait de la durée du délai de prévenance. En cas de non-respect de ce délai par l'employeur, le salarié bénéficie, sauf faute grave, d'une indemnité compensatrice égale au montant des salaires et avantages qu'il aurait perçus s'il avait accompli son travail jusqu'à l'expiration du délai de prévenance, indemnité compensatrice de congés payés comprise.

Pendant le délai de prévenance, le salarié ne bénéficie pas des heures pour recherche d'emploi prévues à l'article 20 des présentes dispositions générales, quelle que soit la partie à l'initiative de la rupture du contrat de travail.

Article 20

Rupture du contrat de travail : préavis, heures pour recherche d'emploi, priorité de réembauche, documents remis par l'employeur

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

1

Préavis

Les dispositions du présent 1 ne s'appliquent pas à la rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée.

a

Durée du préavis

Sans préjudice des dispositions légales ou réglementaires relatives à la procédure de licenciement pour motif personnel ou pour motif économique, toute rupture du contrat de travail, quelle que soit la partie prenant l'initiative de cette rupture, fait l'objet d'une notification par lettre recommandée avec accusé de réception. La date de première présentation de la lettre recommandée fixe le point de départ du préavis.

Sans préjudice de l'article 5 - Préavis - des dispositions particulières applicables aux cadres de la présente convention collective, la durée du préavis, décomptée de manière calendaire, est fixée :

— en cas de démission, à un mois ;

— en cas de licenciement non motivé par une faute grave ou lourde, à un mois si le salarié justifie dans la même

officine d'une ancienneté inférieure à deux ans et, à deux mois, s'il justifie dans la même officine d'une ancienneté d'au moins deux ans. Quel que soit l'effectif de l'officine, la durée du préavis est doublée, dans la limite d'une durée totale de trois mois, pour les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, mutilés de guerre et assimilés ;

— en cas de rupture anticipée d'un contrat de travail à durée déterminée à l'initiative du salarié, lorsque celui-ci justifie de la conclusion d'un contrat de travail à durée indéterminée, à un jour par semaine, dans la limite de deux semaines, compte tenu, soit de la durée totale du contrat incluant, le cas échéant, son ou ses deux renouvellements s'il s'agit d'un contrat à terme précis, soit de la durée effectuée s'il s'agit d'un contrat à terme imprécis.

Les durées précitées s'appliquent aux salariés à temps complet comme aux salariés à temps partiel.

b

Dispense, inexécution du préavis

L'employeur peut décider de dispenser son salarié d'exécuter tout ou partie du préavis. Dans ce cas, il doit en informer le salarié par écrit, celui-ci ne pouvant s'opposer à la décision de l'employeur. Le salarié reçoit une indemnité égale à la rémunération qu'il aurait perçue pendant la durée du préavis restant à courir s'il avait travaillé, y compris l'indemnité correspondante de congés payés.

Le salarié peut demander, par écrit, à son employeur de le dispenser d'exécuter tout ou partie du préavis. En cas d'acceptation de l'employeur, le salarié ne perçoit aucune indemnité compensatrice pour la durée du préavis non exécuté.

Dans le cas d'une inexécution du préavis par le salarié non autorisée par l'employeur, le salarié devra une indemnité correspondant aux heures de travail qu'il aurait dû effectuer. Cette indemnité pourra être réclamée par l'employeur à son salarié auprès du conseil des prud'hommes.

Cette indemnité n'est pas due si, licencié, le salarié apporte la preuve qu'il doit prendre son travail immédiatement chez un autre employeur. Pour bénéficier de cette disposition, le salarié doit prévenir l'employeur au moins 48 heures à l'avance et par écrit.

L'inexécution du préavis, qu'elle procède ou non d'une dispense, n'a pas pour conséquence d'avancer la date à laquelle le contrat de travail prend fin.

2

Heures pour recherche d'emploi

Les dispositions qui suivent ne sont pas applicables à la rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée.

Pendant la durée du préavis, le salarié est autorisé à s'absenter chaque jour pendant une durée égale au tiers de sa durée quotidienne de travail, dans la limite maximale de deux heures. Ces absences, qui sont fixées un jour au gré du salarié, un jour au gré de l'employeur, sont rémunérées.

L'employeur et le salarié peuvent s'entendre pour regrouper, selon des modalités qui leur conviennent, tout ou partie de ces heures d'absence au cours ou à la fin du préavis.

Les heures non utilisées par le salarié, en raison notamment d'une dispense d'exécution de tout ou partie du préavis, ne donnent pas lieu au paiement d'une indemnité compensatrice.

3

Priorité de réembauche

Tout salarié licencié pour motif économique bénéficie d'une priorité de réembauche pendant un délai d'une année à compter de la fin du préavis, qu'il soit exécuté ou non, s'il en fait la demande au cours de ce même délai d'un an.

L'employeur informe le salarié de l'existence de cette priorité de réembauche ainsi que de ses conditions de mise en œuvre dans la lettre de notification du licenciement. Le salarié informe l'employeur de son intention de bénéficier de la priorité de réembauche par tout moyen conférant date certaine à cette information.

L'employeur informe le salarié de tout emploi devenu disponible et compatible avec sa qualification. En outre, l'employeur informe, le cas échéant, les représentants du personnel des postes disponibles.

Le salarié ayant acquis une nouvelle qualification bénéficie également de la priorité de réembauche au titre de celle-ci, s'il en informe l'employeur.

Le refus d'une proposition de réembauche ou le fait de retrouver un emploi dans une autre entreprise ne fait pas perdre au salarié le bénéfice de sa priorité de réembauche.

4 Documents remis par l'employeur à l'issue du contrat de travail

a Certificat de travail

À l'expiration du contrat de travail, l'employeur délivre au salarié un certificat de travail qui contient les mentions suivantes :

- l'identité de l'employeur (nom, adresse, raison sociale) ;
- l'identité du salarié (nom, prénom, adresse) ;
- la date d'entrée du salarié dans l'officine et celle de sa sortie ;
- la nature de l'emploi ou des emplois successivement occupés et les périodes pendant lesquelles ces emplois ont été tenus ;
- le cas échéant, le maintien à titre gratuit des garanties de prévoyance et de frais de soins de santé ;
- la date de remise du certificat et le lieu de sa rédaction ;
- la signature de l'employeur.

b Reçu pour solde de tout compte

L'employeur établit le reçu pour solde de tout compte qui fait l'inventaire des sommes versées au salarié lors de la rupture du contrat de travail. Ce reçu est établi en double exemplaire. Mention en est faite sur le reçu. L'un des exemplaires est remis au salarié.

Le reçu pour solde de tout compte peut être dénoncé par lettre recommandée dans les six mois qui suivent sa signature, délai au-delà duquel il devient libératoire pour l'employeur pour les sommes qui y sont mentionnées.

c Attestation d'assurance chômage (attestation Pôle Emploi)

L'employeur délivre au salarié, au moment de la rupture du contrat de travail, l'attestation dite «attestation Pôle Emploi», qui lui permet de faire valoir ses droits aux allocations de chômage.

L'employeur transmet également, sans délai, un exemplaire de cette attestation à Pôle Emploi. Pour les officines de dix salariés et plus, cette transmission s'effectue obligatoirement par voie électronique, sauf impossibilité pour une cause qui leur est étrangère.

Article 21 Indemnité de licenciement

Mod. par Avenant 11 mai 2017, étendu par arr. 24 juill. 2018, JO 11 août, applicable à compter du 1^{er} juin 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE CGC) ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;

Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, les laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) ;

Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;

UNSA.

(Avenant 18 juin 2018, étendu) Le salarié titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée, licencié alors qu'il compte huit mois d'ancienneté ininterrompus au service du même employeur a droit, sauf en cas de faute grave ou

de faute lourde, à une indemnité de licenciement calculée comme suit :

- à compter de 8 mois et jusqu'à 10 ans d'ancienneté, 1/4 de mois de salaire par année d'ancienneté dans l'entreprise, à compter de la date d'entrée dans celle-ci ;
- à partir de 10 ans d'ancienneté, 3,34/10 de mois de salaire par année d'ancienneté dans l'entreprise à compter de la onzième année.

Pour l'ouverture du droit à l'indemnité de licenciement, l'ancienneté s'apprécie à la date de la rupture du contrat de travail, à savoir le jour de l'envoi par l'employeur de la notification du licenciement. Les périodes de suspension du contrat de travail sont prises en compte dans les conditions définies à l'article 11.

(Avenant 18 juin 2018, étendu) Pour le calcul du montant de l'indemnité de licenciement, l'ancienneté s'apprécie à la fin du préavis, y compris en cas de dispense de son exécution. Il est tenu compte des mois de service accomplis au-delà des années pleines. En cas d'année incomplète, l'indemnité est calculée proportionnellement au nombre de mois complets

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité de licenciement est, selon la formule la plus avantageuse pour le salarié :

- soit le douzième de la rémunération brute des douze derniers mois précédant la date d'envoi de la notification du licenciement, y compris gratifications, mois double... ;
- soit le tiers de la rémunération brute des trois derniers mois précédant la date d'envoi de la notification du licenciement. Dans ce cas, toute prime ou gratification de caractère annuel ou exceptionnel, versée au salarié pendant cette période, sera prise en compte prorata temporis.

L'indemnité de licenciement du salarié ayant été successivement occupé à temps complet et à temps partiel, ou inversement, dans la même officine, est calculée proportionnellement aux périodes d'emploi accomplies selon l'une et l'autre de ces deux modalités depuis son entrée dans l'officine.

L'indemnité de licenciement est versée au terme du préavis, qu'il soit exécuté ou non.

Article 22 **Indemnité de départ en retraite**

Mod. par Avenant 26 sept. 2013, étendu par arr. 29 déc. 2014, JO 3 janv. 2015, applicable à compter du 1^{er} oct. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE-CGC ;

FO ;

CFTC.

Tout salarié, quel que soit son âge, quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier d'une pension de vieillesse droit à une indemnité de départ en retraite fixée en fonction de son ancienneté dans l'entreprise.

Cette indemnité de départ en retraite, versée lors de la rupture du contrat de travail, est égale à :

- 1/2 mois de salaire après 10 ans d'ancienneté ;
- 1 mois de salaire après 15 ans d'ancienneté ;
- 1,5 mois de salaire après 20 ans d'ancienneté ;
- 2 mois de salaire après 25 ans d'ancienneté ;
- 2,5 mois de salaire après 30 ans d'ancienneté.

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

Lorsque le salarié réduit son temps de travail pour bénéficier d'une retraite progressive en application des articles L. 351-15 et suivants du code de la sécurité sociale, la rémunération à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité est celle que le salarié aurait perçue s'il avait maintenu son temps de travail.

En cas de mise à la retraite par l'employeur dans les conditions prévues par le code du travail, le salarié a droit au versement d'une indemnité de départ en retraite qui ne peut être inférieure à l'indemnité minimum légale de licenciement ou, si elle est plus favorable, à l'indemnité conventionnelle de licenciement.

Si les conditions de mise à la retraite prévues à l'alinéa précédent ne sont pas remplies, la rupture du contrat de

travail par l'employeur constitue un licenciement.

Article 23 **Prévoyance**

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Il est institué, pour les bénéficiaires de la présente convention collective, des régimes de prévoyance obligatoires couvrant les risques, décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité ainsi que des régimes de frais de soins de santé.

Ces régimes sont rendus obligatoires pour toutes les officines de pharmacie.

La nature et le niveau des prestations, le taux et la répartition des cotisations constituent un tout indivisible. Ils font l'objet de conditions particulières pour chacune des catégories dites non cadres d'une part, et cadres et assimilés cadres d'autre part, identifiées respectivement - aux Annexes IV-1 et IV-2 de la présente convention collective.

La commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine est chargée :

- de fixer les cotisations et les prestations des régimes institués par le présent article ;
- de veiller au bon fonctionnement desdits régimes et de proposer les améliorations ou les modifications qui pourraient leur être apportées, tant en ce qui concerne les prestations que le taux d'appel des cotisations ;
- d'instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité comprenant notamment un fonds de solidarité, garanties gérées par le ou les assureurs recommandés dans des conditions et selon des modalités fixées par un protocole d'accord conclu à cet effet.

Article 24 **Retraite complémentaire**

Tous les salariés sont affiliés à un régime de retraite complémentaire dès la naissance de leur contrat de travail.

La Caisse Générale Interprofessionnelle de retraite pour Salariés (CGIS) est désignée par les Organisations signataires de la Convention pour gérer ce régime.

Le taux contractuel de cotisation prévu à l'accord national collectif étendu du 16 décembre 1991 est fixé à 7 % à la date du 1^{er} janvier 1994.

L'accord collectif du 16 décembre 1991 modifiant celui du 22 juin 1956 fait l'objet de l'annexe III de la présente convention.

Article 25 **Congés payés**

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

1

Droit aux congés payés

La période de référence prise en compte pour l'ouverture du droit au congé débute le 1^{er} juin. Elle s'achève le 31 mai de l'année suivante.

Au cours de cette période, le salarié a droit à un congé payé de deux jours et demi ouvrables par mois de travail effectif chez le même employeur. La durée totale du congé exigible ne peut excéder trente jours ouvrables.

Sont assimilées à un mois de travail effectif les périodes de travail effectif, ou les périodes d'absences considérées

comme telles en application du 2, équivalentes à quatre semaines ou vingt-quatre jours.

En application du principe d'égalité de traitement entre salariés à temps complet et salariés à temps partiel, ces derniers ne peuvent voir leurs droits à congés payés réduits en proportion de leur horaire de travail.

Les salariés n'ayant pas travaillé pendant toute la période de référence, uniquement par suite de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non, ont droit, sur demande écrite de leur part, à un congé sans solde à due concurrence d'une durée au plus égale au nombre de jours de congé auquel ils auraient eu droit s'ils avaient travaillé pendant toute la période de référence. L'employeur reste seul compétent pour fixer les dates de départ en congé.

Par ailleurs, les salariés ayant entre 6 mois et un an d'ancienneté au 31 mai ont droit, sur demande écrite de leur part, à un complément de congé sans solde à due concurrence du nombre de jours de congé auquel ils auraient eu droit s'ils avaient travaillé pendant toute la période de référence. L'employeur reste seul compétent pour fixer les dates de départ en congé.

2

Durée des congés payés

Lorsque, à l'issue de la période de référence servant à l'acquisition des congés, soit le 31 mai, le nombre de jours ouvrables de congés payés dont dispose le salarié n'est pas un nombre entier, la durée du congé est portée au nombre entier immédiatement supérieur.

Sans préjudice des dispositions légales ou réglementaires spécifiques à tout autre congé, événement ou situation, sont notamment considérés comme des périodes de travail effectif pour la détermination de la durée des congés :

- Les périodes de congés payés ;
- les périodes de congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption ;
- les périodes de congés sans solde attribués en application des dispositions du 1 du présent article ;
- les absences pour se rendre aux examens médicaux obligatoires dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, les absences pour les actes médicaux nécessaires à la mise œuvre d'une assistance médicale à la procréation ;
- le repos compensateur de remplacement ainsi que le repos compensateur obligatoire mentionnés au 2 de l'article 13 - Durée du travail - des présentes dispositions générales ;
- les jours de repos accordés au titre d'un accord d'entreprise relatif à l'aménagement du temps de travail sur une période supérieure à la semaine ;
- les périodes, dans la limite d'une durée ininterrompue d'un an, pendant lesquelles l'exécution du contrat de travail est suspendue pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- les interruptions de travail pour maladie ou accident d'origine non professionnelle, continues ou non, jusqu'à une durée totale de deux mois pendant la période de référence, étant précisé qu'un même arrêt de travail ne peut donner lieu à la prise en compte de plus de deux mois pour le calcul de la durée des congés ;
- les congés pour événements familiaux et la journée défense et citoyenneté mentionnés à l'article 26 des présentes dispositions générales ;
- les périodes pendant lesquelles un salarié se trouve maintenu ou rappelé au service national à un titre quelconque, les périodes d'activité dans la réserve opérationnelle, les missions à caractère opérationnel et les activités de formation en qualité de sapeur-pompier volontaire, ainsi que les périodes d'emploi et de formation accomplies dans le cadre de la réserve sanitaire ;
- la durée du projet de transition professionnelle mis en œuvre dans le cadre de la mobilisation du compte personnel de formation ;
- les heures de délégation des salariés membres du comité social et économique, des délégués syndicaux et des représentants de sections syndicales ;
- le temps passé pour l'exercice de la mission de conseiller du salarié ;
- le temps passé pour l'exercice de la mission de défenseur syndical ;
- la durée du congé de formation économique, sociale et syndicale ;
- la durée des différents congés pour engagement associatif, politique ou militant ;
- le temps passé hors de l'entreprise, pendant les heures de travail, pour l'exercice de la fonction de conseiller prud'homal ;
- le temps passé hors de l'entreprise, pendant les heures de travail, pour l'exercice de fonctions ordinales ;
- les absences autorisées prévues par l'article 5 - Droit syndical et liberté d'opinion - des présentes dispositions générales, ainsi que le temps passé hors de l'entreprise, pendant les heures de travail, à l'exercice de la mission de membre d'une commission paritaire régionale interprofessionnelle pour les salariés et les employeurs des entreprises

de moins de onze salariés (CPRI) ou d'une commission paritaire régionale des professions libérales (CPR-PL). Dans tous les cas, l'absence du salarié ne peut avoir pour effet d'entraîner une réduction de ses droits à congé plus que proportionnelle à la durée de cette absence.

3

Période de prise des congés payés

La période de prise des congés payés est fixée du 1^{er} mai de l'année en cours au 30 avril de l'année suivante. Les congés pris au cours de cette période sont ceux qui ont été acquis entre le 1^{er} juin de l'année précédente et le 31 mai de l'année en cours.

Sous réserve de l'acceptation de l'employeur, les congés payés peuvent toutefois être pris au fur et à mesure de leur acquisition.

La période de prise des congés est portée à la connaissance des salariés par écrit individuel ou par affichage au moins deux mois avant son ouverture, soit au plus tard le 1^{er} mars.

La durée des congés pouvant être pris en une seule fois ne peut excéder 24 jours ouvrables. Il peut être dérogé individuellement à cette limite pour les salariés qui justifient de contraintes géographiques particulières ou de la présence au sein du foyer d'un enfant ou d'un adulte handicapé ou d'une personne âgée en perte d'autonomie.

Le congé principal, d'une durée égale à 24 jours ouvrables, est attribué pendant la période allant du 1^{er} mai au 31 octobre. Il peut être fractionné sur accord de l'employeur et du salarié. Dans ce cas, une fraction au moins égale à 18 jours ouvrables continus est prise entre le 1^{er} mai et le 31 octobre.

La cinquième semaine de congés payés est attribuée en dehors de cette période.

4

Ordre des départs en congé

En cas de congé par roulement, l'ordre des départs est fixé par l'employeur après avis, le cas échéant, du comité social et économique.

À cet effet, l'employeur tient compte des critères suivants :

- en premier lieu, les nécessités du service puis, dans la mesure du possible :
- les souhaits de chaque salarié ;
- leur situation de famille, notamment les possibilités de congé, dans le secteur privé ou la fonction publique, du conjoint ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ainsi que la présence au sein du foyer d'un enfant, d'un adulte handicapé ou d'une personne âgée en perte d'autonomie ;
- leur ancienneté ;
- leur activité chez un ou plusieurs autres employeurs.

Les conjoints et les partenaires liés par un pacte civil de solidarité travaillant dans une même officine ont droit à un congé simultané.

L'ordre des départs en congé est communiqué à chaque salarié, par tout moyen (affichage, courriel, note de service...), au moins un mois avant son départ.

Sauf en cas de circonstances exceptionnelles, l'employeur ne peut modifier l'ordre et les dates de départ en congé moins d'un mois avant la date de départ prévue.

5

Modalités de décompte des congés

Les congés payés doivent être pris sous la forme de journées entières. Ils ne peuvent être fractionnés sous la forme d'heures ou de demi-journées.

Pour les salariés employés à temps plein comme pour les salariés employés à temps partiel, le point de départ du congé est le premier jour où le salarié aurait dû travailler s'il n'avait pas été en congé. Tous les jours ouvrables sont ensuite pris en compte jusqu'à la reprise du travail, y compris les jours ouvrables habituellement non travaillés.

6

Jours de congé supplémentaires pour fractionnement

En cas de fractionnement du congé principal, les jours ouvrables restant dus au titre de ce congé peuvent être pris en dehors de la période allant du 1^{er} mai au 31 octobre, après accord de l'employeur et du salarié.

Dans ce cas, il est attribué deux jours ouvrables supplémentaires de congé lorsque le nombre de jours ouvrables de congé pris en dehors de cette période est égal à six, et un seul lorsqu'il est compris entre trois et cinq jours. Les jours de congé dus en sus du congé principal de 24 jours ouvrables ne sont pas pris en compte pour l'ouverture du droit à ce supplément.

Les jours supplémentaires de congé pour fractionnement ne sont pas dus lorsque le fractionnement résulte d'une demande écrite du salarié.

7

Report des congés

Le salarié qui se trouve, en raison d'un congé de maternité, de paternité ou d'adoption, d'un congé parental d'éducation, d'un arrêt de travail pour maladie ou accident d'origine professionnelle ou non, dans l'impossibilité de prendre tout ou partie de ses congés avant la fin de la période de prise des congés, soit le 30 avril, a droit au report des congés non pris. Les congés ainsi reportés font l'objet du paiement d'une indemnité compensatrice lorsqu'ils ne peuvent être pris avant la fin du contrat de travail.

Ce report s'exerce, dans la limite du délai de prescription de trois ans, jusqu'au retour effectif du salarié dans l'entreprise.

Dans le cas exceptionnel où un salarié serait rappelé avant l'expiration de son congé, pour les besoins de son service, il lui sera accordé un congé payé supplémentaire d'une durée de deux jours ouvrables, sans préjudice du report des jours de congés dont il n'aura pas pu bénéficier. Les frais de voyage occasionnés par ce déplacement, ainsi que les frais supplémentaires nécessités par ce rappel, lui seront remboursés sur justificatifs et selon le barème en vigueur dans l'entreprise.

8

Congés supplémentaires pour enfant à charge

Les salariés âgés de moins de vingt-et-un ans au 30 avril de l'année précédente bénéficient de deux jours de congés payés supplémentaires par enfant à charge. Ce congé est réduit à un jour si la durée des congés auxquels a droit le salarié n'excède pas six jours.

Les salariés âgés de vingt-et-un ans au moins à la date précitée bénéficient également de deux jours de congés payés supplémentaires par enfant à charge, sans que le cumul du nombre des jours de congé supplémentaires et des jours de congé annuel puisse excéder trente jours ouvrables.

Est réputé enfant à charge l'enfant qui vit au foyer et est âgé de moins de quinze ans au 30 avril de l'année en cours et tout enfant sans condition d'âge dès lors qu'il vit au foyer et qu'il est en situation de handicap.

9

Dispositions particulières aux jeunes travailleurs

Quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise, les salariés âgés de moins de vingt-et-un ans au 30 avril de l'année précédente, ont droit, s'ils le demandent, à un congé de trente jours ouvrables.

Dans ce cas, les jours de congés payés acquis sont complétés, à due concurrence d'un total de 30 jours ouvrables, par l'attribution de jours de congés non rémunérés. Ces jours ne donnent pas lieu au versement d'une indemnité de congé.

10

Interdiction de travailler pendant les congés

Conformément aux dispositions du code du travail, il est interdit, pour un employeur, d'employer un salarié à un travail rémunéré pendant ses congés payés.

De même, il est interdit, pour un salarié, d'accomplir des travaux rémunérés pendant ses congés payés.

11

Indemnités de congés payés

La prise des congés payés ouvre droit au versement d'une indemnité égale au dixième de la rémunération brute totale perçue par le salarié au cours de la période de référence, sans pouvoir être inférieure à la rémunération qui aurait été perçue pendant la période de congé si le salarié avait continué à travailler.

L'assiette servant de base au calcul de cette indemnité est déterminée conformément aux dispositions du code du travail.

Lorsque le contrat de travail est rompu avant que le salarié ait pu bénéficier de la totalité du congé auquel il avait droit, il reçoit, pour la fraction de congé dont il n'a pas bénéficié, une indemnité compensatrice de congés payés calculée selon les mêmes modalités. L'indemnité est due que la rupture du contrat de travail résulte du fait du salarié ou du fait de l'employeur, y compris en cas de licenciement pour faute lourde.

Cette indemnité compensatrice est également due aux ayants droit du salarié dont le décès survient avant qu'il ait pris son congé payé annuel. L'indemnité est versée aux ayants droit ayant qualité pour obtenir le paiement des salaires arriérés.

Article 26

Congés pour événements familiaux et journée défense et citoyenneté

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

1

Congés pour événements familiaux

Les salariés ont droit, sur justificatif, à des congés exceptionnels décomptés en jours ouvrés pour événements familiaux dans les conditions prévues ci-dessous :

Événement	Ancienneté	
	0 à 3 mois (jours payés)	Plus de 3 mois (jours payés)
Mariage du salarié ou conclusion d'un Pacs ¹	4	6
Mariage d'un enfant	1	2
Mariage d'une sœur, d'un frère	-	1
Naissance ²	3	3
Adoption ³	3	3
Décès du conjoint, du partenaire d'un PACS ou du concubin	3	4
Décès du père, de la mère	3	3
Décès des grands-parents	1	2
Décès du frère, de la sœur	3	3
Décès d'un enfant (quel que soit son âge) ou d'une personne (sans lien de parenté exigé) âgée de moins de 25 ans qui était à la charge effective et permanente du salarié	7	7
Décès du beau-père, de la belle-mère ⁴	3	3
Annonce de la survenue d'un handicap chez l'enfant	2	2
<p>1 : Le salarié bénéficie des jours de congés exceptionnels à due concurrence du nombre d'événements (ex: plusieurs mariages, plusieurs PACS, la succession d'un PACS et d'un mariage).</p> <p>2 : Les jours accordés en cas de naissance ne se cumulent pas avec les congés accordés, pour un même enfant, dans le cadre du congé de maternité. Ils bénéficient au père et, le cas échéant, au(à la) conjoint(e), concubin(e) de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité. Ils commencent à courir, au choix du salarié, le jour de la naissance de l'enfant ou le premier jour ouvré qui suit. Ces jours sont cumulables avec le congé de paternité et d'accueil de l'enfant.</p>		

Ces congés n'entraînent pas de réduction de la rémunération et sont assimilés à du temps de travail effectif pour la détermination de la durée du congé payé annuel. La durée de ces congés ne peut être imputée sur celle du congé payé annuel.

Sauf accord de l'employeur, et sans préjudice des dispositions particulières applicables aux jours accordés en cas de naissance d'un enfant, ces congés doivent être pris au cours d'une période raisonnable entourant l'événement qui y donne droit. En aucun cas, ils ne peuvent faire l'objet du versement d'une indemnité compensatrice.

2

Congé de deuil pour décès d'un enfant âgé de moins de 25 ans et période de protection contre le licenciement

Sans préjudice des jours de congés pour événements familiaux mentionnés au 1 du présent article, les salariés ont

droit, sur justificatif, à un congé de huit jours ouvrés dans les cas suivants :

- décès d'un enfant âgé de moins de 25 ans ;
- décès d'une personne (sans lien de parenté exigé) âgée de moins de 25 ans qui était à la charge effective et permanente du salarié.

Ce congé n'entraîne pas de réduction de la rémunération. Il donne lieu au versement d'indemnités journalières de la sécurité sociale, ainsi qu'au versement d'indemnités complémentaires servies par les régimes de prévoyance de la Pharmacie d'officine dans les conditions prévues à l'Annexe IV de la présente convention collective.

Ce congé peut être pris dans le délai d'un an à compter du décès de l'enfant. Il peut être fractionné en deux périodes, chaque période devant être d'une durée au moins égale à une journée. Le salarié informe l'employeur de chaque période d'absence au moins vingt-quatre heures à l'avance.

Ce congé est assimilé à du temps de travail effectif pour la détermination de la durée du congé payé annuel. Sa durée ne peut être imputée sur celle du congé payé annuel.

L'employeur ne peut rompre le contrat de travail d'un salarié pendant les treize semaines suivant le décès de son enfant âgé de moins de 25 ans ou de la personne âgée de moins de 25 ans qui était à sa charge effective et permanente, sauf à justifier d'une faute grave de l'intéressé ou de l'impossibilité de maintenir son contrat pour un motif étranger au décès.

3

Journée défense et citoyenneté

Outre les événements mentionnés dans le tableau figurant au présent article, tout salarié appelé à participer à la journée défense et citoyenneté bénéficie d'une autorisation exceptionnelle d'absence d'une journée. Cette absence a pour but exclusif de permettre au salarié de participer à la journée défense et citoyenneté. Elle n'entraîne pas de réduction de la rémunération et est assimilée à une période de travail effectif pour la détermination de la durée du congé payé annuel.

Article 27

Santé et sécurité au travail

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

Les dispositions du présent article n'ont pas pour objet d'être exhaustives et s'appliquent sans préjudice des dispositions du code du travail.

Les dispositions relatives à la santé et à la sécurité au travail en Pharmacie d'officine sont détaillées dans l'accord collectif national étendu du 30 septembre 2009 relatif à l'amélioration des conditions de travail dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine.

1

Dispositions générales

Conformément aux dispositions du code du travail, l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés. Ces mesures comprennent notamment :

- des actions de prévention des risques professionnels ;
- des actions d'information et de formation ;
- la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. Il informe et consulte le comité social et économique, lorsqu'il existe, dans les conditions prévues par le code du travail.

Sans préjudice de la responsabilité de l'employeur, il incombe à chaque salarié, conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur le cas échéant, de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres

personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Ces instructions sont adaptées à la nature des tâches à accomplir.

2

Document unique d'évaluation des risques

Conformément aux dispositions du code du travail, l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des salariés à laquelle il procède en application des dispositions du code du travail. Cette évaluation, qui comporte un inventaire des risques identifiés dans l'entreprise, porte notamment sur le choix des équipements de travail, sur l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations ainsi que sur la définition des postes de travail. Elle tient compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe.

En annexe du document unique, l'employeur consigne les données collectives utiles à l'évaluation des expositions individuelles aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail (notamment manutention manuelle de charges, postures pénibles définies comme positions forcées des articulations, travail de nuit au sens du code du travail...) de nature à en faciliter, le cas échéant, la déclaration réalisée au moyen de la déclaration sociale nominative (DSN) en vue de l'alimentation du compte professionnel de prévention (C2P). L'employeur consigne également la proportion de salariés exposés à ces facteurs au-delà des seuils fixés par le code du travail.

La mise à jour du document unique d'évaluation des risques est réalisée au moins chaque année, comme lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, ou bien encore lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque est recueillie.

Le document unique d'évaluation des risques est tenu à la disposition, notamment, des salariés, des membres de la délégation du personnel au comité social et économique le cas échéant, du médecin du travail et des agents de l'inspection du travail.

La rédaction du document unique d'évaluation des risques ainsi que sa mise à jour peuvent s'effectuer avec les conseils et l'appui des services de santé au travail.

3

Dispositions diverses

Conformément aux dispositions du code du travail, l'employeur met à la disposition de chaque salarié, à son poste de travail ou à proximité, un siège approprié. De plus, il met notamment à la disposition des salariés des vestiaires ou, le cas échéant, un meuble de rangement sécurisé dédié à leurs effets personnels placé à proximité de leur poste de travail.

Article 28

Formation professionnelle

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

L'employeur met à la disposition des salariés les revues professionnelles auxquelles il est abonné.

Les formations réalisées dans le cadre du plan de développement des compétences et qui ne conditionnent pas l'exercice d'une activité ou d'une fonction peuvent, sous réserve de l'accord écrit du salarié dénonçable dans les huit jours, être réalisées en tout ou partie en dehors du temps de travail, dans la limite de 30 heures par an et par salarié.

Dans ce cas, les heures de formations réalisées hors temps de travail constituent un temps de travail effectif et sont rémunérées comme tel.

Les dispositions relatives à la formation professionnelle en Pharmacie d'officine sont détaillées à l'Annexe II de la présente convention collective.

Article 29

Avantages acquis

La présente convention ne peut être, en aucun cas, la cause de restrictions aux avantages particuliers acquis par le salarié dans chaque entreprise antérieurement à la date d'extension de la présente convention.

Les clauses de la présente convention remplacent les clauses des contrats individuels existants, y compris les contrats de durée déterminée, lorsque les clauses de ces contrats seront moins avantageuses pour les salariés.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle au maintien des avantages plus favorables reconnus dans certaines entreprises.

Les avantages reconnus par la présente convention ne peuvent en aucun cas s'interpréter comme s'ajoutant aux avantages déjà accordés pour le même objet dans certaines entreprises. Dans ce cas, l'avantage le plus favorable aux salariés sera seul appliqué.

Article 30

Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 1^{er} févr. 2019, JO 8 févr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 nov. 2021, étendu par arr. 4 févr. 2022, JO 11 févr., applicable à compter du 1^{er} oct. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

1

Rôle

Oltre sa mission de négociation et d'interprétation, la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine, indifféremment dénommée «Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine» dans la présente convention collective et les différents accords collectifs entrant dans son champ d'application, est notamment chargée des missions suivantes :

- représenter la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, notamment dans l'appui aux entreprises et vis-à-vis des pouvoirs publics ;
- exercer un rôle de veille sur les conditions de travail et l'emploi ;
- établir un rapport annuel d'activité qu'elle verse dans la base de données nationale mentionnée à l'article L. 2231-5-1 du code du travail ;

rendre un avis à la demande d'une juridiction sur l'interprétation d'une convention ou d'un accord collectif.

2

Composition

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine est composée de représentants des organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine.

Les salariés siégeant au sein de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine bénéficient des garanties ainsi que des autorisations d'absence rémunérées prévues à l'article 5 des présentes dispositions générales, et dans les conditions fixées par le conseil d'administration du Fonds national pour le développement du paritarisme et le financement de la négociation collective (FNDP).

3

Siège

Le siège de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine est situé 13 rue Ballu 75009 PARIS. Les conventions et accords d'entreprise qui doivent lui être transmis en application de l'article L. 2232-9 du code du travail lui sont adressés par courrier postal ou par voie électronique à l'adresse suivante : cpn.pharmacie@fspf.fr.

Le secrétariat de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine est assuré par la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France, 13 rue Ballu, 75009 PARIS.

Le secrétariat accuse réception des conventions et accords d'entreprise qui lui sont transmis. Cet accusé de réception ne préjuge en rien de la conformité et de la validité de ces conventions et accords d'entreprise au regard des dispositions du code du travail et de la présente convention collective, et en particulier au regard des formalités de dépôt et de publicité applicables. Le secrétariat transmet par ailleurs copie de ces conventions et accords d'entreprise aux organisations professionnelles d'employeurs ainsi qu'aux organisations syndicales de salariés qui la composent.

4

Fonctionnement

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine se réunit au moins trois fois par an, en vue notamment des négociations obligatoires prévues par le code du travail. La liste indicative des sujets de négociation à traiter au cours de l'année civile ainsi que le calendrier prévisionnel de ces négociations sont fixés au cours de la dernière réunion de la Commission de l'année précédente.

Toute demande d'ouverture de négociations formulée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives est présentée en Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine. La Commission prend en compte cette demande et peut décider de constituer une Sous-commission en vue de préparer cette négociation. La Sous-commission rend compte de l'état d'avancement de ses travaux à l'occasion de la prochaine réunion de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine.

Chaque réunion de la Commission fait l'objet d'un relevé de décision rédigé par le secrétariat et approuvé, à l'occasion de la réunion suivante, dans les conditions fixées au 5 du présent article.

(Avenant 16 nov. 2021, étendu) Les membres de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine peuvent participer à distance aux réunions des commissions, sous-commissions, groupes de travail paritaires ou toute autre instance institués par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine ou par la présente convention collective, sous réserve de recourir à des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective aux débats et aux prises de décisions.

(Avenant 16 nov. 2021, étendu) Les moyens de visioconférence ou de télécommunication utilisés transmettent au moins la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des débats. Les participants sont alors réputés présents pour l'adoption des décisions.

5

Décisions

Indépendamment des accords collectifs de travail, les décisions de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine doivent être prises, pour leur validité, au sein du collège employeur comme du collège salarié, par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives dont le poids cumulé est au moins égal à 50 % au regard des arrêtés fixant la liste des organisations professionnelles d'employeurs et des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche de la Pharmacie d'officine.

6

Avis d'interprétation

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine peut décider, sur saisine d'une entreprise officinale ou d'une organisation syndicale représentative d'employeurs ou de salariés, de rendre un avis d'interprétation lorsqu'elle estime être en présence de difficultés réelles et sérieuses d'interprétation de la présente convention, de ses avenants et annexes.

Les avis d'interprétation sont rendus à l'unanimité des organisations syndicales d'employeurs et de salariés signataires ou ayant postérieurement adhéré aux dispositions donnant lieu à interprétation. Ils ont valeur d'avenant à la présente convention collective.

Article 31

Commission nationale paritaire de conciliation

Le rôle de la commission paritaire de conciliation est de donner avis sur les difficultés collectives d'application de

la présente convention, de ses annexes et avenants.

La commission est composée au maximum de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés signataires de la présente convention et d'un nombre égal total d'employeurs. Des commissaires suppléants pourront être prévus.

Les parties signataires saisies d'un conflit par la partie la plus diligente devront convoquer dans le plus court délai la commission de conciliation.

Les procès-verbaux de conciliation ou de non-conciliation devront être établis par la commission dans un délai maximum de sept jours francs à dater du jour où les parties signataires auront été saisies par lettre recommandée.

La commission pourra, pour éclairer ses travaux, faire appel à un ou plusieurs experts.

Article 32 **Dispositions finales**

Les parties contractantes veillent à la stricte observation par la profession des dispositions ci-dessus et prendront toutes mesures utiles pour en assurer le respect intégral.

Pour les conflits nés antérieurement à l'arrêté d'extension de la présente convention, les règles suivantes seront adoptées :

- a) Les conflits en cours seront réglés conformément au droit commun par les parties intéressées ou par les tribunaux ;
- b) Les conflits terminés par un accord amiable ou par une décision judiciaire devenue définitive ne pourront donner lieu à aucune remise en cause du fait des dispositions nouvelles.

Article 33 **Dépôt**

Le texte de la présente convention sera déposé à la direction Départemental du Travail, de l'Emploi, et la Formation Professionnelle de Paris et remis au Secrétariat Greffe du Conseil de Prud'homme de Paris, le tout conformément aux dispositions du Code du Travail.

Article 34 **Demande d'extension**

La présente convention collective et ses avenants seront soumis au ministère du travail pour que leurs dispositions soient rendus obligatoires pour tous les employeurs et travailleurs des pharmacies d'officines du territoire métropolitain et des DOM.

Dispositions particulières applicables aux cadres

Article 1er **Bénéficiaires**

Mod. par Avenant 18 oct. 2024, étendu par arr. 13 déc. 2024, JO 21 déc., applicable à compter du 1^{er} janvier 2025 sous réserve de son agrément⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Conformément à l'article premier des dispositions générales de la présente convention collective, les présentes dispositions particulières fixent les conditions du travail des cadres.

Ces dispositions complètent les dispositions générales applicables à tous les salariés relevant du champ d'application de la présente convention collective.

Appartiennent à la catégorie des cadres, au sens de l'article 2.1 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, et bénéficient à ce titre des présentes dispositions particulières, les salariés dont le coefficient est égal ou supérieur au coefficient 400.

Appartiennent à la catégorie des assimilés cadres, au sens de l'article 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, et bénéficient à ce titre des seules dispositions relatives à la prévoyance des présentes dispositions particulières à l'exclusion de toute autre, les salariés dont le coefficient est

compris entre le coefficient 330 inclus et le coefficient 400 exclu.

En application des dispositions de l'article R. 242-1-1, 1^o, alinéa 2 du code de la sécurité sociale, les entreprises officinales ont la possibilité d'intégrer dans la catégorie des cadres, pour le bénéfice des seules dispositions relatives à la prévoyance des présentes dispositions particulières et à l'exclusion de toute autre, les salariés bénéficiant d'un coefficient compris entre le coefficient 200 inclus et le coefficient 330 exclu. Cette intégration s'effectue, le cas échéant, par un acte de mise en place mentionné à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Absence pour maladie ou accident

(Complémentaire de l'article 16 des dispositions générales)

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

1

Indemnisation et maintien de salaire

Sans préjudice des règles d'indemnisation prévues à l'article 16 des dispositions générales, après un an dans les effectifs de l'entreprise, en cas de maladie ou d'accident dûment justifié, d'origine professionnelle ou non, le salaire net du cadre est maintenu intégralement dès le premier jour d'absence et pendant les six premiers mois, sous déduction des prestations en espèces servies, le cas échéant, par la sécurité sociale et le régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine. Lorsque la durée de présence du salarié dans les effectifs de l'entreprise atteint un an en cours d'arrêt de travail, cet arrêt n'ouvre pas droit à maintien de salaire.

Le cadre a droit, par tranche de trois années dans les effectifs au-delà des trois premières années, à un mois supplémentaire de maintien intégral du salaire net, dans la limite de six mois supplémentaires, soit 12 mois de maintien de salaire au maximum. Le salarié n'acquiert pas de droits supplémentaires à maintien de salaire en cours d'arrêt de travail.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, le maintien du salaire net s'entend comme le versement par l'employeur au salarié de l'intégralité du salaire net à l'échéance habituelle de la paye, que les prestations en espèces de la sécurité sociale et du régime de prévoyance aient été versées ou non.

En cas d'arrêts de travail multiples, le salarié ne peut bénéficier, au cours d'une même année civile, d'une période de maintien de salaire supérieure à celle à laquelle la durée de sa présence dans les effectifs de l'entreprise lui donne droit. De plus, un même arrêt de travail, notamment lorsqu'il s'échelonne sur plusieurs années civiles, ne peut donner lieu à une période de maintien de salaire supérieure à celle à laquelle la durée de sa présence dans les effectifs de l'entreprise lui donne droit.

2

Période de garantie d'emploi

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident d'origine professionnelle ou non, les salariés cadres bénéficient pendant leur absence, quelle que soit leur durée de présence dans les effectifs de l'entreprise et quelle que soit leur antériorité dans le statut cadre, d'une période de garantie d'emploi d'une durée de six mois pendant laquelle leur employeur ne peut, motif pris de leur absence, procéder à leur licenciement.

Cette période garantie d'emploi s'applique selon les conditions et modalités prévues à l'article 16 des dispositions générales de la présente convention collective.

En cas de licenciement pour remplacement définitif d'un cadre absent pour maladie ou accident d'origine professionnelle ou non, intervenant une fois la période de garantie d'emploi expirée, celui-ci bénéficie d'une priorité de réembauche pendant un an à compter de la date de notification du licenciement, s'il en fait la demande au cours de ce même délai d'un an. Cette priorité de réembauche s'exerce selon les conditions et modalités prévues à l'article 20 des dispositions générales de la présente convention collective

Article 3 **Maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption**

(Complémentaire de l'article 17 des dispositions générales)

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

Après une année dans les effectifs de l'entreprise, les salariés cadres bénéficient, pendant toute la durée du congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, et du congé d'adoption, du maintien intégral de leur salaire net par l'employeur, sous déduction des prestations en espèces servies, le cas échéant, par la sécurité sociale et le régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine.

Il en va de même du congé de paternité et d'accueil de l'enfant accordé en cas d'hospitalisation immédiate du nouveau-né après la naissance dans une unité de soins spécialisés.

Lorsque la durée de présence du salarié dans les effectifs de l'entreprise atteint un an en cours d'arrêt de travail, cet arrêt n'ouvre pas droit à maintien de salaire.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, le maintien du salaire net s'entend comme le versement par l'employeur au salarié de l'intégralité du salaire net à l'échéance habituelle de la paye, que les prestations en espèces de la sécurité sociale et du régime de prévoyance aient été versées ou non.

Lorsque le congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, ou le congé d'adoption, est suivi d'un arrêt de travail pour maladie, la durée du maintien de salaire dont bénéficie le salarié au titre de cet arrêt de travail en application des dispositions de l'article 2 des présentes dispositions particulières, n'est pas réduite de la durée du maintien de salaire dont il a bénéficié au titre du congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, ou d'adoption.

Article 4 **Embauche - Période d'essai**

(Complémentaire des articles 18 et 19 des dispositions générales)

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE CGC) ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;

Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) ;

Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;

UNSA.

Le contrat de travail d'un salarié cadre, établi conformément à l'article 18 des dispositions générales de la présente convention collective, doit être communiqué à l'Ordre dont dépend le salarié s'il s'agit d'un pharmacien.

Sous réserve d'être expressément prévue par le contrat de travail, la période d'essai applicable aux salariés cadres est d'une durée maximale de quatre mois. Pendant cette période, le contrat de travail pourra être rompu par l'une ou l'autre des parties sans indemnité de rupture ni application d'une éventuelle clause de non-concurrence.

Article 5 **Préavis**

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s)

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

*FSS CFDT ;
CFTC Santé Sociaux ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC UNSA ;
Pharmacie LABM FO.*

La durée du préavis, décomptée de manière calendaire, est fixée, en cas de démission comme en cas de licenciement non motivé par une faute grave ou lourde, à trois mois.

Article 6 **Indemnité de licenciement**

Mod. par Avenant 11 mai 2017, étendu par arr. 24 juill. 2018, JO 11 août, applicable à compter du 1^{er} juin 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
UNPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC Santé Sociaux ;
FNSCIC CFE CGC ;
Pharmacie LABM FO.*

Mod. par Avenant 18 juin 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;
Union des syndicats de pharmaciens d'officine.*

Syndicat(s) de salariés :

*Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;
Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE CGC) ;
Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) ;
Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) ;
Fédération nationale des industries chimiques (CGT) ;
UNSA.*

1

Cadres comptant moins de 5 années d'ancienneté dans l'entreprise

(Avenant 18 juin 2018, étendu) Sous réserve de justifier de huit mois d'ancienneté ininterrompu ; dans l'entreprise à la date de la rupture du contrat de travail, soit le jour de l'envoi par l'employeur de la lettre de notification du licenciement, le montant de l'indemnité de licenciement d'un salarié cadre comptant moins de 5 années d'ancienneté est égal, quel que soit le motif du licenciement, à un quart de mois de salaire par année d'ancienneté à compter de la date d'entrée dans l'entreprise.

Aucune indemnité de licenciement n'est due en cas de faute grave ou de faute lourde.

2

(Avenant 18 juin 2018, étendu) - Cadres comportant 5 années d'ancienneté ou plus dans l'entreprise

À la date de la rupture du contrat de travail, soit le jour de l'envoi par l'employeur de la lettre de notification du licenciement, le montant de l'indemnité de licenciement des salariés cadres comptant au moins 5 années d'ancienneté est calculé comme suit, selon le motif du licenciement :

a) Licenciement fondé sur le motif économique prévu à l'article L. 1233-3 du code du travail :

- jusqu'à 10 ans d'ancienneté, 3/10 de mois de salaire par année d'ancienneté dans l'entreprise, à compter de la date d'entrée dans celle-ci ;
- au-delà de 10 ans et jusqu'à 15 ans d'ancienneté, 3,34/10 de mois de salaire par année d'ancienneté dans l'entreprise à compter de la onzième année ;
- au-delà de 15 ans d'ancienneté, 5/10 de mois de salaire par année d'ancienneté dans l'entreprise à compter de la 16^{ème} année.

b) Licenciement fondé sur un motif autre que celui visé ci-dessus :

- jusqu'à 15 ans d'ancienneté, 3/10 de mois de salaire par année d'ancienneté dans l'entreprise, à compter de la date d'entrée dans celle-ci ;
- au-delà de 15 ans d'ancienneté, 5/10 de mois de salaire par année d'ancienneté dans l'entreprise à compter

de la 16^{ème} année.

Aucune indemnité de licenciement n'est due en cas de faute grave ou de faute lourde.

Article 7 **Retraite complémentaire**

Tous les salariés cadres sont affiliés à un régime de retraite complémentaire dès la naissance de leur contrat de travail.

La CRCPharma et la CGIC sont désignées par les Organisations signataires de la Convention pour gérer ce régime. Les taux contractuels de cotisation sont fixés par la réglementation actuellement en vigueur et définis par l'AGIRC.

Article 8 **Prévoyance et Frais de soins de santé**

Mod. par Avenant 18 oct. 2024, étendu par arr. 13 déc. 2024, JO 21 déc., applicable à compter du 1^{er} janvier 2025 sous réserve de son agrément⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

(Complémentaire de l'article 23 des dispositions générales)

Il est institué, pour les cadres et les assimilés cadres mentionnés à l'article 1er des présentes dispositions particulières, un régime de prévoyance couvrant les risques décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité-adoption-deuil d'un enfant d'une part, et un régime de frais de soins de santé d'autre part.

Ces régimes peuvent également bénéficier, le cas échéant, aux salariés mentionnés au cinquième alinéa de l'article 1^{er} des présentes dispositions particulières.

La nature et le niveau des prestations, le taux et la répartition des cotisations constituent un tout indivisible. Ils font l'objet de conditions particulières définies à l'Annexe IV-2 de la présente convention collective.

Article 9 **Congés payés**

(Complémentaire de l'article 25 des dispositions générales)

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s)

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Après six ans d'ancienneté dans l'entreprise, les cadres acquièrent chaque année, à la date anniversaire de leur entrée dans l'entreprise, deux jours ouvrables de congés payés supplémentaires qui peuvent être pris dès leur acquisition.

Pour l'application du précédent alinéa, l'ancienneté est appréciée conformément aux dispositions de l'article 11 des dispositions générales de la présente convention collective.

Lorsque le salarié est absent en totalité entre deux dates anniversaire de son contrat de travail, ces deux jours de congés supplémentaires pour ancienneté ne sont pas dus.

Par dérogation aux dispositions du 2 de l'article 25 des dispositions générales de la présente convention collective, les absences pour maladie ou accident d'origine non professionnelle, en une ou plusieurs fois jusqu'à une durée totale de 6 mois au cours de la période allant du 1^{er} juin au 31 mai de l'année suivante, sont considérées comme périodes de travail effectif pour le calcul de la durée des congés, étant précisé qu'un seul et même arrêt de travail ne peut donner lieu à la prise en compte de plus de 6 mois pour le calcul de la durée des congés.

Article 10
Formation professionnelle

(complémentaire de l'article 28 des dispositions générales)

(Abrogé par Avenant 6 avr. 2021, étendu)

Annexes

Annexe I - Classifications et salaires (d'origine)

Mod. par Avenant 30 janv. 2008, étendu par arr. 27 oct. 2008, JO 6 nov., applicable à compter du 1^{er} mars 2008

Mod. par Avenant, 28 oct. 2011 étendu par arr. 19 juin 2012, JO 27 juin

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

FO ;

CFE-CGC ;

CFTC.

Employés et agents de maîtrise

I) Classification et définition des emplois

Article 1er

Les dispositions ci-après relatives aux classifications et définitions des emplois de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 sont applicables à compter du 1^{er} mars 2008.

Article 2

Mod. par Avenant, 28 oct. 2011 étendu par arr. 19 juin 2012, JO 27 juin

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

FO ;

CFE-CGC ;

CFTC.

Mod. par Accord 7 mars 2016, étendu par arr. 4 oct. 2015, JO 15 oct., applicable à compter du jour de l'entrée en vigueur de l'accord collectif national du 7 mars 2016 relatif à la formation professionnelle⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE-CGC.

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

(Avenant 24 oct. 2019, étendu) La notion de pratique professionnelle, servant à déterminer la progression dans les échelons d'un même emploi de la présente classification, ne se confond pas avec la notion d'ancienneté définie à l'article 11 des dispositions générales de la présente convention collective. Elle s'entend comme la pratique effective acquise par le salarié dans l'emploi considéré, indépendamment du nombre d'entreprises officinales dans lesquelles il a été employé et de sa durée de travail.

Sont toutefois prises en compte pour le calcul de la pratique professionnelle, les périodes d'absence suivantes :

- les périodes de congés payés annuels, les jours de congés payés supplémentaires pour ancienneté prévus par l'article 9 des dispositions particulières applicables aux cadres de la présente convention collective, les jours de réduction du temps de travail le cas échéant ;
- les congés pour événements familiaux et la journée défense et citoyenneté mentionnés à l'article 26 des dispositions générales de la présente convention collective ;
- le congé de maternité, de paternité et d'adoption, les absences pour se rendre aux examens médicaux obligatoires dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, les absences pour les actes médicaux nécessaires à la mise en œuvre d'une assistance médicale à la procréation ;
- les interruptions de travail pour maladie ou accident d'origine professionnelle ou non professionnelle, continues ou non, dans la limite de trois mois par année civile, étant précisé qu'un même arrêt de travail ne peut donner lieu à la prise en compte de plus de trois mois au titre de la pratique professionnelle ;
- les périodes d'absence occasionnées par des formations réalisées dans le cadre du plan de développement des compétences ;
- les absences autorisées prévues par l'article 5 - Droit syndical et liberté d'opinion - des dispositions générales de la présente convention collective ;
- les absences au titre de la participation à un jury d'assises.

Tableau I

(Avenant, 28 oct. 2011 étendu)

Coefficient	Classification des emplois commerciaux et de manutention
100	Personnel de nettoyage : personnel assurant le nettoyage des locaux, du mobilier et du matériel professionnel utilisé à la pharmacie.
115	Manœuvre spécialisé : personnel qui exécute des travaux simples ne nécessitant qu'une mise au courant très sommaire.
125	Magasinier et emballer : personnel effectuant dans un magasin soit des travaux de manutention, de rangement, soit l'emballage de produits ou fournitures pharmaceutiques et d'accessoires.
160	Livreur : personnel assurant les liaisons avec les fournisseurs et les clients, quel que soit le moyen de locomotion utilisé, et chargé, le cas échéant, des encaissements.
130	Conditionneur débutant : personnel ayant moins d'un an de pratique professionnelle qui exécute des travaux simples de conditionnement (remplissage des boîtes, sachets, tubes, flacons, etc.) et des travaux en vue de la présentation pour la vente (bouchage, pliage, étiquetage, mise en paquets et enveloppage).
130	Rayonniste débutant : personnel ayant moins d'un an de pratique professionnelle, chargé de réapprovisionner en marchandises les rayons, d'en surveiller le stock et de les distribuer au service des ventes, chargé de la réception des marchandises et de la vérification des identités et des quantités à partir des bordereaux de livraison ou des factures.
140	Conditionneur ou rayonniste 1 ^{er} échelon : conditionneur ou rayonniste en deuxième et troisième année de pratique professionnelle.
145	Conditionneur ou rayonniste 2 ^{ème} échelon : conditionneur ou rayonniste en quatrième et cinquième année de pratique professionnelle.
150	Conditionneur ou rayonniste 3 ^{ème} échelon : conditionneur ou rayonniste à partir de la sixième année de pratique professionnelle.

135	Employé en pharmacie débutant : personnel occupé normalement à la vente au public de marchandises dont les pharmacies peuvent faire le commerce à l'exclusion des produits dont la vente est réservée aux pharmaciens et pouvant effectuer d'autres travaux de rayoniste, notamment.
145	Employé en pharmacie 1 ^{er} échelon : employé en deuxième et troisième année de pratique professionnelle, répondant à la définition de l'employé en pharmacie débutant.
155	Employé en pharmacie 2 ^{ème} échelon : employé en quatrième et cinquième année de pratique professionnelle, répondant à la définition de l'employé en pharmacie débutant.
165	Employé en pharmacie 3 ^{ème} échelon : employé à partir de la sixième année de pratique professionnelle, répondant à la définition de l'employé en pharmacie débutant.
150	Employé en pharmacie qualifié 1 ^{er} échelon : employé qualifié titulaire du CAP d'employé en pharmacie.
160	Employé en pharmacie qualifié 2 ^{ème} échelon : employé qualifié titulaire du CAP d'employé en pharmacie, après 3 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
170	Employé en pharmacie qualifié 3 ^{ème} échelon : employé qualifié titulaire du CAP d'employé en pharmacie, après 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
160	Employé en pharmacie qualifié 3 ^{ème} échelon : employé qualifié titulaire de la mention complémentaire.
165	Employé en pharmacie qualifié 4 ^{ème} échelon : employé qualifié titulaire de la mention complémentaire, après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
170	Employé en pharmacie qualifié 5 ^{ème} échelon : employé qualifié titulaire de la mention complémentaire ayant un an de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
175	Employé en pharmacie qualifié 6 ^{ème} échelon : employé qualifié titulaire de la mention complémentaire ayant deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
200	Vendeur 1 ^{er} échelon : personnel titulaire du baccalauréat professionnel spécialité «commerce».
220	Vendeur 2 ^{ème} échelon : personnel titulaire du baccalauréat professionnel spécialité «commerce», après 2 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
240	Vendeur 3 ^{ème} échelon : personnel titulaire du baccalauréat professionnel spécialité «commerce», après 3 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
260	Vendeur 4 ^{ème} échelon : personnel titulaire du baccalauréat professionnel spécialité «commerce», après 4 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
200	Conseiller(ère) en dermo-cosmétique 1 ^{er} échelon : personnel titulaire du titre de conseiller(ère) en dermo-cosmétique*.
220	Conseiller(ère) en dermo-cosmétique 2 ^{ème} échelon : personnel titulaire du titre de conseiller(ère) en dermo-cosmétique*, après 2 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
240	Conseiller(ère) en dermo-cosmétique 3 ^{ème} échelon : personnel titulaire du titre de conseiller(ère) en dermo-cosmétique*, après 3 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
260	Conseiller(ère) en dermo-cosmétique 4 ^{ème} échelon : personnel titulaire du titre de conseiller(ère) en dermo-cosmétique*, après 4 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
*	Seuls sont visés les salariés ayant obtenu le titre de conseiller(ère) en dermo-cosmétique dans le cadre des référentiels de formation en vigueur avant l'enregistrement de ce titre au répertoire national des certifications professionnelles par arrêté du 19 avril 2011.

Tableau II

Coefficient	Classification des élèves préparateurs
145	Élève préparateur titulaire du BEP carrières sanitaires et sociales.
155	Élève préparateur titulaire du BEP carrières sanitaires et sociales, ayant un an de présence en officine.
150	Élève préparateur titulaire du baccalauréat ou de tout autre titre ou diplôme permettant de s'inscrire en première année d'étude de pharmacie.
160	Élève préparateur titulaire du baccalauréat ou de tout autre titre ou diplôme permettant de s'inscrire en première année d'étude de pharmacie, ayant un an de présence en officine.

Tableau III(Accord 7 mars 2016, étendu)⁽¹⁾

(1) Mesures transitoires :

— les préparateurs en pharmacie 1^{er} échelon dont le coefficient hiérarchique est, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, inférieur au coefficient 240, doivent être classés au coefficient 240 échelon 1. Pour le passage à l'échelon 2, toutes les années de pratique professionnelle acquises dans l'échelon 1, y compris celles acquises avant l'entrée en vigueur du présent accord, seront prises en compte ;

— les préparateurs en pharmacie 2^{ème} échelon dont le coefficient hiérarchique est, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, inférieur au coefficient 250, doivent être classés au coefficient 250 échelon 2. Pour le passage à l'échelon 3, toutes les années de pratique professionnelle acquises dans l'échelon 2, y compris celles acquises avant l'entrée en vigueur du présent accord, seront prises en compte ;

— les préparateurs en pharmacie 7^{ème} échelon justifiant, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, d'au moins huit années de pratique professionnelle acquises dans cet échelon et bénéficiant d'un coefficient compris entre le coefficient 310 inclus et le coefficient 320 exclu, doivent être classés au coefficient 320 échelon 8 ;

— les préparateurs en pharmacie 7^{ème} échelon bénéficiant, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, d'un coefficient compris entre le coefficient 320 inclus et le coefficient 330 exclu, doivent être classés à l'échelon 8.

Coefficient	Classification des emplois de préparateur
175	Aide-préparateur : personnel titulaire du certificat d'aptitude professionnelle d'aide-préparateur (décret n° 48-822 du 10 mai 1948).
240	Préparateur en pharmacie 1 ^{er} échelon : préparateur titulaire du brevet professionnel de préparateur en pharmacie.
250	Préparateur 2 ^{ème} échelon : préparateur breveté justifiant de 2 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
260	Préparateur 3 ^{ème} échelon : préparateur breveté justifiant de 3 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
280	Préparateur 4 ^{ème} échelon : préparateur breveté justifiant de 4 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
290	Préparateur 5 ^{ème} échelon : préparateur breveté justifiant de 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
300	Préparateur 6 ^{ème} échelon : préparateur breveté justifiant de 6 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
310	Préparateur 7 ^{ème} échelon : préparateur breveté justifiant de 7 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
320	Préparateur 8 ^{ème} échelon : préparateur breveté justifiant de 8 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
330	Préparateur 9 ^{ème} échelon : préparateur breveté qui possède des qualités techniques et commerciales exceptionnelles et qui exécute des travaux comportant une large initiative.

Tableau IV

Coefficient	Classification des emplois de services généraux et de bureau
140	Employé de comptabilité : agent exécutant dans un bureau de comptabilité, et suivant les directives du comptable ou du chef comptable, tous travaux élémentaires de comptabilité ne nécessitant pas la connaissance générale du mécanisme comptable, dont la qualification est inférieure à celle de l'aide-comptable teneur de livres 1 ^{er} échelon.
150	Employé de service commercial, administratif, contentieux, technique, d'exploitation, aux écritures, de classement, d'archives, de reprographie (polycopie, ronéo, machine à timbrer) ou d'accueil 1 ^{er} degré : employé d'exécution chargé, suivant les directives et suivant les cas, soit d'effectuer les divers travaux y compris éventuellement la correspondance nécessaire à la réalisation d'une opération commerciale complète ou d'une part importante de cette opération, soit d'effectuer divers travaux relevant des services ci-dessus, également la correspondance, le dépouillement, la constitution et la tenue de dossiers simples, soit d'assurer l'accueil téléphonique et physique des personnes. La correspondance visée doit se borner à des lettres rédigées suivant des règles bien établies.
150	Aide-comptable teneur de livres 1 ^{er} échelon : agent ayant le certificat d'aptitude professionnelle de comptabilité de l'enseignement technique ou un diplôme équivalent, tenant les livres suivant les directives du comptable industriel ou commercial ou du patron, à l'exclusion de toutes autres opérations comptables.
170	Aide-comptable teneur de livres 2 ^{ème} échelon : agent ayant le brevet professionnel de comptable de l'enseignement technique ou bac STG (ou équivalent), a des notions comptables élémentaires lui permettant de tenir les journaux auxiliaires (avec ou sans ventilation), de poser et d'ajuster les balances de vérification et faire tous travaux analogues, de tenir, arrêter ou surveiller les comptes, tels que clients, fournisseurs, banques, chèques postaux, stocks, etc.
170	Employé de service commercial, administratif, contentieux, technique, d'exploitation, aux écritures, de classement, d'archives, de reprographie (polycopie, ronéo, machine à timbrer) ou d'accueil 2 nd degré : employé répondant à la définition de l'employé de service commercial, administratif, contentieux, technique, d'exploitation, aux écritures, de classement, d'archives, de reprographie ou d'accueil 1 ^{er} degré et chargé également des différentes opérations de caisse (encaissement, paiement des fournisseurs, édition du bordereau de caisse justifiant des opérations effectuées au cours d'une journée...).

Coefficient	Classification des emplois de services généraux et de bureau
190	Secrétaire sténodactylographe : employé maîtrisant la sténodactylographie, collaborant avec le patron, le chef d'entreprise, l'administrateur, le directeur ou le chef d'un service commercial, administratif ou technique. Rédige la majeure partie de la correspondance d'après les directives générales. Assiste la ou les personnes concernées dans la rédaction, la mise en forme, la frappe du courrier, la réception et l'archivage des documents, la gestion des communications et des emplois du temps. Prend à l'occasion des initiatives dans les limites déterminées par la (les) personne(s) avec laquelle (lesquelles) il collabore.
200	Secrétaire comptable : secrétaire sténodactylographe tenant en outre les livres auxiliaires de la comptabilité.
250	Secrétaire sténodactylographe niveau BTS : employé répondant à la définition du secrétaire sténodactylographe et ayant le niveau BTS.
330	Secrétaire de direction : collaborateur immédiat d'un chef d'entreprise, d'un directeur ou d'un chef de service. Prépare et réunit les éléments de leur travail. Capable d'assumer les tâches du secrétaire sténodactylographe. Possède une grande expérience de son travail.
330	Comptable : niveau BTS, bac plus 2 années. Assure des fonctions de chef comptable, chef caissier, chef de service de paye, chef de service facturation, assistant de niveau, maîtrise des charges d'études économiques et financières. Doit faire preuve de connaissances suffisantes pour tenir les livres légaux et auxiliaires nécessaires à la comptabilité générale et industrielle et être capable de dresser le bilan éventuellement avec les directives d'un chef comptable ou d'un expert-comptable.

Tableau V

Coefficient	Classification des ouvriers et employés de l'optique-lunetterie dans les pharmacies
150	Ouvrier en optique-lunetterie débutant n'ayant pas son CAP et capable d'exécuter une partie seulement du travail.
175	Ouvrier monteur en optique-lunetterie, possédant son CAP ou 3 années de pratique professionnelle.
200	Vendeur en optique-lunetterie 1 ^{er} échelon : reçoit les ordonnances, vend et ajuste les montures, peut contrôler le travail d'atelier, possède une expérience d'ouvrier monteur, connaît suffisamment les instruments couramment vendus par les opticiens pour en faire la démonstration, ayant au moins 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
225	Vendeur en optique-lunetterie 2 ^{ème} échelon : reçoit les ordonnances, vend et ajuste les montures, peut contrôler le travail d'atelier, possède une expérience d'ouvrier monteur, connaît suffisamment les instruments couramment vendus par les opticiens pour en faire la démonstration, ayant au moins 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Vendeur en optique-lunetterie très qualifié pouvant assurer la marche du magasin sous contrôle d'un diplômé.
330	Opticien pourvu du BTS d'opticien-lunettier, techniquement responsable du département d'optique et possédant des connaissances techniques en optique de contact, le pharmacien étant le responsable juridiquement du département d'optique.

Tableau VI

Coefficient	Classification des employés en audioprothèses dans les pharmacies
330	Audioprothésiste : personnel ayant un diplôme d'État d'audioprothésiste ou une équivalence, assure le fonctionnement du département d'acoustique médicale.

Tableau VII

Coefficient	Classification des ouvriers et employés d'orthopédie dans les pharmacies
155	Ouvrier en orthopédie 1 ^{er} échelon : personnel possédant des notions de couture nécessaires pour fabriquer des corsets, ceintures et bandages ou pour assurer des retouches, utilisant une machine à coudre et pouvant assurer la vente des articles ci-dessus.
165	Ouvrier en orthopédie 2 ^{ème} échelon : personnel possédant des notions de couture nécessaires pour fabriquer des corsets, ceintures et bandages ou pour assurer des retouches, utilisant une machine à coudre et pouvant assurer la vente des articles ci-dessus après un an de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
175	Vendeur en orthopédie 1 ^{er} échelon : personnel possédant des notions de couture et de prise de mesures, utilisant une machine à coudre, possédant des notions de dactylographie.

Coefficient	Classification des ouvriers et employés d'orthopédie dans les pharmacies
200	Vendeur en orthopédie 2 ^{ème} échelon : personnel possédant des notions de couture et de prise de mesures, utilisant une machine à coudre, possédant des notions de dactylographie et ayant, au minimum, 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
225	Orthopédiste 1 ^{er} échelon : orthopédiste titulaire du BT de petit appareillage ou d'une formation équivalente, le département restant sous sa responsabilité technique et le pharmacien étant le responsable du département au niveau juridique.
250	Orthopédiste 2 ^{ème} échelon : orthopédiste titulaire du BT de petit appareillage ou d'une formation équivalente, le département restant sous sa responsabilité technique et le pharmacien étant le responsable du département au niveau juridique, après 2 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Orthopédiste 3 ^{ème} échelon : orthopédiste titulaire du BT de petit appareillage ou d'une formation équivalente, le département restant sous sa responsabilité technique et le pharmacien étant le responsable du département au niveau juridique, après 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
300	Orthopédiste 4 ^{ème} échelon : orthopédiste titulaire du BT de petit appareillage ou d'une formation équivalente, le département restant sous sa responsabilité technique et le pharmacien étant le responsable du département au niveau juridique, après 9 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
330	Orthopédiste 5 ^{ème} échelon : orthopédiste assumant seul la responsabilité technique du département d'orthopédie.

II) Salaires

A- Salaires minima

Le salaire minimum national professionnel prévu à l'article 8 - Salaires - des dispositions générales de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine est fixé selon le tableau joint pour une durée hebdomadaire de travail de 35 heures.

Les salaires minima mensuels correspondant aux différents coefficients hiérarchiques s'établissent comme il est précisé au tableau joint.

B- Dispositions particulières

Les majorations afférentes aux heures supplémentaires s'ajoutent au salaire réel correspondant au coefficient hiérarchique.

Les primes instituées par les accords collectifs, en particulier la prime d'ancienneté et la prime de travail en sous-sol, s'ajoutent aux rémunérations minimales.

C- Indemnité pour service de garde ou d'urgence à volets fermés

Pour les pharmacies assurant un service de garde ou d'urgence à volets fermés, il sera accordé au personnel présent à l'officine une indemnité égale aux montants des honoraires fixés par l'arrêté du 1^{er} septembre 2006 relatif aux honoraires perçus par les pharmaciens assurant les services de garde, à l'exclusion de l'indemnité forfaitaire d'astreinte fixée par ledit arrêté.

Cadres

I) Classification des cadres pharmaciens

Les cadres munis du diplôme de pharmacien et exerçant leurs fonctions en application des dispositions des articles R. 5125-34, R. 5125-35, R. 5125-36 et R. 5125-37 du code de la santé publique sont classés dans les positions types qui figurent ci-après avec les coefficients correspondants.

Position I

1- Définition

Sont classés dans cette position les cadres munis du diplôme de pharmacien généralement placés sous les ordres d'un cadre pharmacien d'une position plus élevée ou, dans les entreprises à structure simple, de l'employeur.

2- Échelons

Mod. par Avenant 24 oct. 2019, étendu par arr. 2 juill. 2021, JO 17 août, applicable à compter du 1^{er} déc. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

La position I est composée de plusieurs échelons. Le passage d'un échelon à l'autre s'opère, en fonction de la pratique professionnelle acquise, dans les conditions suivantes :

- échelon 1 : moins d'un an de pratique professionnelle ;
- échelon 2 : après un an de pratique professionnelle dans l'échelon précédent ;
- échelon 3 : après deux ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent ;
- échelon 4 : après trois ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.

(Avenant 24 oct. 2019, étendu) Pour l'application de ces dispositions, il est fait usage de la de la notion de pratique professionnelle telle que définie à l'article 2 du I - Classification et définition des emplois - de la partie - Employés et agents de maîtrise.

3- Coefficients minima

À chaque échelon correspond un coefficient minimum dont la valeur est fixée comme suit :

- échelon 1 : coefficient 400 ;
- échelon 2 : coefficient 430 ;
- échelon 3 : coefficient 470 ;
- échelon 4 : coefficient 500 ;

Position II

1- Définition

Sont classés dans cette position les cadres munis du diplôme de pharmacien et qui assument des fonctions complémentaires ou des responsabilités supérieures à celles des cadres relevant de la position I.

Les classes types ci-dessous constituent des repères et les employeurs ont la faculté de situer leurs collaborateurs dans les positions intermédiaires tenant compte des fonctions effectivement exercées par les intéressés.

Classe A : cadres munis du diplôme de pharmacien assumant la fonction de pharmacien-adjoint habituel dans l'officine et dont les titres ou la compétence permettent, en outre, l'exercice effectif d'une activité complémentaire spécialisée dans ladite officine.

Classe B : cadres munis du diplôme de pharmacien dont les fonctions entraînent le commandement sur les cadres de position I et de position II classe A, ou qui ont une compétence et des responsabilités équivalentes.

2- Coefficients minima

- classe A : 500 ;
- classe B : 600 ;

Position III

1- Définition

Elle comprend des cadres occupant des fonctions hiérarchiquement supérieures à celles rangées dans les positions types précédentes, soit que leur situation hiérarchique leur donne commandement sur un ou plusieurs cadres des positions I et II ci-dessus définies, soit que leur situation exige une valeur technique élevée ou ne se justifie par la nécessité de la coordination de plusieurs grands services dans un établissement important.

2- Coefficient minimum

- position III : 800

Remplacement du titulaire

Les pharmaciens assurant le remplacement du titulaire d'une officine, conformément aux dispositions des articles R. 5125-39 à R. 5125-42 du code de la santé publique percevront, au minimum, une bonification de rémunération égale à 5 points conventionnels de salaire. Cette bonification est versée par jour calendaire, à compter de la prise de l'exercice effectif du remplacement et pendant la durée de celui-ci.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, il est convenu que les cadres pharmaciens, remplaçant le titulaire de l'officine dans laquelle ils exercent habituellement leurs fonctions, percevront la bonification mentionnée à l'alinéa précédent dès lors que l'absence du titulaire est supérieure à 14 jours calendaires et uniquement à compter du 15^{ème} jour d'absence.

Gérance après décès du titulaire

Les pharmaciens assurant la gérance d'une officine après le décès de son titulaire en vertu des dispositions de

l'article R. 5125-43 du code de la santé publique percevront, au minimum, une bonification mensuelle de rémunération égale à 150 points conventionnels de salaire pendant la durée de la gérance.

II) Classification des cadres non pharmaciens

Les dispositions suivantes sont applicables aux collaborateurs non munis du diplôme de pharmacien et dont la qualification de cadre ressort des définitions ci-après.

Article 1er

Pour l'application de la présente annexe, sont considérés comme cadres les collaborateurs qui :

1. du point de vue de la hiérarchie relèvent directement du chef d'entreprise ou d'un fondé de pouvoir ayant qualification d'employeur ou d'un autre cadre dûment mandaté par le chef d'entreprise ;
2. du point de vue de la fonction, sont responsables au moins d'un secteur d'activité de l'entreprise.

Le secteur d'activité se définit comme suit :

- a) soit comme un ensemble de services ou un service important dont le chef dirige et coordonne les activités ;
- b) soit comme un service technique confié en principe à diplômé dans les termes de la loi du 10 juillet 1934 et du décret du 10 octobre 1937.

3. Sont également considérés comme cadres les collaborateurs qui, sans exercer de fonctions de commandement ou de surveillance, ont une formation technique ou professionnelle constatée généralement par un diplôme ou reconnue équivalente, qui occupent dans l'entreprise un poste où ils mettent en œuvre les connaissances qu'ils ont acquises.

Les assimilations devront être faites soit en tenant compte de l'importance du poste ou de la fonction, de l'initiative ou de l'autonomie qu'ils comportent, soit de l'importance des travaux exécutés ou de la notoriété des réalisations scientifiquement conçues par le collaborateur.

Article 2

Les cadres non pharmaciens sont répartis au sein de 2 classes afin de tenir compte de l'importance des fonctions, du degré de responsabilité et de la valeur personnelle du cadre.

Les classes types ci-dessous constituent des repères et les employeurs ont la faculté de situer leurs collaborateurs dans des positions intermédiaires tenant compte des fonctions effectivement exercées par les intéressés.

Classe A : cadres techniques, administratifs ou commerciaux, généralement placés sous les ordres d'un cadre d'une position supérieure ou, dans les établissements à structure simple, de l'employeur ou de son représentant, et qui ont à diriger et à coordonner les travaux des ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrises ou collaborateurs, placés sous leur autorité ou qui ont des responsabilités équivalentes.

Ces cadres n'assument toutefois pas, dans leurs fonctions, une responsabilité complète d'une façon permanente, qui revient, en fait, à leur chef.

Classe B : cadres techniques, administratifs ou commerciaux dont les fonctions entraînent le commandement sur des ouvriers, des employés et des collaborateurs de toute nature définis à la classe A ci-dessus ou qui ont une compétence et des responsabilités équivalentes.

3. Coefficients minima :

— classe A : 400 ;

— classe B : 600.

III) Salaires

A/ Salaires minima :

Le salaire minimum national professionnel prévu à l'article 8 - Salaires - des dispositions générales de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine est fixé pour une durée hebdomadaire de travail de 35 heures, selon le tableau joint.

Les salaires minima mensuels correspondant aux différents coefficients hiérarchiques s'établissent comme il est précisé au tableau joint.

Les salaires correspondant aux coefficients intermédiaires se calculent par interpolation.

B/ Indemnité pour service de garde ou d'urgence à volets fermés :

Pour les pharmacies assurant un service de garde ou d'urgence à volets fermés, il sera accordé au personnel présent à l'officine une indemnité égale aux montants des honoraires fixés par l'arrêté du 1^{er} septembre 2006 relatif aux honoraires perçus par les pharmaciens assurant les services de garde, à l'exclusion de l'indemnité forfaitaire d'astreinte fixée par ledit arrêté.

Annexe

Le tableau visé à l'article 6 de l'avenant du 30 janvier 2008 portant révision de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 est fixé comme suit :

Salaires applicables au 30 janvier 2008 en Pharmacie d'officine*

(en euros)

Coefficients	Rémunération horaire	Rémunération mensuelle minimale (151,67 heures)
100	8,466	1 284,00
115	8,526	1 293,11
125	8,566	1 299,18
130	8,586	1 302,21
135	8,606	1 305,25
140	8,626	1 308,28
145	8,646	1 311,32
150	8,666	1 314,35
155	8,686	1 317,39
160	8,706	1 320,43
165	8,726	1 323,46
170	8,746	1 326,50
175	8,766	1 329,53
190	8,826	1 338,64
200	8,866	1 344,71
220	8,946	1 356,85
225	8,966	1 359,89
230	8,986	1 362,92
240	9,377	1 422,18
250	9,768	1 481,44
260	10,158	1 540,69
270	10,549	1 599,95
280	10,940	1 659,21
290	11,330	1 718,47
300	11,721	1 777,72
310	12,112	1 836,98
330**	12,893	1 955,50
400	15,628	2 370,30
430	16,800	2 548,07
470	18,363	2 785,10
500	19,535	2 962,87
600	23,442	3 555,45
800	31,256	4 740,60

Coefficients	Rémunération horaire	Rémunération mensuelle minimale (151,67 heures)
* valeur du point = 3,907 euros.		
**coefficient 330 = Assimilés aux cadres pour la retraite et la prévoyance.		

Accord du 18 juillet 2008

[Étendu par arr. 21 oct. 2008, JO 28 oct., applicable à compter du 1^{er} juill. 2008]

Article 1er

À compter du 1^{er} juillet 2008, la valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine est fixée à 4,005 euros de l'heure sur la base de référence du coefficient 100 de la convention collective susvisée.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé, à compter du 1^{er} juillet 2008, à 1 322 euros bruts sur la base de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 3

Il est créé, entre les coefficients 100 à 230 inclus, une courbe de raccordement s'établissant comme suit :

100 : 1 322,00
115 : 1 330,67
125 : 1 336,44
130 : 1 339,33
135 : 1 342,22
140 : 1 345,11
145 : 1 348,00
150 : 1 350,89
155 : 1 353,78
160 : 1 356,67
165 : 1 359,56
170 : 1 362,44
175 : 1 365,33
190 : 1 374,00
200 : 1 379,78
220 : 1 391,33
225 : 1 394,22
230 : 1 397,11

Article 4

À compter du 1^{er} janvier 2009, la valeur du point conventionnel de salaire sera revalorisée, au minimum, de 1,2 %. À cette même date, le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, sera porté à 1 325 euros bruts sur la base de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 5

Le présent avenant prendra effet à compter du 1^{er} juillet 2008 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Annexe I : Classification des emplois de la pharmacie d'officine (Nouveau)

Voir Avenant du 28 avril 2025

Mod. par Avenant 28 avr. 2025, non étendu, applicable à compter du 1^{er} jour du deuxième mois civil suivant celui au cours duquel la publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension sera intervenue ⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

UNSA ;

FO.

Article 1er

Salariés non-cadres

I - Définition de la pratique professionnelle

La pratique professionnelle s'entend comme la pratique effective acquise par le salarié dans l'emploi considéré, indépendamment du nombre d'entreprises officinales dans lesquelles il a été employé et de sa durée de travail. Servant à déterminer la progression dans les échelons d'un même emploi de la présente classification, la pratique professionnelle ne se confond pas avec la notion d'ancienneté définie à l'article 11 des dispositions générales de la présente convention collective.

Sont prises en compte pour le calcul de la pratique professionnelle, les périodes d'absence suivantes :

- les périodes de congés payés annuels, les jours de congés payés supplémentaires pour ancienneté prévus par l'article 9 des dispositions particulières applicables aux cadres de la présente convention collective, les jours de réduction du temps de travail le cas échéant ;
- les congés pour événements familiaux et la journée défense et citoyenneté mentionnés à l'article 26 des dispositions générales de la présente convention collective ;
- le congé de maternité, de paternité et d'adoption, les absences pour se rendre aux examens médicaux obligatoires dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, les absences pour les actes médicaux nécessaires à la mise en œuvre d'une assistance médicale à la procréation ;
- les interruptions de travail pour maladie ou accident d'origine professionnelle ou non professionnelle, continues ou non, dans la limite de trois mois par année civile, étant précisé qu'un même arrêt de travail ne peut donner lieu à la prise en compte de plus de trois mois au titre de la pratique professionnelle ;
- les périodes d'absence occasionnées par des formations réalisées dans le cadre du plan de développement des compétences ;
- les absences autorisées prévues par l'article 5 - Droit syndical et liberté d'opinion - des dispositions générales de la présente convention collective ;
- les absences au titre de la participation à un jury d'assises.

II - Classification

Coefficient	Tableau I	
	Classification des emplois de préparateur/technicien en pharmacie	
250	Préparateur/technicien en pharmacie 1 ^{er} échelon	Personnel titulaire du brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou du diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie.
260	Préparateur/technicien en pharmacie 2 ^{ème} échelon	Préparateur/technicien en pharmacie après 1 année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Préparateur/technicien en pharmacie 3 ^{ème} échelon	Préparateur/technicien en pharmacie après 1 année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
280	Préparateur/technicien en pharmacie 4 ^{ème} échelon	Préparateur/technicien en pharmacie après 2 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
290	Préparateur/technicien en pharmacie 5 ^{ème} échelon	Préparateur/technicien en pharmacie après 4 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
300	Préparateur/technicien en pharmacie 6 ^{ème} échelon	Préparateur/technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
310	Préparateur/technicien en pharmacie 7 ^{ème} échelon	Préparateur/technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
320	Préparateur/technicien en pharmacie 8 ^{ème} échelon	Préparateur/technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.

Coefficient	Tableau I Classification des emplois de préparateur/technicien en pharmacie	
330	Préparateur/technicien en pharmacie 9 ^{ème} échelon Statut Assimilé-cadre	Préparateur/technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
340	Préparateur/technicien en pharmacie 10 ^{ème} échelon Statut Assimilé-cadre	Préparateur/technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
350	Préparateur/technicien en pharmacie 11 ^{ème} échelon Statut Assimilé-cadre	Préparateur/technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
400	Préparateur/technicien en pharmacie Statut Cadre	Statut Cadre attribué au Préparateur/technicien en pharmacie : - qui répond à la définition des cadres non- pharmaciens, Classe A, mentionnée par la présente Annexe ; - ou, sur décision de l'employeur.

Coefficient	Tableau II Classification des élèves préparateurs/techniciens en pharmacie	
150	Elève préparateur/technicien en pharmacie	Elève préparateur/technicien en pharmacie, en première année de formation, titulaire de tout titre ou diplôme permettant de s'inscrire en première année des études de pharmacie (baccalauréat...).
160	Elève préparateur/technicien en pharmacie	Elève préparateur/technicien en pharmacie titulaire de tout titre ou diplôme permettant de s'inscrire en première année des études de pharmacie (baccalauréat.), ayant déjà effectué une première année de formation.
Les coefficients mentionnés dans le présent tableau permettent de déterminer le salaire minimum conventionnel servant d'assiette au calcul de la rémunération des salariés préparant le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie et dont le taux est fixé par accord collectif national.		

Coefficient	Tableau III Classification des emplois commerciaux et de manutention	
100	Agent de nettoyage	Personnel réalisant le nettoyage courant des locaux.
115	Manutentionnaire	Personnel effectuant des opérations de chargement et de déchargement de marchandises ou des travaux sur la base de consignes simples.
125	Magasinier - emballleur	Personnel effectuant soit des travaux de manutention et de rangement, soit l'emballage de produits ou fournitures pharmaceutiques et d'accessoires, soit la préparation de commandes de produits dont les pharmacies peuvent faire le commerce à l'exclusion de ceux dont la vente est réservée aux pharmaciens et aux préparateurs en pharmacie.
160	Livreur	Personnel assurant les liaisons avec les fournisseurs et les clients, quel que soit le moyen de locomotion utilisé, et chargé, le cas échéant, des encaissements.
130	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur 1 ^{er} échelon	Personnel chargé de réceptionner les commandes, contrôler la conformité de la livraison, réapprovisionner les rayons, automates ou robots, gérer le stock et ayant moins d'un an de pratique professionnelle.
140	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur 2 ^{ème} échelon	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur ayant une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
145	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur 3 ^{ème} échelon	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur ayant deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
150	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur 4 ^{ème} échelon	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur ayant deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
135	Employé en pharmacie 1 ^{er} échelon	Personnel ayant moins d'un an de pratique professionnelle réalisant la vente au public de marchandises dont les pharmacies peuvent faire le commerce, à l'exclusion des produits dont la vente est réservée aux pharmaciens et aux préparateurs en pharmacie, et pouvant effectuer d'autres travaux, de rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur notamment.

Coefficient	Tableau III Classification des emplois commerciaux et de manutention	
145	Employé en pharmacie 2 ^{ème} échelon	Employé en pharmacie après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
155	Employé en pharmacie 3 ^{ème} échelon	Employé en pharmacie après deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
165	Employé en pharmacie 4 ^{ème} échelon	Employé en pharmacie après deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
150	Employé en pharmacie qualifié 1 ^{er} échelon	Employé en pharmacie titulaire du CAP d'employé en pharmacie.
160	Employé en pharmacie qualifié 2 ^{ème} échelon	Employé en pharmacie qualifié après 3 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
170	Employé en pharmacie qualifié 3 ^{ème} échelon	Employé en pharmacie qualifié après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
160	Employé en pharmacie très qualifié 1 ^{er} échelon	Employé en pharmacie titulaire du CAP d'employé en pharmacie et de sa mention complémentaire.
165	Employé en pharmacie très qualifié 2 ^{ème} échelon	Employé en pharmacie très qualifié après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
170	Employé en pharmacie très qualifié 3 ^{ème} échelon	Employé en pharmacie très qualifié après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
175	Employé en pharmacie très qualifié 4 ^{ème} échelon	Employé en pharmacie très qualifié après deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
175	Aide-préparateur	Personnel titulaire du certificat d'aptitude professionnelle d'aide-préparateur (décret n° 48-822 du 10 mai 1948).
200	Conseiller clientèle 1 ^{er} échelon	Personnel réalisant le conseil, la vente au public de marchandises dont les pharmacies peuvent faire le commerce, à l'exclusion des produits dont la vente est réservée aux pharmaciens et aux préparateurs en pharmacie, l'animation du rayon et la tenue des stocks et titulaire du baccalauréat professionnel « métiers du commerce et de la vente », option « animation et gestion de l'espace commercial » (ex bac pro commerce), ou du titre de conseiller(ère) en dermo- cosmétique*.
220	Conseiller clientèle 2 ^{ème} échelon	Conseiller clientèle après 2 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
240	Conseiller clientèle 3 ^{ème} échelon	Conseiller clientèle après 3 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
260	Conseiller clientèle 4 ^{ème} échelon	Conseiller clientèle après 4 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
* : seuls sont visés les salariés ayant obtenu le titre de conseiller(ère) en dermo-cosmétique (RNCP 22924) dans le cadre des référentiels de formation en vigueur avant l'enregistrement de ce titre au répertoire national des certifications professionnelles par arrêté du 19 avril 2011 (Journal officiel du 12 mai 2011).		

Coefficient	Tableau IV Classification des emplois spécialisés dans la fabrication et la dispensation de dispositifs médicaux	
155	Employé de spécialité 1 ^{er} échelon	Personnel réalisant des tâches de montage, de fabrication ou d'ajustement de dispositifs médicaux, à l'exclusion de leur vente.
165	Employé de spécialité 2 ^{ème} échelon	Employé de spécialité après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
175	Employé de spécialité 3 ^{ème} échelon	Employé de spécialité titulaire d'une certification de niveau 3 (ancien niveau V, exemple : CAP, BEP) dans la spécialité exercée, ou bien justifiant de deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
200	Vendeur de spécialité 1 ^{er} échelon	Personnel titulaire d'une certification de niveau 3 (ancien niveau V, exemple : CAP, BEP) dans la spécialité exercée et assurant, en plus des tâches de l'employé de spécialité, la vente des dispositifs médicaux.

Coefficient	Tableau IV Classification des emplois spécialisés dans la fabrication et la dispensation de dispositifs médicaux	
225	Vendeur de spécialité 2 ^{ème} échelon	Vendeur de spécialité ayant 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Vendeur de spécialité 3 ^{ème} échelon	Vendeur de spécialité assurant la gestion de l'espace de vente sous la responsabilité de l'employeur ou, par délégation, d'un cadre pharmacien.
225	Technicien de spécialité 1 ^{er} échelon	Personnel titulaire d'une certification au moins égale au niveau 4 (ancien niveau IV, exemple : baccalauréat, brevet de technicien) dans la spécialité exercée et assurant les tâches du vendeur de spécialité.
250	Technicien de spécialité 2 ^{ème} échelon	Technicien de spécialité après 2 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Technicien de spécialité 3 ^{ème} échelon	Technicien de spécialité après 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
300	Technicien de spécialité 4 ^{ème} échelon	Technicien de spécialité après 9 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
330	Technicien de spécialité 5 ^{ème} échelon Statut Assimilé- cadre	Technicien de spécialité titulaire d'une certification de niveau 5 ou 6 (anciens niveaux III ou II, exemples : BTS, Licence, Bac +2, Bac +3) dans la spécialité exercée et assumant seul la responsabilité technique de son département.

Tableau V Classification des emplois comptables, administratifs et techniques		
Coefficient	Emplois comptables	
140	Employé de comptabilité	Personnel réalisant, selon les directives d'un responsable, des tâches de comptabilité ne nécessitant pas de certification dans ce domaine.
150	Aide-comptable 1 ^{er} échelon	Personnel titulaire d'une certification de niveau 3 (ancien niveau V, par exemple : CAP) dans le domaine de la comptabilité.
170	Aide-comptable 2 ^{ème} échelon	Personnel titulaire d'une certification de niveau 4 (ancien niveau IV, par exemple : Bac) dans le domaine de la comptabilité.
330	Comptable Statut Assimilé- cadre	Personnel titulaire d'une certification de niveau 5 (ancien niveau III, par exemple : BTS, bac + 2) dans le domaine de la comptabilité.
Coefficient	Emplois administratifs et techniques	
150	Employé administratif 1 ^{er} échelon	Personnel réalisant selon les directives d'un responsable, tous travaux administratifs courants (par exemple : classement, saisie informatique, saisie de courriers préétablis, reprographie, archivage.) pouvant relever de différents domaines (commercial, contentieux, technique, gestion du personnel, communication.). Peut réaliser l'accueil téléphonique.
170	Employé administratif 2 ^{ème} échelon	Employé administratif réalisant également des opérations de règlement ou d'encaissement ainsi que la gestion du tiers-payant.
200	Assistant administratif et comptable	Personnel maîtrisant les outils numériques, réalisant des tâches administratives et comptables spécifiques (exemple : gestion des communications, des emplois du temps) sur la base de directives générales données par son responsable lui laissant une part d'initiative.
250	Assistant administratif qualifié	Personnel titulaire d'une certification de niveau 5 (ancien niveau III, par exemple : BTS, Bac + 2) en rapport avec l'emploi occupé.
330	Assistant de direction Statut Assimilé- cadre	Personnel assistant l'employeur ou le(s) responsable(s) de service dans des tâches de gestion administrative (procédures, fonctionnement, ressources humaines, communication...) ou financière (trésorerie, contrôle de gestion...). Organise son travail dans le cadre de directives générales et peut prendre en charge le suivi complet de dossiers.
280	Technicien informatique ou bureautique	Personnel titulaire d'une certification de niveau 5 (ancien niveau III, par exemple : BTS, bac + 2) réalisant le dépannage, l'entretien et l'installation d'équipements et d'applications informatiques ou bureautiques (matériels, logiciels, réseaux.) et assurant le support des utilisations.

Article 2 Salariés cadres

En référence à l'accord collectif national interprofessionnel étendu du 28 février 2020 relatif aux diverses orientations pour les cadres, la fonction de cadre concerne les salariés occupant un poste de travail se caractérisant par :

- une aptitude à des fonctions à caractère intellectuel prédominant, comportant l'application à un haut degré des facultés de jugement résultant de connaissances, savoirs et savoir-faire, théoriques, techniques ou professionnels constatés soit par un diplôme ou une certification d'enseignement supérieur, soit à travers une expérience reconnue acquise au fil du parcours professionnel ou par la formation professionnelle ;*
- des fonctions conditionnant ou induisant la réflexion ou l'action d'autres salariés et, par là-même, influant significativement dans les domaines économiques, sociaux, sociétaux ou environnementaux ;*
- une marge suffisante d'initiative ou d'autonomie dont l'amplitude dépend des responsabilités ou de la délégation de pouvoir qui leurs sont confiées ;*
- une responsabilité effective contribuant à la marche et au développement de l'entreprise, soit d'animation, de coordination ou d'encadrement d'un groupe plus ou moins important de salariés, soit d'études, de recherches, de conception ou d'autres activités.*

À la lumière de ces éléments et compte tenu des spécificités de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, les salariés cadres sont classés selon les deux catégories suivantes.

I - Cadres pharmaciens

A/ Classification

Les salariés titulaires du diplôme de pharmacien et exerçant leurs fonctions en application des dispositions des articles R. 5125-34 et suivants du code de la santé publique sont classés dans les positions types qui figurent ci-après avec les coefficients correspondants.

Pour l'application de ces dispositions, il est fait usage de la notion de pratique professionnelle telle que définie au I - Définition de la pratique professionnelle - de l'article 1^{er} - Salariés non-cadres - de la présente Annexe.

Les classes types ci-dessous constituent des repères et les employeurs ont la faculté de situer leurs collaborateurs dans les positions intermédiaires tenant compte des fonctions effectivement exercées par les intéressés.

Position	Coefficient	Classification des emplois de pharmacien adjoint	
Position I	470	1 ^{er} échelon	Personnel titulaire du diplôme de pharmacien généralement placé sous l'autorité fonctionnelle d'un cadre pharmacien d'une position plus élevée ou, dans les entreprises à structure simple, de l'employeur.
	500	2 ^{ème} échelon	Pharmacien adjoint après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	520	3 ^{ème} échelon	Pharmacien adjoint après quatre années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	530	4 ^{ème} échelon	Pharmacien adjoint après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	540	5 ^{ème} échelon	Pharmacien adjoint après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	550	6 ^{ème} échelon	Pharmacien adjoint après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.

Position II	520	Classe A 1 ^{er} échelon	Pharmacien adjoint généralement placé sous l'autorité fonctionnelle d'un cadre pharmacien d'une position plus élevée ou, dans les entreprises à structure simple, de l'employeur, qui exerce effectivement, en vertu d'un titre ou d'une compétence validée par une formation, une activité complémentaire spécialisée dans l'officine qui l'emploie.
	530	Classe A 2 ^{ème} échelon	Pharmacien adjoint de Position II, Classe A, après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	540	Classe A 3 ^{ème} échelon	Pharmacien adjoint de Position II, Classe A, après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	550	Classe A 4 ^{ème} échelon	Pharmacien adjoint de Position II, Classe A, après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	600	Classe B	Pharmacien adjoint dont les fonctions impliquent l'encadrement fonctionnel d'au moins un cadre de position I ou de position II classe A.
Position III	800	-	Pharmacien adjoint occupant des fonctions hiérarchiquement supérieures à celles des pharmaciens adjoints classés dans les positions I et II du fait : - soit de l'encadrement hiérarchique d'au moins un cadre des positions I et II ci-dessus définies ; - soit de la maîtrise de la gestion de l'entreprise ou de la coordination de plusieurs grands services dans un établissement important.

B/ Remplacement du titulaire

Les pharmaciens assurant, conformément aux dispositions du code de la santé publique, le remplacement du titulaire d'une officine, perçoivent, au minimum, une prime forfaitaire d'un montant brut égal à 5 fois la valeur du point conventionnel de salaire. Cette prime est versée pour chaque jour calendaire, à compter de la prise de l'exercice effectif du remplacement et pour toute la durée de celui-ci, y compris pour les jours non travaillés et y compris en présence d'un ou plusieurs co-titulaires ou de délégation partielle.

Cette prime ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de salaire et n'entraîne aucune modification du coefficient attribué conformément aux dispositions du A - Classification - du présent I.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, il est convenu que les pharmaciens qui remplacent le titulaire de l'officine dans laquelle ils exercent depuis au moins quatre mois, bénéficient de la prime mentionnée à l'alinéa précédent dès lors que l'absence du titulaire est supérieure à 14 jours calendaires et uniquement à compter du 15^{ème} jour d'absence.

C/ Gérance après décès du titulaire

Les pharmaciens assurant, conformément aux dispositions du code de la santé publique, la gérance d'une officine après le décès de son titulaire perçoivent, au minimum, une prime forfaitaire mensuelle égale à 150 fois la valeur du point conventionnel de salaire pendant la durée de la gérance.

Cette prime ne se confond pas avec le salaire brut de base. Elle figure sur une ligne spécifique du bulletin de salaire et n'entraîne aucune modification du coefficient attribué conformément aux dispositions du A - Classification - du présent I.

II - Cadres non-pharmaciens

Les deux classes types ci-dessous constituent des repères et les employeurs ont la faculté de situer leurs collaborateurs dans des positions intermédiaires tenant compte des fonctions effectivement exercées par les intéressés.

Classe A : cadres techniques, administratifs ou commerciaux, généralement placés sous l'autorité fonctionnelle d'un cadre d'une position supérieure ou, dans les établissements à structure simple, de l'employeur ou de son représentant, et qui ont à diriger et à coordonner les travaux des collaborateurs placés sous leur autorité, ou qui ont des responsabilités équivalentes.

Ces cadres n'assument toutefois pas, dans leurs fonctions, une responsabilité complète d'une façon permanente, qui revient, en fait, à leur responsable.

Classe B : cadres techniques, administratifs ou commerciaux dont les fonctions entraînent l'encadrement fonctionnel et, le cas échéant, hiérarchique, de collaborateurs définis à la classe A ci-dessus, ou qui ont une compétence et des responsabilités équivalentes.

Coefficients minima :

- classe A : 400 ;

Annexe II - Formation professionnelle

Formation tout au long de la vie professionnelle Accord du 7 mars 2016

[Étendu par arr. 4 oct. 2016, JO 15 oct., applicable à compter du 30^{ème} jour calendaire suivant la publication au Journal Officiel de son arrêté ministériel d'extension]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FSS CFDT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE-CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 17 oct. 2022, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} nov. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code du travail ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles D. 4241-1 à D. 4241-8-3 ;

Vu la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale ;

Vu l'accord national interprofessionnel du 14 décembre 2013 relatif à la formation professionnelle ;

Vu l'accord-cadre multiprofessionnel du 25 juin 2015 destiné à assurer le développement de la formation et la sécurisation des parcours professionnels des salariés des entreprises libérales ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes ;

Les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des dispositions suivantes :

Préambule

Le présent accord a, notamment, pour objet de mettre en œuvre, dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, les dispositions de l'accord national interprofessionnel du 14 décembre 2013 relatif à la formation professionnelle et de la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

En conséquence, les organisations patronales et les organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine au plan national ont souhaité rénover le dispositif conventionnel de la formation professionnelle, lui donner une nouvelle impulsion et fixer, par la voie d'un accord collectif national de branche, les modalités d'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie.

Les parties signataires du présent accord collectif national relatif à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie affirment vouloir faciliter et développer :

- l'accès à la formation des salariés des entreprises officinales et, notamment, de ceux qui en bénéficient le moins ;
- l'accueil et la formation de jeunes et de demandeurs d'emploi ;
- la professionnalisation de titulaires de diplômes dont la finalité ne permet pas l'accès direct aux emplois des entreprises officinales ;
- l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, notamment en matière d'accès à la formation ;
- la remise à niveau de salariés ayant suspendu leur carrière ;
- la consolidation et l'évolution de la carrière de salariés expérimentés.

Les parties signataires considèrent enfin que le succès de la formation professionnelle dans les entreprises officinales nécessite l'implication de tous les partenaires, employeurs, salariés, formateurs, institutions représentatives du personnel au sein de l'officine, organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés au plan national, dans le respect du rôle et des attributions de chacun, fixés par les textes légaux, réglementaires et conventionnels en vigueur.

En conséquence, les parties signataires ont pris les dispositions suivantes :

Titre 1er

Dispositions générales

Article 1er

Cadre législatif, réglementaire et conventionnel

Le présent accord s'inscrit dans le cadre des dispositions législatives, réglementaires, interprofessionnelles, multi-professionnelles et conventionnelles en vigueur, notamment celles du code du travail, du code de la santé publique, et de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

Le présent accord remplace et se substitue en son entier aux dispositions de l'Annexe II - Formation professionnelle - de la convention collective nationale susvisée.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique à toutes les entreprises officinales répertoriées sous le code NAF 47.73Z. Toutefois, dans les départements d'Outre-mer, à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, les dispositions du présent accord relatives à la collecte des contributions de formation professionnelle et à la prise en charge des actions de formation par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), s'appliquent sous réserve des dispositions des articles L. 6523-1 et suivants du code du travail.

Article 3

Les principes de la formation tout au long de la vie professionnelle pour les salariés

Les parties signataires du présent accord considèrent que chaque salarié doit être en mesure, tout au long de sa vie professionnelle, de développer, de compléter ou de renouveler sa qualification, ses connaissances, ses compétences et ses aptitudes professionnelles.

Elles conviennent que la mise en œuvre de ce principe de formation tout au long de la vie professionnelle s'effectue notamment par :

- des actions d'adaptation au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi, conduites par l'entreprise officinale dans le cadre de son plan de formation ;
 - des actions de développement des compétences conduites par l'entreprise officinale dans le cadre de son plan de formation ;
 - des contrats ou des périodes de professionnalisation tels que définis aux titres 6, 7 et 9 du présent accord ;
 - le développement des compétences des salariés dans le cadre du compte personnel de formation ;
 - de l'accès, à l'initiative du salarié, à un bilan de compétences, à une validation des acquis de l'expérience et à des actions de formation conduites dans le cadre du congé individuel de formation (CIF) ;
 - des actions de formation réalisées pendant ou, pour tout ou partie, en dehors du temps de travail du salarié ;
- et, plus généralement, par toute action de formation professionnelle quelle qu'en soit la nature.

Article 4

L'évolution de la notion d'action de formation

Dans le contexte fortement évolutif qui caractérise les modalités de développement des compétences dans les entreprises officinales, les parties signataires du présent accord souhaitent favoriser l'individualisation des parcours de formation et le développement de la formation en situation professionnelle et des nouvelles technologies éducatives, ainsi que leur usage.

Sous réserve de leur éligibilité au financement par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), les parties signataires souhaitent développer :

- les diverses modalités de formation interne mises en œuvre avec l'aide d'un salarié de l'entreprise officinale ;
- les activités de recherche et de développement portant sur l'ingénierie pédagogique des actions de formation, dans le cadre des missions de la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP) de la Pharmacie d'officine ;

-
- le recours à la formation ouverte et à distance (FOAD) prévue à l'article L. 6353-1 du code du travail ;
 - l'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience, prévue aux articles R. 6423-1 et suivants du code du travail ;
 - l'individualisation et l'évaluation des actions de formation.

Titre 2

Dispositions relatives à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie

Article 5

L'entretien professionnel et l'état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié

Article 5.1

L'entretien professionnel

Article 5.1.1

Objectifs

Conformément à l'article L. 6315-1 du code du travail, le salarié bénéficie, tous les deux ans, d'un entretien professionnel avec son employeur consacré à ses perspectives d'évolution professionnelle, notamment en termes de qualifications et d'emploi. Cette durée s'apprécie par référence à l'ancienneté du salarié dans l'entreprise officinale.

À l'occasion de son embauche, le salarié est informé par écrit qu'il bénéficie tous les deux ans de l'entretien professionnel prévu au présent article.

Cet entretien ne porte pas sur l'évaluation du travail du salarié.

Il a notamment pour finalité :

- d'analyser la situation du salarié, en fonction des besoins de l'entreprise officinale qui l'emploie ;
- de mettre en évidence ses besoins de formation professionnelle ;
- de permettre à chaque salarié d'élaborer son projet professionnel, à partir de ses souhaits d'évolution dans l'entreprise, de ses aptitudes, et en fonction de la situation de l'entreprise, de son organisation, de son environnement (notamment réglementaire et économique) et de ses capacités d'évolution.

Cet entretien est proposé systématiquement au salarié qui reprend son activité à l'issue :

- d'un congé de maternité ;
- d'un congé d'adoption ;
- d'un congé parental d'éducation à temps plein ou d'une période d'activité à temps partiel pour élever un enfant ;
- d'un congé de soutien familial, étant entendu que dans ce cas, le salarié a également droit au bénéfice de l'entretien professionnel prévu au présent article avant son départ en congé ;
- d'un congé sabbatique ;
- d'une période de mobilité volontaire sécurisée mentionnée à l'article L. 1222-12 du code du travail ;
- d'un arrêt longue maladie d'une durée supérieure à six mois prévu à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'un mandat syndical.

Pour les salariés ayant interrompu leur activité pendant une période d'au moins douze mois consécutifs, l'entretien devra intervenir dans les trois mois suivant la reprise du travail et aura notamment pour objet de mettre en place un bilan de compétences ou une action de formation ciblée prioritairement sur le plan de formation. La mise en œuvre de l'un ou l'autre de ces dispositifs devra intervenir dans les douze mois suivant la reprise de l'activité.

Article 5.1.2

Mise en œuvre

L'entretien professionnel a lieu à l'initiative du chef d'entreprise à une date fixée d'un commun accord.

Au cours de l'entretien professionnel, sont abordés notamment les points suivants :

- l'identification des évolutions professionnelles qui pourraient être définies au bénéfice du salarié et de l'entreprise officinale dans laquelle il est employé, pour lui permettre d'améliorer ses compétences ou de renforcer sa qualification ;
- l'identification des modifications dans l'organisation du travail, des conditions de travail ou des dispositifs de formation auxquels il pourrait être fait appel en fonction des objectifs retenus ;

-
- les initiatives du salarié pour l'utilisation de son compte personnel de formation visé à l'article 11 du présent accord ;
 - les propositions en matière d'action(s) de formation professionnelle ;
 - les modalités d'accès au conseil en évolution professionnelle visera l'article 7.1 du présent accord, permettant au salarié d'être conseillé sur son évolution professionnelle et informé des différents dispositifs mobilisables.

En tout état de cause, les instances représentatives du personnel sont informées, chaque année, du nombre des salariés bénéficiaires de l'entretien prévu au présent article, ainsi que, le cas échéant, sur la nature des actions de formation professionnelle continue mises en œuvre à cette occasion (plan de formation, compte personnel de formation ou congé individuel de formation notamment).

Conformément aux dispositions du titre XII de l'accord-cadre multiprofessionnel du 25 juin 2015 destiné à assurer le développement de la formation et la sécurisation des parcours professionnels des salariés des entreprises libérales, chaque salarié doit être informé par son employeur, par exemple lors de l'entretien professionnel, de la possibilité de recourir au conseil en évolution professionnelle visé à l'article 7.1 du présent accord.

Article 5.2

L'état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié

Article 5.2.1

Objectifs

Tous les six ans, l'entretien professionnel mentionné à l'article 5.1 du présent accord fait un état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié. Cette durée s'apprécie par référence à l'ancienneté du salarié dans l'entreprise officinale.

Cet état des lieux permet de vérifier que le salarié a bénéficié, au cours des six dernières années, des entretiens professionnels prévus à l'article 5.1 du présent accord et d'apprécier s'il a :

- 1^o suivi au moins une action de formation ;
- 2^o acquis des éléments de certification par la formation ou par une validation des acquis de son expérience ;
- 3^o bénéficié d'une progression salariale ou professionnelle.

Dans les entreprises d'au moins cinquante salariés, lorsque, au cours de ces six années, le salarié n'a pas bénéficié des entretiens prévus à l'article 5.1 du présent accord et d'au moins deux des trois mesures mentionnées aux 1^o à 3^o du présent article, son compte personnel de formation est obligatoirement abondé dans les conditions suivantes :

- 100 heures de formation supplémentaires sont inscrites à son compte s'il est employé à temps plein, 130 heures de formation supplémentaires sont inscrites à son compte s'il est employé à temps partiel. Les entreprises concernées adressent, avant le 1^{er} mars de chaque année, à l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), la liste des salariés bénéficiaires de l'abondement ainsi que le nombre d'heures de formation attribuées à ce titre, selon que le salarié exerce une activité à temps plein ou à temps partiel au moment de l'entretien professionnel prévu au présent article. Ces heures de formation supplémentaires n'entrent pas en compte dans le mode de calcul des heures créditées chaque année sur le compte personnel de formation du salarié ainsi que dans le mode de calcul du plafond de ce compte ;
- l'entreprise verse, à l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), une somme correspondant au nombre d'heures ainsi ajoutées (100 heures ou 130 heures selon le cas) multiplié par le montant forfaitaire fixé à l'article R. 6323-3 du code du travail (soit 30 euros à la date du présent accord). Cette somme est versée par l'entreprise officinale avant le 1^{er} mars de chaque année.

Article 5.2.2

Mise en œuvre

L'état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié, est mis en œuvre à l'initiative du chef d'entreprise à une date fixée d'un commun accord.

Article 5.3

Formalisation de l'entretien professionnel et de l'état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié

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

À cet effet, les parties signataires du présent accord s'engagent à élaborer les outils d'aide à la mise en œuvre de l'entretien professionnel et de l'état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié, et décident d'en confier la réalisation à la CPNEFP de la Pharmacie d'officine.

Article 6

Le bilan de compétences et le congé de bilan de compétences

Article 6.1

Le bilan de compétences

Le bilan de compétences se déroule en dehors de l'entreprise.

Tout salarié peut, dans le cadre d'une démarche individuelle, demander à bénéficier d'un bilan de compétences mis en œuvre en dehors du temps de travail.

Après vingt ans d'activité professionnelle et, en tout état de cause, à compter de son quarante-cinquième anniversaire, tout salarié bénéficie, à sa demande, sous réserve d'une ancienneté minimale d'un an de présence dans l'entreprise officinale qui l'emploie, d'un bilan de compétences mis en œuvre en dehors du temps de travail et permettant de définir un projet professionnel ou un projet de formation. Dans ce cas, la prise en charge financière du bilan de compétences est assurée, en priorité et à la demande du salarié, par le dispositif du congé individuel de formation.

Le bilan de compétences contribue notamment, à l'élaboration, par le salarié concerné, d'un projet professionnel pouvant donner lieu, le cas échéant, à la réalisation d'actions de formation.

Il donne lieu à l'établissement, par l'organisme prestataire du bilan de compétences, d'un document de synthèse dont le salarié est seul destinataire. Les résultats détaillés du bilan ainsi que le document de synthèse ne peuvent être communiqués à un tiers qu'à l'initiative du salarié ou avec son accord.

Article 6.2

Le congé de bilan de compétences

Sous réserve du respect des conditions d'ancienneté fixées par les articles L. 6322-42 et suivants du code du travail, chaque salarié a droit, sur demande adressée à l'employeur, à un congé pour réaliser le bilan de compétences prévu au présent article. La durée de ce congé correspond à celle de l'action de bilan de compétences, dans la limite maximale de vingt-quatre heures de temps de travail, consécutives ou non, par bilan.

Les conditions et modalités de mise en œuvre du congé de bilan de compétences ainsi que le montant de la rémunération due, le cas échéant, au salarié pendant ce congé, sont fixés par les articles L. 6322-42 et suivants du code du travail. Le salarié bénéficiaire d'un congé de bilan de compétences peut présenter une demande de prise en charge des dépenses afférentes à ce congé auprès de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), pour les officines de moins de 10 salariés, ou auprès du Fongecif pour les officines d'au moins 10 salariés. Lorsque le congé de bilan de compétences fait l'objet d'une prise en charge, la rémunération due au salarié est versée par l'employeur, celui-ci étant ensuite remboursé par l'organisme financeur.

Article 7

Le conseil en évolution professionnelle et le passeport d'orientation, de formation et de compétences

Article 7.1

Le conseil en évolution professionnelle

Conformément aux articles L. 6111-6 et suivants du code du travail, tout salarié peut bénéficier, tout au long de sa vie professionnelle, d'un conseil en évolution professionnelle, dont l'objectif est de favoriser l'évolution et la sécurisation de son parcours professionnel. Ce conseil gratuit est mis en œuvre, notamment, par les Fongecif, Pôle Emploi, l'Apec, ainsi que par les missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes, dans le cadre du service public régional de l'orientation.

Le conseil accompagne les projets d'évolution professionnelle, en lien avec les besoins économiques existants et prévisibles dans les territoires. Il facilite l'accès à la formation, en identifiant les qualifications et les formations répondant aux besoins exprimés par la personne et les financements disponibles, et il facilite le recours, le cas échéant, au compte personnel de formation.

Conformément aux dispositions du titre XII de l'accord-cadre multiprofessionnel du 25 juin 2015 destiné à assurer le développement de la formation et la sécurisation des parcours professionnels des salariés des entreprises libérales, chaque salarié doit être informé par son employeur, par exemple lors de l'entretien professionnel prévu à l'article 5.1 du présent accord, de la possibilité de recourir au conseil en évolution professionnelle.

Article 7.2

Le passeport d'orientation, de formation et de compétences

Conformément aux dispositions de l'article L. 6323-8 du code du travail, chaque salarié a la possibilité de disposer d'un passeport d'orientation, de formation et de compétences.

Ce passeport, dont la consultation est autorisée exclusivement par son titulaire, recense les formations et les qualifications suivies dans le cadre de la formation initiale ou continue ainsi que les acquis de l'expérience profession-

nelle.

Chaque salarié peut créer son passeport au moyen du service dématérialisé d'information du compte personnel de formation (www.moncompteformation.gouv.fr).

Article 8

La validation des acquis de l'expérience (VAE) et le congé de validation des acquis de l'expérience

Article 8.1

La validation des acquis de l'expérience (VAE)

Les parties signataires du présent accord s'accordent sur l'importance de la validation des acquis de l'expérience.

Eu égard au caractère formateur des activités professionnelles, et afin d'en reconnaître la valeur, tout salarié doit pouvoir bénéficier de la validation des acquis de son expérience dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire en vigueur, en prenant notamment en compte les spécificités de la branche professionnelle.

Les actions de VAE sont, notamment, mises en œuvre dans le cadre de la période de professionnalisation visée aux articles 30 et suivants du présent accord, et du compte personnel de formation visé à l'article 11 du présent accord pour les formations qui y sont éligibles. Elles peuvent être prises en charge par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), conformément aux règles qui régissent les conditions de son intervention.

Les parties signataires du présent accord tiennent à rappeler leur attachement à ce que, conformément aux dispositions de l'article L. 6411-1 du code du travail, les certificats de qualification professionnelle établis par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine soient accessibles par la validation des acquis de l'expérience.

À ce titre, elles rappellent que les salariés désignés pour participer à un jury de validation des acquis de l'expérience bénéficient, sur présentation d'un justificatif et sous réserve du respect des conditions prévues par l'article 5 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, d'autorisations d'absence rémunérées. Les dépenses afférentes à la participation à un jury de validation des acquis de l'expérience peuvent être prises en charge, par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS) pour ce qui concerne la participation des salariés, et par le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL) pour ce qui concerne la participation des employeurs, conformément aux règles qui régissent les conditions d'intervention de ces organismes.

Les parties signataires du présent accord s'engagent :

— à développer l'information des salariés et des entreprises officinales sur le dispositif de validation des acquis de l'expérience ;

— à en favoriser l'accès à tout salarié qui le souhaite, dans le cadre d'une démarche individuelle.

Article 8.2

Le congé pour validation des acquis de l'expérience (VAE)

Sous réserve du respect des conditions d'ancienneté fixées à l'article L. 6422-2 du code du travail, lorsqu'un salarié fait valider les acquis de son expérience, il peut bénéficier d'un congé à cet effet. La durée de ce congé correspond à celle de l'action de validation des acquis de l'expérience, dans la limite maximale de vingt-quatre heures de temps de travail, consécutives ou non, par validation.

Les conditions et modalités de mise en œuvre du congé pour validation des acquis de l'expérience ainsi que le montant de la rémunération due, le cas échéant, au salarié pendant ce congé, sont fixés par les articles L. 6422-1 et suivants du code du travail. Le salarié bénéficiaire d'un congé pour validation des acquis de l'expérience peut présenter une demande de prise en charge des dépenses afférentes à ce congé auprès de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS) pour les officines de moins de 10 salariés, ou auprès du Fongecif pour les officines d'au moins 10 salariés. Lorsque le congé pour validation des acquis de l'expérience fait l'objet d'une prise en charge, la rémunération due au salarié est versée par l'employeur, celui-ci étant ensuite remboursé par l'organisme financeur.

Titre 3

Dispositions relatives au plan de formation

Article 9

Le programme pluriannuel de formation

Les parties signataires incitent les entreprises officinales à élaborer et à actualiser, chaque année, un programme pluriannuel de formation qui tienne compte des objectifs et priorités définis par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine, des observations émanant de l'observatoire paritaire prospectif des métiers, des qualifications et des compétences mentionné à l'article 39 du présent accord, ainsi que des perspectives économiques et des modes d'organisation du travail prenant en compte l'aménagement du temps de travail dans l'entreprise. Ce programme définit les perspectives d'actions de formation et celles de leur mise en œuvre.

Article 10

Le plan de formation

L'employeur assure l'adaptation des salariés à leur poste de travail. Il veille au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations. Il peut proposer des formations qui participent au développement des compétences. Les actions de formation mises en œuvre à ces fins sont prévues, le cas échéant, par le plan de formation.

Les parties signataires incitent les entreprises officinales à élaborer un plan annuel de formation de leur personnel, compte tenu notamment du programme pluriannuel éventuellement établi, et à tenir informés les salariés de ce plan.

S'agissant des projets de l'entreprise officinale, l'information portera notamment sur les points suivants :

- les différents types de formation et les effectifs concernés ;
- les moyens pédagogiques utilisés en distinguant les formations organisées par l'entreprise officinale et celles organisées par des organismes de formation ou institutions avec lesquels l'entreprise officinale a conclu, ou envisage de conclure une convention ;
- les conditions de mise en œuvre des formations assurées sur les lieux de travail ;
- les perspectives budgétaires correspondant à ces projets ;
- les moyens d'information des salariés sur le plan de formation et sur les modalités d'accès à la formation.

Le projet de plan annuel de formation précise la nature des actions de formation proposées, en distinguant :

- celles qui correspondent à des actions d'adaptation au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi dans l'entreprise ;
- celles qui participent au développement des compétences des salariés.

Article 10.1

Les actions d'adaptation au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi dans l'entreprise

Toute action de formation suivie par un salarié pour assurer son adaptation au poste de travail ou liée à l'évolution ou au maintien dans l'emploi dans l'entreprise constitue un temps de travail effectif et donne lieu, pendant sa réalisation, au maintien par l'entreprise de la rémunération.

Article 10.2

Les actions de développement des compétences

Ces actions peuvent se dérouler pendant le temps de travail. Dans ce cas, l'action de formation constitue un temps de travail effectif et donne lieu, à ce titre, au maintien de la rémunération du salarié par l'employeur.

Conformément aux dispositions de l'article L. 6321-6 du code du travail, ces actions peuvent également, en application d'un accord écrit entre le salarié et l'employeur, dénonçable dans un délai de huit jours à compter de sa conclusion, se dérouler hors du temps de travail effectif, dans la limite de quatre-vingts heures par an et par salarié. Cette possibilité s'effectue sans préjudice des dispositions du code du travail relatives aux durées minimales de repos quotidien et hebdomadaire.

L'accord donné par le salarié pour la réalisation de la formation hors temps de travail emporte son engagement à participer avec assiduité aux actions de formation considérées. Le refus du salarié, ou la dénonciation dans les huit jours de l'accord formalisé entre le salarié et l'employeur, de participer à des actions de formation réalisées dans ces conditions ne constitue ni une faute, ni un motif de licenciement.

Les heures de formation réalisées en dehors du temps de travail donnent lieu au versement par l'entreprise d'une allocation de formation qui correspond à 50 % de la rémunération nette de référence du salarié. Les modalités de détermination du salaire de référence permettant de calculer le montant de l'allocation de formation sont fixées par les articles D. 6321-5 à D. 6321-10 du code du travail. Cette allocation n'est pas soumise aux cotisations légales et conventionnelles dues par l'employeur et le salarié au titre des rémunérations. Elle est versée au salarié, au plus tard, à la date d'échéance de la paye du mois suivant celui où les heures de formation en dehors du temps de travail ont été accomplies. Par dérogation aux dispositions du dernier alinéa de l'article 13 des dispositions générales de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, ces heures ne donneront lieu ni au paiement d'heures complémentaires ou supplémentaires ni à l'octroi d'un temps de repos équivalent.

Le montant de l'allocation de formation versée au salarié peut faire l'objet d'une demande de prise en charge auprès de l'OPCA des Professions libérales (ACTALIANS), conformément aux règles qui régissent les conditions de son intervention.

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

Les parties signataires considèrent, enfin, que lorsque les actions de formation ont pour objet le développement des

compétences des salariés, elles doivent participer à l'évolution de leur qualification et donner lieu à une reconnaissance par l'entreprise officinale.

À cet effet, que la formation soit suivie pendant ou en dehors du temps de travail, lorsque le salarié suit une action de formation dans le cadre du plan de formation ayant pour objet le développement des compétences, l'entreprise définit avec le salarié, avant son départ en formation, la nature des engagements auxquels elle souscrit dès lors que l'intéressé aura suivi avec assiduité la formation et satisfait aux évaluations prévues. Ces engagements écrits de l'entreprise portent sur :

- les conditions dans lesquelles le salarié accède en priorité, dans un délai d'un an, à l'issue de la formation, aux fonctions disponibles correspondant aux connaissances ainsi acquises et sur l'attribution de la classification correspondant à l'emploi occupé ;
- les modalités de prise en compte des efforts accomplis par le salarié.

Article 10.3

Financement du plan de formation

Les frais pédagogiques, de transport, d'hébergement et de repas engagés lors d'actions de formation conduites dans le cadre du plan de formation de l'entreprise officinale, l'allocation de formation visée à l'article 10-2 du présent accord, ainsi que les salaires et charges sociales correspondant, sont à la charge de l'entreprise. Ces dépenses peuvent faire l'objet d'une demande de prise en charge auprès de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), conformément aux règles qui régissent les conditions de son intervention, notamment les articles L. 6332-6 et R. 6332-44 du code du travail.

Titre 4

Dispositions relatives au compte personnel de formation (CPF)

Article 11

Le Compte Personnel de Formation (CPF)

Article 11.1

Dispositions générales

En application des dispositions des articles L. 6323-1 et suivants du code du travail, un compte personnel de formation (CPF) est ouvert pour toute personne âgée d'au moins seize ans en emploi, à la recherche d'un emploi, accompagnée dans un projet d'orientation et d'insertion professionnelle ou accueillie dans un établissement et service d'aide par le travail. Pour les bénéficiaires d'un contrat d'apprentissage, le CPF est ouvert dès l'âge de quinze ans. Le CPF est comptabilisé en heures et mobilisé par son titulaire, afin de suivre, à son initiative ou avec son accord exprès, une formation.

Le CPF est fermé lorsque son titulaire est admis à faire valoir l'ensemble de ses droits à la retraite.

Article 11.2

Alimentation et gestion du CPF

Conformément aux dispositions de l'article L. 6323-10 du code du travail, le CPF est alimenté en heures de formation à raison de 24 heures par année de travail à temps complet jusqu'à l'acquisition d'un crédit de 120 heures, puis à hauteur de 12 heures par année de travail à temps complet dans la limite d'un plafond total de 150 heures. Pour les salariés n'ayant pas effectué une durée de travail à temps complet sur l'ensemble de l'année, l'alimentation du CPF est calculée au prorata du temps de travail effectué.

Les périodes d'absence pour congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption, de présence parentale, de soutien familial, de solidarité familiale, pour congé parental d'éducation ou pour maladie, d'origine professionnelle ou non, ou accident du travail sont intégralement prises en compte pour le calcul de ces heures.

Les heures de formation acquises chaque année au titre du CPF sont inscrites sur le compte des salariés, par la Caisse des dépôts et consignations, à la fin du premier trimestre suivant l'année de leur acquisition. Cette alimentation s'effectue au moyen des informations contenues dans les déclarations annuelles des données sociales établies par les employeurs. Les abondements du CPF en heures complémentaires sont mentionnés, le cas échéant, sur le compte des salariés, par la Caisse des dépôts et consignations, au moyen des informations communiquées à cet effet, par les employeurs des salariés concernés, à l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS).

Chaque titulaire d'un CPF a connaissance du nombre d'heures créditées sur son compte en accédant à un service dématérialisé gratuit, géré par la Caisse des dépôts et consignations, accessible sur Internet à l'adresse www.mon-compteformation.gouv.fr. Ce service dématérialisé permet au salarié de gérer son compte personnel de formation et d'obtenir des informations sur les formations éligibles ainsi que sur les abondements complémentaires susceptibles

d'être sollicités.

Article 11.3 **Abondements complémentaires du CPF**

Conformément aux dispositions de l'article L. 6323-4 du code du travail, lorsque la durée d'une formation est supérieure au nombre d'heures inscrites sur le CPF, celui-ci peut faire l'objet, à la demande de son titulaire, d'abondements complémentaires en heures pour assurer le financement de cette formation. Ces heures, qui sont mentionnées dans le CPF sans y être inscrites, peuvent être financées par :

- l'employeur, lorsque le titulaire du compte est salarié ;
- un OPCA ;
- un OPACIF ;
- la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, chargée de la gestion du compte personnel de prévention de la pénibilité ;
- l'État ;
- les régions ;
- Pôle emploi ;
- l'AGEFIPH (travailleurs handicapés) ;
- son titulaire lui-même.

En outre, le CPF peut faire l'objet d'un abondement obligatoire, dans les entreprises d'au moins cinquante salariés, en application des dispositions de l'article 5.2 du présent accord relatif à l'état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié.

Conformément aux dispositions de l'article L. 6323-14 du code du travail, le CPF peut également être abondé en application d'un accord d'entreprise portant notamment sur la définition des formations éligibles et les salariés prioritaires, en particulier les salariés les moins qualifiés, les salariés exposés à des facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail, les salariés occupant des emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques et les salariés à temps partiel.

Les abondements mentionnés au présent article n'entrent en compte ni dans le mode de calcul des heures qui sont créditées sur le compte du salarié chaque année, ni dans celui du plafond mentionné à l'article 11. 2.

Article 11.4 **Mise en œuvre du CPF**

Le CPF est mobilisé à l'initiative du salarié ou avec son accord exprès, le refus du salarié de mobiliser son compte personnel de formation à la suite d'une proposition de l'employeur ne constituant pas une faute.

Les heures de formation inscrites sur le CPF peuvent être utilisées pour suivre une formation en dehors du temps de travail ou en tout ou partie pendant le temps de travail.

De plus, le salarié peut mobiliser son CPF dans le cadre de la suspension de son contrat de travail au titre d'un congé individuel de formation (CIF), selon les modalités fixées aux articles 12 et 13 du présent accord.

Article 11.4.1 **Formations suivies en dehors du temps de travail**

Lorsqu'elles sont suivies en dehors du temps de travail, les formations financées dans le cadre du CPF ne sont pas soumises à l'accord de l'employeur.

Elles ne donnent lieu au versement d'aucune rémunération ni allocation de la part de l'employeur ou de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS).

Article 11.4.2 **Formations suivies en tout ou partie pendant le temps de travail**

Lorsqu'elles sont suivies en tout ou partie pendant le temps de travail, les formations financées dans le cadre du CPF sont soumises à l'accord préalable de l'employeur. Cet accord porte sur le contenu et sur le calendrier de la formation.

L'accord de l'employeur sur le contenu de la formation n'est toutefois pas requis lorsque la formation que souhaite suivre le salarié est financée au titre des heures créditées sur le CPF en application de l'article 5.2 du présent accord, lorsqu'elle porte sur l'acquisition du socle de connaissances et de compétences professionnelles défini aux articles D. 6113-1 et suivants du code du travail, ou lorsqu'elle porte sur l'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience. Il en va de même dans tous les autres cas prévus, le cas échéant, par accord d'entreprise. Dans ces seules hypothèses, l'accord préalable de l'employeur ne porte que sur le calendrier de la formation, sans

que l'employeur ne puisse différer le départ en formation de plus de 9 mois à compter de la date de la demande du salarié.

Le salarié doit adresser sa demande au minimum soixante jours avant le début de la formation lorsque la durée de celle-ci est inférieure à six mois, ou au minimum cent vingt jours à l'avance dans les autres cas.

À compter de la réception de la demande, l'employeur dispose d'un délai de trente jours calendaires pour notifier sa réponse au salarié. L'absence de réponse de l'employeur dans ce délai vaut acceptation de la demande de formation.

Les heures de formation qui se déroulent pendant le temps de travail constituent un temps de travail effectif et donnent lieu au maintien, par l'employeur, de la rémunération du salarié.

La rémunération ainsi maintenue peut faire l'objet d'une prise en charge par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), dans la limite du plafond fixé à l'article R. 6323-5 du code du travail et sous réserve de l'existence d'un accord exprès du conseil d'administration de cet organisme.

Toutefois, dans les officines d'au moins dix salariés ayant conclu un accord d'entreprise sur le fondement de l'article L. 6331-10 du code du travail, le maintien de la rémunération du salarié ne peut faire l'objet d'aucune prise en charge par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS). En revanche, le maintien de rémunération ainsi assuré peut être pris en compte par l'employeur au titre du financement du CPF, dans la limite du plafond fixé à l'article R. 6323-5 code du travail, et sous réserve que cette possibilité soit mentionnée expressément dans l'accord d'entreprise.

Article 11.4.3

Prise en charge des frais de formation et protection sociale du salarié

Les frais pédagogiques ainsi que les frais annexes (frais de transport, de repas et d'hébergement) des formations suivies en dehors du temps de travail ou en tout ou partie pendant le temps de travail sont pris en charge, soit par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), conformément aux règles qui régissent les conditions de son intervention, soit par l'employeur, dans les officines d'au moins dix salariés, lorsque celui-ci a conclu un accord d'entreprise sur le fondement de l'article L. 6331-10 du code du travail.

Lorsque le salarié mobilise son CPF à l'occasion d'un congé individuel de formation (CIF), les frais pédagogiques associés au CIF sont pris en charge par le fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP), conformément aux règles qui régissent les conditions de son intervention.

Conformément aux dispositions de l'article L. 6323-20 du code du travail, ces prises en charge s'effectuent dans la limite du nombre d'heures inscrites sur le CPF. Les heures d'abondement complémentaires visées au premier alinéa de l'article 11.3 du présent accord, mentionnées au CPF sans y être inscrites, ne font pas l'objet de telles prises en charge.

Pendant la durée de la formation, qu'elle se déroule pendant ou en dehors du temps de travail, le salarié bénéficie du régime de sécurité sociale relatif à la protection en matière d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Article 11.5

Actions de formation éligibles au CPF

Conformément aux dispositions de l'article L. 6323-6 du code du travail, les actions de formation éligibles au CPF sont :

- les formations permettant d'acquérir le socle de connaissances et de compétences professionnelles défini aux articles D. 6113-1 et suivants du code du travail ;
- et l'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience, dans les conditions définies aux articles R. 6423-1 et suivants du code du travail.

Sous réserve de figurer sur une des listes élaborées par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine, par le comité paritaire interprofessionnel national pour l'emploi et la formation (COPANEF) ou par le comité paritaire interprofessionnel régional pour l'emploi et la formation (COPAREF), dans les conditions prévues aux articles L. 6323-16 et L. 6323-21 du code du travail, sont également éligibles au CPF :

- les formations sanctionnées par une certification enregistrée dans le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ou permettant d'obtenir une partie identifiée de certification professionnelle, classée au sein du répertoire, visant à acquérir un bloc de compétences ;
- les formations sanctionnées par un certificat de qualification professionnelle (CQP) inscrit ou non au RNCP ;
- les formations sanctionnées par une certification inscrite à l'inventaire établi par la Commission Nationale de la Certification Professionnelle ;
- les formations concourant à l'accès à la qualification des personnes à la recherche d'un emploi et financées par les régions, Pôle Emploi et le fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés.

Les salariés peuvent obtenir des informations sur les formations éligibles au CPF au moyen du service dématérialisé gratuit, géré par la Caisse des dépôts et consignations, accessible sur internet à l'adresse www.moncompteformation.gouv.fr.

Article 11.6

Droits du salarié en cas de rupture du contrat de travail

En application de l'article L. 6323-3 du code du travail, les heures de formation inscrites sur le CPF demeurent acquises en cas de changement de situation professionnelle ou de perte d'emploi de son titulaire.

Article 11.7

Période transitoire

Conformément aux dispositions du V de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 susvisée, les heures acquises au titre du droit individuel à la formation (DIF) et non utilisées à la date du 31 décembre 2014 peuvent être mobilisées, dans le cadre du CPF, jusqu'au 1^{er} janvier 2021.

Ces heures de formation, qui suivent le régime juridique des heures acquises au titre du CPF, peuvent, le cas échéant, être complétées par les heures inscrites sur le CPF, dans la limite d'un plafond total de 150 heures et dans les conditions prévues à l'article R. 6323-7 du code du travail.

Titre 5

Dispositions relatives au congé individuel de formation et au congé d'enseignement ou de recherche

Article 12

Le congé individuel de formation (CIF)

Le congé individuel de formation a pour objet de permettre à tout salarié, au cours de sa vie professionnelle, de suivre à son initiative et à titre individuel, en tout ou partie pendant le temps de travail, des actions de formation de son choix indépendamment de sa participation aux actions comprises dans le plan de formation de l'entreprise ou mises en œuvre au titre du CPF ou des périodes de professionnalisation.

Les conditions d'exercice du droit au congé individuel de formation (ouverture du droit, procédure d'autorisation d'absence, durée, rémunération du congé et modalités de prise en charge de la formation par le Fongecif) par les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée sont fixées par les articles L. 6322-1 à L. 6322-24 du code du travail.

Les conditions d'exercice du droit au congé individuel de formation (ouverture du droit, procédure d'autorisation d'absence, durée, rémunération du congé, modalités de prise en charge de la formation par le Fongecif) par les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée sont fixées par les articles L. 6322-25 à L. 6322-41 du code du travail.

Les parties signataires rappellent que les salariés peuvent également bénéficier de la prise en charge, par le Fongecif, de tout ou partie des frais liés à la réalisation d'une formation se déroulant en totalité en dehors du temps de travail, dans les conditions prévues par l'article L. 6322-64 du code du travail.

Article 13

L'articulation CIF / CPF

En application de l'article L. 6323-20 du code du travail, les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI) ou d'un contrat de travail à durée déterminée (CDD) ont également la possibilité de mobiliser leurs heures de CPF à l'occasion d'un CIF.

Dans ce cas, les frais pédagogiques associés au CIF sont pris en charge par le fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP), conformément aux règles qui régissent les conditions de son intervention.

Article 14

Le congé d'enseignement ou de recherche

Les parties signataires considèrent que l'exercice de fonctions d'enseignement par des salariés des entreprises officielles est de nature à favoriser le rapprochement entre le milieu officinal et celui de l'enseignement technologique et professionnel et doit être encouragé.

Sous la seule condition qu'ils aient plus d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, les salariés des officines ont droit à une autorisation d'absence non rémunérée en vue de dispenser un enseignement technologique ou professionnel en formation initiale ou continue :

— soit à temps plein pour une durée n'excédant pas un an, sauf accord conclu entre l'entreprise et le centre de

formation ;

— soit à temps partiel, l'absence de l'entreprise ne pouvant alors excéder huit heures par semaine ou quarante heures par mois, pour une durée maximale d'un an renouvelable sur demande faite auprès de l'employeur.

Ce congé est également accordé au salarié qui souhaite se livrer à une activité de recherche et d'innovation dans un établissement public de recherche, une entreprise publique ou privée.

Le congé d'enseignement ou de recherche s'exerce dans les conditions fixées par les articles L. 6322-53 et suivants du code du travail.

Titre 6

Dispositions communes relatives au contrat d'apprentissage et à la professionnalisation

Article 15

Dispositions générales

Les parties signataires rappellent que l'intérêt de la profession, l'intérêt du jeune et l'intérêt du maître d'apprentissage ou du tuteur sont étroitement liés. En conséquence, elles invitent les parties prenantes à la formation du jeune à s'assurer de l'adéquation entre cette formation et les besoins professionnels de la branche de la Pharmacie d'officine.

Elles considèrent notamment que le recours au contrat d'apprentissage ou à la professionnalisation ne doit en aucun cas être motivé par de simples raisons d'opportunité ou de convenance personnelle.

Article 16

Choix et rôle du maître d'apprentissage ou du tuteur

Mod. par Avenant 17 oct. 2022, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} nov. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Les salariés accueillis dans l'officine au titre d'un contrat d'apprentissage, d'un contrat de professionnalisation ou d'une période de professionnalisation seront, pour l'exercice de leur activité, suivis par un maître d'apprentissage ou par un tuteur.

Article 16.1

Maître d'apprentissage

Dans le cadre du contrat d'apprentissage, la personne directement responsable de la formation de l'apprenti et assumant la fonction de tuteur est dénommée maître d'apprentissage. Celle-ci doit être majeure et offrir toutes garanties de moralité.

Le maître d'apprentissage a pour mission de contribuer à l'acquisition par l'apprenti dans l'officine des compétences correspondant à la qualification recherchée et au titre ou diplôme préparé, en liaison avec le centre de formation d'apprentis.

La fonction tutorale peut être partagée entre plusieurs salariés constituant une équipe tutorale au sein de laquelle sera désigné un maître d'apprentissage référent chargé de coordonner l'équipe et d'assurer la liaison avec le centre de formation d'apprentis.

(Avenant 17 oct. 2022, étendu) Le maître d'apprentissage peut être le pharmacien titulaire ou être choisi, sur la base du volontariat, parmi les salariés de l'officine, sous réserve du respect des conditions de compétences professionnelles fixées par l'article R. 6223-22 du code du travail. S'agissant de la préparation du brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou du diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie, les personnes titulaires de ce brevet ou de ce diplôme, ou du diplôme de pharmacien, et justifiant d'au moins une année d'exercice, peuvent se porter candidates au rôle de maître d'apprentissage.

Un maître d'apprentissage ne peut exercer simultanément ses fonctions à l'égard de plus de deux salariés bénéficiaires de contrats d'apprentissage, de contrats de professionnalisation ou de périodes de professionnalisation.

Article 16.2

Tuteur

Chaque salarié en contrat ou en période de professionnalisation doit être accompagné dans l'officine par un tuteur. Le tuteur peut être le pharmacien titulaire ou être choisi, sur la base du volontariat, parmi les salariés de l'officine, sous réserve de justifier d'une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans une qualification en rapport avec l'objectif de professionnalisation visé.

Les missions du tuteur sont les suivantes :

- accueillir, aider, informer et guider les bénéficiaires du contrat ou de la période de professionnalisation ;
- organiser avec les salariés intéressés l'activité de ces bénéficiaires dans l'officine et contribuer à l'acquisition des savoir-faire professionnels ;
- veiller au respect de l'emploi du temps du bénéficiaire ;
- assurer la liaison avec l'organisme ou le service chargé des actions d'évaluation, de formation et d'accompagnement des bénéficiaires à l'extérieur de l'entreprise ;
- participer à l'évaluation du suivi de la formation.

Le tuteur ne peut exercer simultanément ses fonctions à l'égard de plus de deux salariés bénéficiaires de contrats ou de périodes de professionnalisation ou de contrats d'apprentissage.

Article 16.3

Dispositions communes

L'employeur veille à ce que le maître d'apprentissage ou le tuteur bénéficie de formations lui permettant d'exercer correctement sa mission et de suivre l'évolution du contenu des formations dispensées et des diplômes qui les valident.

Le maître d'apprentissage ou le tuteur, tout en continuant à exercer son emploi dans l'entreprise officinale, doit, compte tenu de ses responsabilités, disposer du temps nécessaire au suivi du salarié dont il a la charge dans le cadre de ses horaires de travail, le cas échéant par un aménagement de son activité. Il bénéficiera, à sa demande, d'une formation spécifique à l'exercice du tutorat destinée notamment à développer la qualité de l'accueil et il participera aux réunions de coordination organisées par le centre de formation.

Le maître d'apprentissage ou le tuteur a droit à une prime tutorale mensuelle dont le montant brut est égal à quinze points conventionnels de salaire pour la durée de l'exercice effectif de ses fonctions auprès du salarié en formation.

En application de l'article R. 6332-78 du code du travail, les dépenses réalisées pour la formation pédagogique des tuteurs ou des maîtres d'apprentissage ainsi que celles liées à l'exercice de la fonction tutorale peuvent être prises en charge par l'OPCA des Professions libérales (ACTALIANS), conformément aux règles qui régissent les conditions de son intervention et dans les limites prévues aux articles D. 6332-90 et suivants du code du travail.

Article 17

Effectifs salariés en formation en alternance

Mod. par Avenant 17 oct. 2022, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} nov. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

(Avenant 17 oct. 2022, étendu) Considérant la situation de l'emploi et son évolution, et afin que soit consacrée à la formation professionnelle des salariés en situation en alternance toute l'attention nécessaire, chaque entreprise officinale pourra accueillir en formation un nombre N de salariés préparant le brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie calculé selon la formule suivante :

$$N = A + (B \times 0,5)$$

A correspondant au nombre de pharmaciens (titulaires et adjoints) exerçant en équivalent temps plein ;

B correspondant au nombre de préparateurs en pharmacie exerçant en équivalent temps plein.

Le résultat N est toujours arrondi au nombre entier inférieur.

En outre, et sans préjudice des dispositions des articles 16.1 et 16.2 du présent accord, le nombre total de salariés en formation en alternance, hors période de professionnalisation, employés simultanément dans l'officine, quel que soit le titre ou le diplôme préparé, ne pourra être supérieure à quatre.

Article 18

Préparation du brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou du diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie (Avenant 17 oct. 2022, étendu)

Mod. par Avenant 17 oct. 2022, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} nov. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

(Avenant 17 oct. 2022, étendu) Les parties signataires considèrent l'apprentissage comme la voie privilégiée conduisant au brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou au diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie. Ces diplômes peuvent également se préparer dans le cadre d'un contrat de professionnalisation à durée déterminée ou indéterminée, l'action de professionnalisation, d'une durée maximale de 24 mois, se situant impérativement au début du contrat de travail.

(Avenant 17 oct. 2022, étendu) Sans préjudice des conditions d'ouverture propres au contrat de professionnalisation et au contrat d'apprentissage prévues respectivement aux articles 20 et 26 du présent accord, la préparation du brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou du diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie en pharmacie est accessible aux titulaires :

- soit d'un certificat d'aptitude professionnelle d'aide préparateur en pharmacie ;
- soit d'un certificat d'aptitude professionnelle d'employé en pharmacie et sa mention complémentaire ;
- soit d'un brevet d'études professionnelles aux carrières sanitaires et sociales ;
- soit de tout diplôme permettant de s'inscrire en première année des études de pharmacie.

(Avenant 17 oct. 2022, étendu) La durée du contrat ou de la période d'apprentissage préparant au brevet professionnel de pharmacie ou au diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie est de deux ans. À la demande des cocontractants, la durée du contrat peut être modifiée et, notamment, portée à trois ans en fonction du niveau initial de compétence de l'apprenti, conformément aux dispositions des articles R. 6222-9 et suivants du code du travail.

La formation liée au contrat d'apprentissage ou de professionnalisation est dispensée pour partie en centre de formation et pour partie en entreprise officinale.

(Avenant 17 oct. 2022, étendu) La durée de la formation dispensée en centre et la durée de l'activité professionnelle requises pour se présenter à l'examen sont fixées par voie réglementaire.

La formation dispensée en officine est complémentaire à celle dispensée dans un centre de formation. L'ensemble de ces formations constitue un temps de travail effectif rémunéré comme tel.

Cette formation fait l'objet :

- d'un projet pédagogique adapté ;
- d'un suivi par le centre de formation ;
- d'un suivi par le maître d'apprentissage ou le tuteur dans l'officine.

La durée totale du temps de formation et du temps de travail ne peut être supérieure à la durée du travail prévue par la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

Les parties signataires rappellent que lorsque la formation accomplie en centre de formation coïncide avec le temps de repos hebdomadaire, ce temps de formation doit faire l'objet d'un repos compensateur d'une durée équivalente.

(Avenant 17 oct. 2022, étendu) La rémunération des jeunes en contrat de professionnalisation ou d'apprentissage préparant le brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie est fixée par accord collectif national de branche.

La rémunération des salariés de 26 ans et plus engagés en contrat de professionnalisation (CDD ou CDI) est au moins égale à 85 % de la rémunération conventionnelle minimale (coefficient 100) sans pouvoir être inférieure au SMIC pendant toute la durée de l'action de professionnalisation

Article 19

Congé supplémentaire pour la préparation de l'examen

Conformément aux dispositions du code du travail, l'apprenti a droit à un congé supplémentaire de cinq jours ouvrables pour la préparation directe des épreuves d'examen. Ce congé, qui donne droit au maintien du salaire, est pris dans le mois qui précède les épreuves. Il s'ajoute aux congés payés annuels dont bénéficie l'apprenti ainsi qu'à

la durée de formation en centre de formation d'apprentis fixée par le contrat d'apprentissage.

Dès lors que la convention portant création du centre de formation prévoit l'organisation d'enseignements spécialement dispensés pour la préparation à l'examen, l'apprenti doit suivre ces enseignements dont la durée s'impute sur ce congé supplémentaire.

Un congé supplémentaire de cinq jours ouvrables pour la préparation directe des épreuves d'examen est accordé, selon les mêmes modalités, aux personnes titulaires d'un contrat ou d'une période de professionnalisation.

Titre 7

Dispositions relatives au contrat de professionnalisation

Article 20 **Définition**

Le contrat de professionnalisation est un contrat de travail de type particulier dans le cadre d'une embauche à durée déterminée ou indéterminée.

Il a pour objet de permettre à son bénéficiaire d'acquérir :

- une qualification reconnue, notamment, dans la classification des métiers de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine ;
- une qualification enregistrée dans le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ;
- ou une qualification ouvrant droit à un certificat de qualification professionnelle établi, notamment, par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine.

Conformément aux dispositions de l'article L. 6325-1 du code du travail, le contrat de professionnalisation a également pour objet de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle. Il est ouvert :

- aux personnes âgées de seize à vingt-cinq ans révolus afin de compléter leur formation initiale ;
- aux demandeurs d'emploi âgés de vingt-six ans et plus ;
- aux bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation de solidarité spécifique ou de l'allocation aux adultes handicapés ou aux personnes ayant bénéficié d'un contrat unique d'insertion.

Ce contrat est mis en œuvre sur la base des principes suivants :

- une personnalisation des parcours de formation, en fonction des connaissances et des expériences de chacun des bénéficiaires ;
- une alternance alliant des séquences de formation professionnelle, dans ou hors de l'entreprise, et l'exercice d'une ou plusieurs activités professionnelles, en lien avec la ou les qualification(s) recherchée(s) ;
- une certification des connaissances, des compétences et des aptitudes professionnelles acquises.

Article 21 **Formations éligibles en priorité au contrat de professionnalisation**

Mod. par Avenant 17 oct. 2022, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} nov. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

(Avenant 17 oct. 2022, étendu) Sans préjudice des dispositions de l'article 18 du présent accord, les contrats de professionnalisation ayant pour objet la préparation du brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou du diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie et des certificats de qualification professionnelle (CQP) établis par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine donnent lieu, en priorité, à une participation financière de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS).

(Avenant 17 oct. 2022, étendu) À ce titre, pour les publics visant les formations diplômantes que sont le brevet professionnel de préparateur en pharmacie et le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie, la durée des actions de positionnement, d'évaluation et d'accompagnement ainsi que les enseignements généraux, professionnels et technologiques mis en œuvre par l'organisme de formation peut être portée au-delà de 25 % de la durée totale du contrat de professionnalisation, sans pouvoir toutefois excéder 35 % de cette même durée.

La CPNEFP de la Pharmacie d'officine établit la liste des autres formations éligibles au contrat de professionnalisation faisant l'objet d'une prise en charge prioritaire de la part de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS). Cette liste est établie en fonction :

- des besoins en qualification relevés par l'observatoire paritaire prospectif des métiers, des qualifications et des compétences mentionné à l'article 39 du présent accord ;
- des publics prioritaires définis par la branche professionnelle.

Les formations inscrites sur la liste mentionnée ci-dessus ne peuvent être mises en œuvre qu'avec l'accord formel de la CPNEFP de la Pharmacie d'officine, après consultation de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), ou éventuellement de tout autre financeur régional, sur ses possibilités de prise en charge financière.

En application de l'article L. 6332-14 du code du travail, le forfait horaire des actions d'évaluation, d'accompagnement et de formation des contrats de professionnalisation visé à l'article D. 6332-87 du code du travail, est fixé par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine selon ses critères de priorité et sous réserve des capacités de financement de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS).

Pour les qualifications établies par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine, celle-ci définit les publics bénéficiaires et sélectionne les organismes habilités à dispenser les formations y afférentes.

Article 22

Obligations de l'employeur

L'employeur s'engage, pendant la durée du contrat, à fournir au titulaire du contrat une activité professionnelle en relation avec l'objectif de professionnalisation et à lui assurer une formation qui lui permette d'accéder à une qualification professionnelle. Les bénéficiaires de ces contrats peuvent, si nécessaire et avec leur consentement, effectuer un bilan de compétences.

L'employeur s'engage à prendre en charge financièrement la formation du salarié dans le cadre de la réglementation relative au contrat de professionnalisation.

Il désigne le tuteur chargé d'accompagner le salarié pendant la durée du contrat en application de l'article 16.2 du présent accord.

Il contribue, de par ses connaissances, à la formation du salarié et met à sa disposition le matériel, la documentation et le temps nécessaires à la réalisation du projet pédagogique.

Article 23

Obligations du titulaire du contrat de professionnalisation

Le titulaire du contrat s'engage à travailler pour le compte de son employeur et à suivre la formation prévue au contrat.

Article 24

Suivi du contrat de professionnalisation

Un document précisant les objectifs, le programme et les modalités d'organisation, d'évaluation et de sanction de la formation est annexé au contrat de professionnalisation.

Les actions d'accompagnement et les enseignements, mis en place dans le cadre d'un contrat de professionnalisation par un organisme de formation ou un établissement d'enseignement, donnent lieu à la signature, entre l'entreprise officinale et l'organisme de formation ou l'établissement d'enseignement, d'une convention précisant les objectifs, le programme et les modalités d'organisation, d'évaluation et de sanction de la formation.

Dans un délai de deux mois suivant le début du contrat, l'employeur examine avec le salarié et le tuteur l'adéquation du programme de formation au regard des acquis du salarié. En cas d'inadéquation, l'employeur et le salarié peuvent conclure un avenant au contrat initial afin, notamment, d'en modifier la durée, dans les limites de la durée maximale du contrat de professionnalisation. Conformément aux dispositions de l'article D. 6325-13 du code du travail, cet avenant est transmis à l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS).

Article 25

Renouvellement du contrat de professionnalisation

Le contrat de professionnalisation à durée déterminée peut être renouvelé une fois si :

- le bénéficiaire, ayant obtenu la qualification visée, prépare une qualification supérieure ou complémentaire ;
- le bénéficiaire n'a pu obtenir la qualification visée pour cause d'échec aux épreuves d'évaluation de la formation suivie, de maternité, de maladie, d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de défaillance de l'organisme de formation.

Titre 8

Dispositions relatives au contrat d'apprentissage

Article 26

Définition

Le contrat d'apprentissage est un contrat de travail de type particulier, conclu pour une durée limitée ou indéterminée, permettant à un jeune d'acquérir une qualification professionnelle sanctionnée par un diplôme ou un titre à finalité professionnelle enregistré au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). Lorsqu'il est conclu pour une durée indéterminée, le contrat débute par la période d'apprentissage.

Les parties signataires rappellent qu'aucune contrepartie financière ne peut être demandée ni à l'apprenti à l'occasion de la conclusion, de l'enregistrement ou de la rupture du contrat d'apprentissage, ni à l'employeur à l'occasion de l'enregistrement du contrat d'apprentissage. En outre, et sauf accord de la région, les organismes gestionnaires de centres de formation d'apprentis et de sections d'apprentissage ne peuvent conditionner l'inscription d'un apprenti au versement, par son employeur, d'une contribution financière de quelque nature qu'elle soit.

Sous réserve des dispositions du premier alinéa de l'article L. 6222-1 du code du travail, le contrat d'apprentissage est ouvert aux jeunes âgés de seize ans à moins de vingt-six ans au jour du début de l'apprentissage. Il peut être dérogé à ces limites d'âge dans les conditions prévues par les articles L. 6222-1 et L. 6222-2 du code du travail.

Les parties signataires rappellent que tout jeune peut souscrire des contrats d'apprentissage successifs pour préparer des diplômes ou titres sanctionnant des qualifications différentes.

En cas d'échec à l'examen, l'apprentissage peut être prolongé pour une durée d'un an au plus soit par prorogation du contrat initial ou de la période d'apprentissage, soit par conclusion d'un nouveau contrat avec un autre employeur, dans les conditions prévues par l'article L. 6222-11 du code du travail.

La formation liée au contrat d'apprentissage est dispensée pour partie en officine et pour partie en centre de formation d'apprentis, conformément au référentiel de la formation correspondant au diplôme préparé.

Conformément aux dispositions de l'article L. 6242-1 du code du travail, l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS) peut être habilité par l'État à collecter, sur le territoire national et dans son champ de compétence, les versements des entreprises officinales donnant lieu à exonération de la taxe d'apprentissage et à les reverser aux établissements autorisés à les recevoir.

Article 27

Obligations de l'employeur

Tout employeur peut engager un apprenti s'il déclare à l'autorité administrative prendre les mesures nécessaires à l'organisation de l'apprentissage et s'il garantit que l'équipement de l'officine, les techniques utilisées, les conditions de travail, de santé et de sécurité, les compétences professionnelles et pédagogiques ainsi que la moralité des personnes qui sont responsables de la formation sont de nature à permettre une formation satisfaisante. Cette déclaration devient caduque si l'officine n'a pas conclu de contrat d'apprentissage dans la période de cinq ans écoulée à compter de sa notification.

En application et dans les conditions définies par l'article 16.1 du présent accord, l'employeur désigne le maître d'apprentissage directement responsable de la formation de l'apprenti.

L'employeur assure dans l'entreprise officinale la formation pratique de l'apprenti. Il lui confie notamment des tâches ou des postes permettant d'exécuter des opérations ou travaux conformes à une progression annuelle définie par accord entre le centre de formation d'apprentis et les représentants des entreprises qui inscrivent des apprentis dans celui-ci.

L'employeur met à la disposition de l'apprenti le matériel, la documentation et le temps nécessaires à sa formation.

Article 28

Obligations de l'apprenti

L'apprenti s'oblige, en vue de sa formation, à travailler pour son employeur pendant la durée du contrat et à suivre la formation dispensée en centre de formation d'apprentis et en officine. En cas d'obtention du diplôme ou du titre préparé, le contrat d'apprentissage peut toutefois prendre fin, à l'initiative de l'apprenti, avant le terme fixé initialement, à condition d'en avoir informé l'employeur par écrit au moins deux mois avant la fin du contrat.

L'apprenti s'engage à suivre avec assiduité la formation, tant interne qu'externe à l'officine, prévue au contrat. Il doit tenir son employeur régulièrement informé de l'évolution de la formation externe.

L'apprenti est tenu de se présenter aux épreuves donnant accès au diplôme ou au titre prévu par le contrat d'apprentissage.

Article 29

Missions du centre de formation

Conformément aux dispositions de l'article L. 6231-1 du code du travail, les centres de formation d'apprentis :

- dispensent aux jeunes travailleurs titulaires d'un contrat d'apprentissage une formation générale associée à une formation technologique et pratique, qui complète la formation reçue en entreprise et s'articule avec elle dans un objectif de progression sociale ;
- concourent au développement des connaissances, des compétences et de la culture nécessaires à l'exercice de la citoyenneté ;
- assurent la cohérence entre la formation dispensée en leur sein et celle dispensée au sein de l'entreprise, en particulier en organisant la coopération entre les formateurs et les maîtres d'apprentissage ;
- développent l'aptitude des apprentis à poursuivre des études par les voies de l'apprentissage, de l'enseignement professionnel ou technologique ou par toute autre voie ;
- assistent les postulants à l'apprentissage dans leur recherche d'un employeur, et les apprentis en rupture de contrat dans la recherche d'un nouvel employeur, en lien avec le service public de l'emploi ;
- apportent, en lien avec le service public de l'emploi, en particulier avec les missions locales, un accompagnement aux apprentis pour prévenir ou résoudre les difficultés d'ordre social et matériel susceptibles de mettre en péril le déroulement du contrat d'apprentissage ;
- favorisent la mixité au sein de leurs structures en sensibilisant les formateurs, les maîtres d'apprentissage et les apprentis à la question de l'égalité entre les sexes et en menant une politique d'orientation et de promotion des formations qui met en avant les avantages de la mixité. Ils participent à la lutte contre la répartition sexuée des métiers ;
- encouragent la mobilité internationale des apprentis, en mobilisant en particulier les programmes de l'Union européenne.

Titre 9

Dispositions relatives à la période de professionnalisation

Article 30

Objet de la période de professionnalisation

Les périodes de professionnalisation ont pour objet de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés. Les actions de formation éligibles à la période de professionnalisation sont :

- les formations permettant d'acquérir une qualification mentionnée à l'article L. 6314-1 du code du travail, à savoir :
 - une qualification enregistrée dans le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ;
 - une qualification reconnue, notamment, dans la classification des métiers de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;
 - une qualification ouvrant droit à un certificat de qualification professionnelle établi, notamment, par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine ;
- les actions permettant l'accès au socle de connaissances et de compétences défini aux articles D. 6113-1 et suivants du code du travail ;
- des actions permettant l'accès à une certification inscrite à l'inventaire établi par la Commission Nationale de la Certification Professionnelle.

Les périodes de professionnalisation peuvent abonder le compte personnel de formation du salarié, à la demande de son titulaire, lorsque la durée de la formation envisagée est supérieure au nombre d'heures inscrites sur le compte, dans les conditions prévues à l'article 11.3 du présent accord.

Article 31

Définition de la période de professionnalisation

La période de professionnalisation associe des enseignements généraux, professionnels et technologiques dispensés dans des organismes publics ou privés de formation ou, lorsqu'elle dispose d'un service de formation, par l'entreprise, et l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les qualifications recherchées.

Les parties signataires du présent accord décident que, lorsque la période de professionnalisation s'adresse à un salarié en activité, elle peut donner lieu, en préalable à sa mise en œuvre, à une action de validation des acquis de l'expérience, réalisée pendant le temps de travail.

La CPNEFP de la Pharmacie d'officine définit, parmi les actions de formations éligibles à la période de professionnalisation, celles qui donnent lieu, en priorité, à une participation financière de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS). Ces priorités sont fixées en fonction :

- des besoins en qualification définis par l'observatoire paritaire prospectif des métiers, des qualifications et des compétences mentionné à l'article 39 du présent accord ;
- des ressources financières dont peut disposer l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS).

Article 32

Mise en œuvre de la période de professionnalisation

La durée minimale de la formation mise en œuvre dans le cadre de la période de professionnalisation est fixée, par l'article D. 6324-1 du code du travail, à 70 heures réparties sur une période maximale de 12 mois calendaires. Cette durée minimale ne s'applique pas :

- aux actions permettant aux salariés de faire valider les acquis de leur expérience ;
- aux formations financées dans le cadre de l'abondement visé au dernier alinéa de l'article 30 du présent accord ;
- aux formations sanctionnées par les certifications inscrites à l'inventaire établi par la Commission Nationale de la Certification Professionnelle.

Les actions de formation mises en œuvre pendant le temps de travail, dans le cadre d'une période de professionnalisation, donnent lieu au maintien par l'entreprise officinale de la rémunération du salarié.

Les actions de la période de professionnalisation peuvent aussi se dérouler en tout ou partie en dehors du temps de travail, soit à l'initiative du salarié dans le cadre du CPF visé à l'article 11 du présent accord, soit à l'initiative de l'employeur, dans le cadre du plan de formation, après accord écrit du salarié, en application du second alinéa de l'article 10.2 du présent accord. Dans ces deux cas, l'employeur définit avec le salarié, avant son départ en formation, la nature des engagements auxquels il souscrit si l'intéressé suit avec assiduité la formation et satisfait aux évaluations prévues.

En outre, par accord écrit entre le salarié et l'employeur, les heures de formation réalisées en dehors du temps de travail dans le cadre d'une période de professionnalisation peuvent, dans la limite de 80 heures sur une même année civile, excéder le montant des droits ouverts par le salarié au titre du CPF visé l'article 11 du présent accord. Dans ce cas, l'entreprise définit avec le salarié, avant son départ en formation, la nature des engagements auxquels elle souscrit dès lors que l'intéressé aura suivi avec assiduité la formation et satisfait aux évaluations prévues. Ces engagements écrits de l'entreprise portent sur :

- les conditions dans lesquelles le salarié accède en priorité, dans un délai d'un an, à l'issue de la formation, aux fonctions disponibles correspondant aux connaissances ainsi acquises et sur l'attribution de la classification correspondant à l'emploi occupé ;
- les modalités de prise en compte des efforts accomplis par le salarié.

En application de l'article L. 6332-14 du code du travail, le forfait horaire des actions d'évaluation, d'accompagnement et de formation des périodes de professionnalisation visé à l'article D. 6332-87 du code du travail, est fixé par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine selon ses critères de priorité et sous réserve des capacités de financement de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS).

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

Le pourcentage de salariés simultanément absents au titre de la période de professionnalisation ne peut, sauf accord de l'employeur, dépasser 2 % de l'effectif total de salariés de l'entreprise ou de l'établissement.

Dans les officines de moins de cinquante salariés, le bénéfice d'une période de professionnalisation peut être différé lorsqu'il aboutit à l'absence simultanée au titre des périodes de professionnalisation d'au moins deux salariés.

Titre 10

Accès spécifique à la formation de certains salariés

Article 33

La formation continue dans les entreprises officinales

Du fait de leurs effectifs et des caractéristiques de leur organisation, ces entreprises ont parfois des difficultés spécifiques pour mettre en œuvre leurs actions de formation, notamment quand elles se traduisent par l'indisponibilité de certains salariés.

Étant donné le rôle majeur de ces entreprises dans l'emploi, les parties signataires considèrent comme fondamentale la mise en place des dispositifs adaptés à leur situation pour les inciter et les aider à développer les actions de for-

mation de leurs salariés.

Les parties signataires du présent accord demandent à l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS) de développer la fréquence et la qualité de l'information des employeurs titulaires d'officine sur les dispositifs de formation dont peuvent bénéficier leurs salariés, étant entendu que les employeurs favoriseront la mise à disposition de cette information aux salariés.

La CPNEFP de la Pharmacie d'officine examine les conditions dans lesquelles sont assurées ces actions sur l'ensemble du territoire ainsi que les actions d'information et de conseil répondant à des besoins avérés.

Article 34

L'égalité entre les femmes et les hommes dans l'accès à la formation professionnelle

Les parties signataires du présent accord rappellent leur volonté de favoriser l'égalité professionnelle qui constitue au même titre que le développement de l'éducation et la lutte contre les discriminations dans les métiers, un facteur essentiel du développement de l'égalité entre les femmes et les hommes.

À cette fin, les parties signataires considèrent qu'il est de la responsabilité de la branche professionnelle et des entreprises officinales de définir les moyens propres à assurer cette égalité d'accès à la formation professionnelle.

Dans cette perspective, les données du rapport prévu à l'article D. 2241-7 du code du travail et présentant la situation comparée des femmes et des hommes, notamment dans le domaine des conditions d'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelle, établi en prévision de la négociation triennale de branche sur l'égalité professionnelle, doivent prendre en compte les travaux de l'observatoire paritaire prospectif des métiers, des qualifications et des compétences mentionné à l'article 39 du présent accord. Les résultats de cette négociation triennale sont transmis à la CPNEFP de la Pharmacie d'officine pour lui permettre d'élaborer des recommandations sur l'égalité professionnelle des femmes et des hommes dans l'accès à la formation professionnelle.

Titre 11

Dispositions relatives à la mise en œuvre de la formation professionnelle continue dans les entreprises officinales et dans les régions

Article 35

Le rôle des institutions représentatives du personnel en matière de formation professionnelle

Les institutions représentatives du personnel ont un rôle majeur à jouer dans l'information des salariés sur l'évolution prévisible des emplois de leur secteur d'activité et sur l'évolution des qualifications qui en résulte ainsi que sur les dispositifs de formation auxquels ils peuvent avoir accès.

À cette fin, les résultats de l'examen, par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine, des travaux réalisés par l'observatoire paritaire prospectif des métiers, des qualifications et des compétences mentionné à l'article 39 du présent accord et les conclusions qu'elle en tire en matière de formation professionnelle sont mis à disposition des chefs d'entreprise, des institutions représentatives du personnel et des représentants des organisations syndicales d'employeurs et de salariés.

Article 36

Le suivi des objectifs et les moyens de la formation professionnelle

Les parties signataires du présent accord rappellent le rôle essentiel de la branche professionnelle dans les domaines de l'information et de l'orientation tout au long de la vie professionnelle et dans la définition et la mise en œuvre des priorités en matière de formation professionnelle.

Dans cette perspective, elles décident de confier à la CPNEFP de la Pharmacie d'officine le soin d'examiner au moins tous les trois ans l'évolution quantitative et qualitative des emplois et des qualifications de leur champ professionnel, en tenant compte notamment des travaux de l'observatoire mentionné à l'article 39 du présent accord.

Elles confient également à la CPNEFP de la Pharmacie d'officine la réalisation des missions suivantes :

- l'élaboration des outils d'aide à la mise en œuvre de l'entretien professionnel et de l'état des lieux récapitulatif du parcours professionnel des salariés prévus à l'article 5 du présent accord ;
- le développement des activités de recherche et de développement portant sur l'ingénierie pédagogique des actions de formation, prévu à l'article 4 du présent accord ;
- l'établissement de la liste des certifications de qualification et de compétences éligibles au CPF et sa communication au conseil national de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelles ainsi qu'à la Caisse des dépôts et consignations, en application de l'article L. 6323-16 du code du travail et de l'article 11 du présent accord ;
- pour chacun des publics jeunes et demandeurs d'emploi concernés par le contrat de professionnalisation, l'établissement de la liste des qualifications professionnelles établie par la CPNEFP de la Pharmacie d'officine ou des

qualifications reconnues par la classification des métiers de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, dont les actions de formation donnent lieu, en priorité, à une participation financière de l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), en application de l'article 21 du présent accord ;

— la définition des publics spécifiques ou des natures de certifications ou de formations particulières, pour lesquels la durée du contrat de professionnalisation peut être portée jusqu'à 24 mois, en application de l'article L. 6325-12 du code du travail ;

— l'étude des conditions d'accueil et d'insertion des jeunes dans les officines du point de vue de la formation professionnelle ;

— la définition des objectifs et des priorités en matière d'apprentissage en termes de métiers, de niveaux et d'effectifs formés ainsi que l'étude des conditions de mise en œuvre des contrats d'apprentissage ;

— le développement de l'information des officines sur les dispositifs de formation ainsi que sur les modalités spécifiques de financement, par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), des actions d'information des jeunes et des salariés, en application de l'article 33 du présent accord ;

— la recherche de réponses adaptées aux spécificités de formation dans les officines dont l'effectif est généralement inférieur à dix salariés, conformément à l'article 33 du présent accord ;

— l'étude des conditions générales de prise en charge, par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), des actions de préparation et de formation spécifiques dont peuvent bénéficier les tuteurs ;

— la définition des objectifs et priorités de formation que prennent en compte les officines lors de l'élaboration de leur plan de formation ;

— l'étude de la nature des actions de formation et de leur ordre de priorité ;

— l'étude de la reconnaissance des qualifications acquises du fait d'actions de formation ;

— l'identification des efforts de formation qui devraient être réalisés en faveur des salariés ayant les niveaux de qualification les moins élevés, notamment pour faciliter leur évolution professionnelle ;

— l'analyse de la prise en compte de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans les actions de formation et l'élaboration de recommandations y afférentes, en application de l'article 34 du présent accord ;

— l'analyse des conséquences éventuelles des aménagements apportés au temps de travail sur les besoins de formation ;

— la définition des priorités de financement, par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), des actions de formation professionnelle conduites dans les entreprises employant moins de dix salariés ;

— la mise en œuvre des modalités de validation et de certification ;

— la définition des conditions dans lesquelles les organisations représentatives des salariés sont consultées, avant la conclusion d'engagements de développement des compétences, de contrats d'objectifs, et sont associées à leur suivi, en application des dispositions de l'article 37 du présent accord.

— les modalités de la prise en compte de la dimension européenne de la formation.

Article 37

Le développement des partenariats régionaux et les contrats d'objectifs

Les parties signataires du présent accord rappellent leur attachement à la conclusion avec les régions et après consultation de la CPNEFP de la Pharmacie d'officine, de contrats d'objectifs visant au développement coordonné des différentes voies de formation professionnelle initiale et continue, notamment l'apprentissage.

Ces contrats d'objectifs, élaborés sur la base des données régionales issues des travaux de l'observatoire paritaire prospectif des métiers, des qualifications et des compétences mentionné à l'article 39 du présent accord et des orientations définies par la CPNEFP de la branche, déterminent en particulier :

— les orientations sur les effectifs à former par type et niveau de qualification ;

— la localisation souhaitable des formations ;

— les durées prévisionnelles des formations en organisme de formation ;

— les types d'actions susceptibles de favoriser l'information des jeunes et de leurs familles ;

— les actions à conduire en direction de certains publics prioritaires.

La CPNEFP de la Pharmacie d'officine donne un avis sur le contenu et les conditions de mise en œuvre des contrats d'objectifs.

Titre 12

Dispositions relatives aux instances paritaires

Article 38

La Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation professionnelle (CPNEFP)

La CPNEFP de la Pharmacie d'officine a une attribution générale de promotion de la formation professionnelle tout au long de la vie, en liaison avec l'évolution de l'emploi dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine. Les parties signataires du présent accord décident de confier à la CPNEFP de la Pharmacie d'officine, les missions suivantes :

- participer à l'étude des moyens de formation, de perfectionnement et de réadaptation professionnels existant pour les différents niveaux de qualification ;
- rechercher, avec les pouvoirs publics et les organisations intéressées, les mesures propres à assurer la pleine utilisation, l'adaptation et le développement de ces moyens ;
- formuler à cet effet toutes observations et propositions utiles et notamment de préciser les conditions d'évaluation des actions de formation ;
- suivre l'application des accords conclus à l'issue de la négociation triennale de branche sur les objectifs, les priorités et les moyens de la formation professionnelle.

Elle doit en outre assurer les missions définies aux articles 5, 8, 9, 11, 20, 21, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37 et 39 du présent accord.

Dans le cadre de ses missions, la CPNEFP de la Pharmacie d'officine procède périodiquement à l'examen :

- de l'évolution des diplômes et titres définis par les instances relevant des ministères habilités à délivrer des certifications ;
- si nécessaire, du bilan de l'ouverture ou de la fermeture des sections d'enseignement technologique et professionnel et des sections de formations complémentaires, en concertation avec l'échelon régional ;
- de l'évolution des qualifications professionnelles qui lui paraissent devoir être développées dans le cadre du contrat de professionnalisation.

La CPNEFP de la Pharmacie d'officine est consultée, préalablement à la conclusion de contrats d'études, sur les perspectives d'évolution des emplois, des métiers et des qualifications au niveau de la branche professionnelle, dès lors que sont sollicités des concours financiers de l'État. Elle est en outre informée des conclusions de ces études.

La CPNEFP de la Pharmacie d'officine est consultée préalablement à la conclusion de conventions entre les pouvoirs publics et la profession visant à allouer des cofinancements au développement de la formation professionnelle dans les entreprises officinales. Elle est, en outre, informée de l'exécution de cet engagement.

La CPNEFP de la Pharmacie d'officine consacre chaque année, au moins une de ses réunions à l'examen des thèmes prioritaires relatifs à la formation professionnelle.

Article 39

L'observatoire paritaire prospectif des métiers, des qualifications et des compétences

Pour accompagner les entreprises officinales dans la définition de leurs politiques de formation et les salariés dans l'élaboration de leurs projets professionnels, les parties signataires du présent accord décident de déléguer, le cas échéant, à l'observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales (OMPL), créé par l'accord national interprofessionnel du 28 février 2005 étendu relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des salariés des professions libérales, la réalisation des missions visées à l'article 10 de l'accord national interprofessionnel du 14 décembre 2013 relatif à la formation professionnelle.

Les résultats des travaux réalisés par l'OMPL sont transmis à la Commission Paritaire Nationale (CPN) de la Pharmacie d'officine et à la CPNEFP de la Pharmacie d'officine qui en tire des conclusions et recommandations en matière de priorités de formation professionnelle. Ces conclusions et recommandations sont mises à la disposition des chefs d'entreprise, des institutions représentatives du personnel et des instances compétentes du secteur professionnel concerné.

Titre 13

Dispositions financières

Article 40

Les entreprises employant onze salariés et plus

La contribution à la formation professionnelle des entreprises officinales employant onze salariés et plus est

constituée :

— d'une contribution égale à 1 % du montant des rémunérations versées pendant l'année en cours, en application de l'article L. 6331-9 du code du travail. Cette contribution, dont le montant peut être réduit en application des dispositions de l'article L. 6331-10 du code du travail, est collectée, ventilée et mutualisée conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur. Elle est versée, en totalité, à l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS) ;

— d'une contribution supplémentaire, versée en application de l'article L. 6332-1-2 du code du travail, fixée à 0,60 % du montant des rémunérations versées pendant l'année en cours. Cette contribution est collectée, en totalité, par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS). Elle est mutualisée dès réception et fait l'objet d'un suivi comptable distinct de la contribution prévue à l'alinéa précédent.

Les parties signataires conviennent d'étendre l'application des dispositifs de neutralisation et d'atténuation des effets liés à un accroissement d'effectif prévus par le code du travail à la contribution supplémentaire conventionnelle.

En outre, pour financer le congé individuel de formation des salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée, les entreprises officinales versent, quel que soit leur effectif, à l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), une contribution égale à 1 % du montant des rémunérations versées aux titulaires d'un contrat à durée déterminée pendant l'année en cours. Cette contribution est collectée et mutualisée conformément aux dispositions des articles L. 6322-37 et suivants du code du travail.

Article 41

Les entreprises employant moins de onze salariés

La contribution à la formation professionnelle des entreprises officinales employant moins de onze salariés est constituée :

— d'une contribution égale à 0,55 % du montant des rémunérations versées pendant l'année en cours, en application de l'article L. 6331-2 du code du travail. Cette contribution est collectée, ventilée et mutualisée conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur. Elle est versée, en totalité, à l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS) ;

— d'une contribution supplémentaire, versée en application de l'article L. 6332-1-2 du code du travail, fixée à 0,25 % du montant des rémunérations versées pendant l'année en cours. Cette contribution est collectée, en totalité, par l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS). Elle est mutualisée dès réception et fait l'objet d'un suivi comptable distinct de la contribution prévue à l'alinéa précédent.

En outre, pour financer le congé individuel de formation des salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée, les entreprises officinales versent, quel que soit leur effectif, à l'OPCA des Professions Libérales (ACTALIANS), une contribution égale à 1 % du montant des rémunérations versées aux titulaires d'un contrat à durée déterminée pendant l'année en cours. Cette contribution est collectée et mutualisée conformément aux dispositions des articles L. 6322-37 et suivants du code du travail.

Titre 14

Dispositions diverses

Article 42

Caractère obligatoire du présent accord

En application du dernier alinéa de l'article L. 2253-3 du code du travail, les parties signataires confèrent aux dispositions du présent accord un caractère impératif et interdisent de ce fait aux entreprises de la branche d'y déroger en tout ou partie à moins de clauses plus favorables pour les salariés.

Article 43

Durée de l'accord et suivi

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

La CPNEFP de la Pharmacie d'officine est chargée d'assurer le suivi de l'application des dispositions du présent accord.

Les parties signataires conviennent de se réunir dans un délai d'un an, à compter de la date de la signature, pour établir un premier bilan, et ensuite au minimum tous les trois ans, pour négocier sur les objectifs, les priorités et les moyens de la formation professionnelle et en particulier sur la réduction des inégalités constatées dans l'accès à la formation.

Article 44

Entrée en vigueur et extension

Le présent accord sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente. Il prendra effet à compter du 30^{ème} jour calendaire suivant la publication au Journal Officiel de son arrêté ministériel d'extension.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Désignation de l'OPCO

Accord du 5 novembre 2018

[Étendu par arr. 15 juill. 2019, JO 23 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 11 mars 2019, étendu par arr. 15 juill. 2019, JO 23 juill., applicable à compter du 11 mars 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code du travail, notamment son article L. 6332-1-1 dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2019 ;

Vu la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, notamment son article 39, IV ;

Vu l'accord national interprofessionnel du 13 juillet 2018 portant création de l'OPCA des professions de l'entreprise de proximité et de ses salariés - OPCA PEPSS (Artisanat, Commerce de proximité, Professions libérales) fondé sur la transformation d'Actalians ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Vu l'accord collectif national étendu du 16 décembre 1991 modifié portant adhésion au fonds d'assurance formation des professions libérales (OPCA-PL) ;

Vu l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 relatif à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ;

Préambule

Considérant que la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel procède à la création des opérateurs de compétences (OPCO), dont les missions sont définies aux articles L. 6332-1 et suivants du code du travail, en lieu et place des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) ;

Considérant qu'en application des dispositions de la loi susvisée, les branches professionnelles ont jusqu'au 31 décembre 2018 pour désigner un opérateur de compétences ;

Considérant que le tissu économique de la Pharmacie d'officine, constitué dans sa grande majorité de très petites entreprises réparties sur l'ensemble du territoire et à la main d'œuvre hautement qualifiée, implique des besoins particuliers en matière de formation, notamment en termes de proximité, d'implantation territoriale et de services personnalisés ;

Considérant la forte pratique de l'alternance, en particulier sous forme d'apprentissage, dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine par comparaison avec d'autres branches professionnelles du secteur de la Santé ;

Considérant enfin que les pharmacies d'officine sont des entreprises libérales, apportant au public un service de proximité ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1er

(Avenant 11 mars 2019, étendu) À compter du 1^{er} janvier 2019, l'opérateur de compétences des entreprises de proximité est désigné en qualité d'opérateur de compétences dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine pour y exercer, sous condition suspensive de son agrément, les missions définies par les articles L. 6332-1 et suivants du code du travail, notamment la gestion des contributions patronales de formation professionnelle fixées par l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 susvisé ainsi que leur collecte, dans les conditions et limites fixées par le B du III de l'article 37 de la loi du 5 septembre 2018 susvisée.

Dans l'attente de la publication de l'arrêté d'agrément de cet opérateur de compétences, l'organisme paritaire collecteur agréé des professions de l'entreprise de proximité et de ses salariés (OPCA PEPSS), créé par l'accord national interprofessionnel du 13 juillet 2018 susvisé, et ayant vocation à devenir l'opérateur de compétences des professions de l'entreprise de proximité et de ses salariés (OPCO PEPSS), se voit confier, sous condition suspensive de son agrément et au plus tard jusqu'au 31 mars 2019, les missions visées aux articles L. 6332-1 et suivants du code du travail. Ces missions portent notamment sur la gestion des contributions patronales de formation professionnelle fixées par l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 précité ainsi que leur collecte, dans les conditions et limites fixées par le A du III de l'article 37 de la loi du 5 septembre 2018 susvisée.

Article 2

L'accord collectif national étendu du 16 décembre 1991 susvisé est abrogé à effet du 1^{er} avril 2019.

Article 3

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2019. Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée presque exclusivement d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises. Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Avenant du 11 mars 2019

[Non étendu, applicable à compter du 11 mars 2019]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code du travail, notamment son article L. 6332-1-1 ;

Vu la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, notamment son article 39, IV ;

Vu l'accord national interprofessionnel du 13 juillet 2018 portant création de l'OPCA des professions de l'entreprise de proximité et de ses salariés - OPCA PEPSS (Artisanat, Commerce de proximité, Professions libérales) fondé sur la transformation d'Actalians ;

Vu l'accord national interprofessionnel du 23 novembre 2018 portant création de l'opérateur de compétences des

professions de l'entreprise de proximité et de ses salariés - OPCO PEPSS (Artisanat, commerce de proximité, professions libérales) ;

Vu l'accord national interprofessionnel du 27 février 2019 portant création de l'opérateur de compétences des entreprises de proximité ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Vu l'accord collectif national du 5 novembre 2018 portant désignation de l'opérateur de compétences dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ;

Préambule

Prenant acte de ce que l'opérateur de compétences des entreprises de proximité créé par l'accord national interprofessionnel du 27 février 2019 susvisé se substitue à l'opérateur de compétences des professions de l'entreprise de proximité et de ses salariés - OPCO PEPSS (Artisanat, commerce de proximité, professions libérales) créé par l'accord national interprofessionnel du 23 novembre 2018 susvisé ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1er

(Voir Accord du 5 novembre 2018, article 1er)

Article 2

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 11 mars 2019. Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent avenant peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent avenant, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2015). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Annexe III - Retraite complémentaire Accord du 16 décembre 1991

[Étendu par arrêté du 27 novembre 1992, JO 16 décembre 1992]

Article 1

Les salariés bénéficiant du présent accord sont obligatoirement affiliés à un régime de retraite complémentaire établi conformément aux dispositions générales suivantes :

1. Conditions d'affiliation.

Bénéficiaire de ce régime tous les salariés, cadres et non cadres, dès la naissance de leur contrat de travail.

2. Cotisations.

Le financement du régime de retraite est assuré par les cotisations versées par les employeurs et par les salariés.

À compter du 1^{er} janvier 1992 :

— Le taux contractuel des cotisations est fixé à 6 p. 100 dont 3,60 p. 100 à la charge de l'employeur et 2,40 p. 100 à la charge du salarié.

À compter du 1^{er} janvier 1993 :

— Le taux contractuel des cotisations est fixé à 6,5 p. 100 dont 3,90 p. 100 à la charge de l'employeur et 2,60 p. 100 à la charge du salarié.

À compter du 1^{er} janvier 1994 :

— le taux contractuel des cotisations est fixé à 7 p. 100, dont 4,20 p. 100 à la charge de l'employeur et 2,80

p. 100 à la charge du salarié.

Les rémunérations prises en considération sont les rémunérations brutes définies comme assiette de la taxe sur les salaires par le code général des impôts et ses annexes, que l'employeur soit ou non assujetti à cette taxe, en excluant :

— les indemnités de licenciement ;

— les indemnités de départ et de mise à la retraite, non imposables.

Pour les salariés bénéficiant de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 au titre des articles 4 et 4 bis ainsi que de l'article 36 de l'annexe I, le salaire soumis à cotisation est limité à la tranche inférieure à celle qui supporte les cotisations versées pour la retraite instituée par ladite convention (une fois le plafond de la sécurité sociale).

Pour les salariés non bénéficiaires de ladite convention du 14 mars 1947 , le salaire soumis à cotisation est limité à trois fois le plafond de la sécurité sociale.

Les entreprises pourront, en accord avec la majorité de leurs salariés, adopter des dispositions plus favorables en ce qui concerne le taux de cotisation.

3. Droits des participants et allocataires.

Les droits des salariés ou anciens salariés ou de leurs ayants droit sont définis par le règlement intérieur du régime complémentaire concerné en fonction des cotisations versées.

L'âge normal de la retraite est l'âge auquel la pension de retraite du salarié peut être liquidée par la sécurité sociale sans abattement sur le montant normal.

4. Choix de l'institution.

Les entreprises verseront les cotisations afférentes au régime de retraite Arrco à la Caisse générale interprofessionnelle de retraite pour salariés (C.G.I.S., 5-9, rue Van-Gogh, 75591 PARIS CEDEX 12).

Ladite caisse organisera une section professionnelle jouissant d'une autonomie compatible avec ses statuts et gérant notamment un fonds social particulier à la section.

Les dispositions ci-dessus ne sont pas applicables aux entreprises ayant préalablement à leur admission comme membres d'une des chambres syndicales patronales signataires adhéré à une institution de retraite complémentaire. Toutefois, ces entreprises devront prendre toutes mesures utiles pour assurer à leurs salariés, les avantages minimaux prévus par le présent texte.

Article 2

Le présent accord entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1992 et viendra se substituer à l'ancien texte de l'article 25 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 1^{er} avril 1964 et à l'annexe III concernant le régime de retraite.

AVIS DE LA COMMISSION NATIONALE PARITAIRE D'INTERPRÉTATION DU 30 JANVIER 1995

Retraite complémentaire

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;
Union nationale des pharmacies de France ;
Syndicat national autonome des cadres pharmaciens (S.N.A.C.P.).

Syndicat(s) de salarié(s) :

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques, parachimiques et connexes C.F.E. - C.G.C. ;

Fédération nationale des industries chimiques C.G.T. ;

Fédération Force ouvrière des industries de la pharmacie-droguerie et des laboratoires d'analyses ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux C.F.T.C. ;

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux C.F.D.T.

La commission nationale paritaire d'interprétation prévue à l'article 31 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 1^{er} avril 1964 (mise à jour du 13 avril 1992), étendue par arrêté du 27 novembre 1992, saisie à l'initiative de la fédération nationale de la pharmacie Force ouvrière dans le cadre des dispositions de l'accord collectif du 16 décembre 1991 concernant la retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine, également étendu par arrêté du 27 novembre 1992, d'une question relative à son interprétation par la caisse générale interprofessionnelle de retraite pour salariés (C.G.I.S.) sur la notion d'entreprise disparue,

a émis l'avis ci-après délibéré en séance le 30 janvier 1995 après avoir au préalable exposé ce qui suit :

EXPOSÉ

Les partenaires sociaux ont signé le 16 décembre 1991 un accord collectif concernant la retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine. Cet accord, étendu par arrêté du 27 novembre 1992, a prévu (art. 1^{er}, 2^o) que le financement du régime de retraite serait assuré par des cotisations dont le taux a été ainsi fixé :

À compter du 1^{er} janvier 1992 :

Le taux contractuel des cotisations est fixé à 6 p. 100 dont 3,6 p. 100 à la charge de l'employeur et 2,40 p. 100 à la charge du salarié.

À compter du 1^{er} janvier 1993 :

Le taux contractuel des cotisations est fixé à 6,50 p. 100 dont 3,90 p. 100 à la charge de l'employeur et 2,60 p. 100 à la charge du salarié.

À compter du 1^{er} janvier 1994 :

Le taux contractuel des cotisations est fixé à 7 p. 100 dont 4,20 p. 100 à la charge de l'employeur et 2,80 p. 100 à la charge du salarié.

Cet accord, après étude auprès des services du groupe Mornay et suivant les règlements Arrco, devait permettre de faire bénéficier à la fois les actifs et les retraités des revalorisations successives sur un taux à 100 p. 100, en tenant compte des services passés dans la profession.

Or, la C.G.I.S. considère aujourd'hui que les relèvements de taux ainsi décidés (passage de 5 à 7 p. 100 en 3 étapes) ne s'appliquent pas aux "entreprises disparues".

Entrent notamment dans cette notion d'entreprises disparues les officines ayant fait l'objet d'une cession. Ainsi, un salarié pourrait avoir une partie de sa carrière effectuée dans une entreprise disparue alors qu'il a toujours travaillé dans la même officine.

AVIS

Considérant que l'accord du 16 décembre 1991 relatif à la retraite complémentaire vient se substituer à l'article 25 de la convention collective nationale et à l'annexe III concernant le régime de retraite complémentaire ;

Considérant toutefois que cet accord s'inscrit dans le cadre des mêmes dispositions que l'accord signé le 29 octobre 1956 repris à l'annexe III de la convention collective nationale du 1^{er} avril 1964 et qui stipule dans son article 3 que la formule adoptée pour la constitution d'une retraite complémentaire est bien basée sur le système de la répartition avec prise en charge des services passés dans les entreprises visées par la convention collective nationale du 1^{er} avril 1964 par reconstitution de carrière ;

Considérant enfin, qu'il est totalement abusif d'alléguer que les relèvements de taux ne s'appliqueraient pas aux

entreprises disparues, pour la simple raison qu'étant donné la règle de répartition des officines de pharmacie fixée par la législation en vigueur il y a pratiquement toujours une suite économique,

la commission d'interprétation saisie dans le cadre de l'article 31 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 1^{er} avril 1964, mise à jour du 13 avril 1992, émet l'avis suivant, à savoir :

— que l'accord collectif concernant la retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine du 16 décembre 1991 s'inscrit dans le cadre des dispositions antérieures de l'annexe III ;

— que cet accord concerne les actifs et les retraités mais aussi les radiés avec validation des services passés, y compris pour les périodes d'activités effectuées dans une ou plusieurs entreprises ayant fait l'objet d'une cession sans que le lien économique soit rompu.

Cet avis a été adopté à l'unanimité des membres présents, l'ensemble des organisations syndicales d'employeurs et de salariés signataires de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ou ayant participé à la négociation étant représentées.

Annexe IV - Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité et Régime Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine

(Avenant 5 déc. 2012, étendu)

Mod. par Avenant 5 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janv. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

PHARMACIE FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

Annexe IV-1 - Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité et Régime Frais de soins de santé du personnel non cadres de la Pharmacie d'officine

(Avenant 5 déc. 2012, étendu)

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Mod. par Avenant 18 nov. 2024, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2025, à l'exception du I et du II/1 de l'art. 1^{er} et du I de l'art. 2, qui entreront en vigueur le 1^{er} jour du trimestre suivant la date de publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

Accord du 18 décembre 2000

[Étendu par arr. 8 août 2002, JO 22 août]

Mod. par Avenant 29 avr. 2002, étendu par arr. 8 août 2002, JO 22 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2001

Avenant 15 déc. 2003, étendu par arr. 19 oct. 2004, JO 29 oct., applicable à compter du 1^{er} janv. 2004

Avenant 12 déc. 2005, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct., applicable à compter du 1^{er} janv. 2005

Mod. par Avenant, 9 oct. 2006, étendu par arr. 22 juin 2007, JO 5 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2007

Mod. par Avenant 10 déc. 2008, étendu par arr. 10 juill. 2009, JO 18 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2009

Mod. par Accord 2 juill. 2009, étendu par arr. 17 mai 2010, JO 26 mai, applicable à compter de sa signature

Mod. par Accord 1^{er} déc. 2010, étendu par arr. 13 juill. 2011, JO 22 juill., entre en vigueur le 1^{er} janv. 2011

Mod. par Avenant 5 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janv. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

PHARMACIE FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable dès sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 10 mai, applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

PHARMACIE LABM FO.

Mod. par Avenant 17 déc. 2015, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2016⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

PAHARMACIE LABM FO.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 6 févr. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019,

à l'exception du I, II, III, IV et XVII de l'art. 1^{er} ; du II, XI, XII et XV de l'art. 2 et l'art. 3 qui entreront en vigueur à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022, à l'exception de l'art. 4, qui prend effet à compter du 5 avr. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Mod. par Avenant 18 nov. 2024, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2025, à l'exception du I et du II/1 de l'art. 1^{er} et du I de l'art. 2, qui entreront en vigueur le 1^{er} jour du trimestre suivant la date de publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;
CFE-CGC ;
CGT ;
CGT-FO ;
UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;
UNSA ;
FO ;
CFE-CGC.

1. 1 - Régime de prévoyance

(Avenant 5 déc. 2012, étendu)

(Avenant 7 juin 2022, étendu)

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 23 sept. 2022, JO 11 oct., applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;
Pharmacie LABM FO.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;
UNSA ;
FO ;
CFE-CGC.

Article 1er

Assurés du Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité

(Avenant 7 juin 2022, non étendu : nouvel intitulé «Assurés du régime de Prévoyance»)

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC Santé Sociaux ;
FNSCIC CFE CGC ;
Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 23 sept. 2022, JO 11 oct., applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;
FSS CFDT ;

(Avenant 7 juin 2022, non étendu) Les assurés garantis au titre du présent régime de Prévoyance sont les salariés non cadres et non assimilés cadres des pharmacies d'officine assujettis au régime général de la sécurité sociale française et ne relevant pas du champ d'application de l'article 1^{er} - Bénéficiaires - des dispositions particulières applicables aux cadres de la présente convention collective.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Sous réserve des dispositions du 5 - Maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur - et du 6 - Maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé en cas de congé sans solde d'une durée d'au plus 30 jours ouvrables - les salariés non cadres et non assimilés cadres sont garantis tant qu'ils font partie du personnel d'une entreprise adhérente et que leur contrat de travail n'est pas suspendu.

Article 2

Définition du traitement de base servant à la détermination des prestations

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

1

Traitement de base servant à la détermination des prestations décès

Le traitement de base servant à la détermination des prestations assurées en cas de décès est égal à la rémunération brute perçue par l'assuré au cours des 12 derniers mois civils précédant le décès, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...), reconstitué le cas échéant si le salaire a été réduit ou supprimé pendant la période de référence.

Lorsqu'un assuré a moins de 12 mois de présence dans une officine, le traitement de base est reconstitué sur une base annuelle à partir des salaires ayant donné effectivement lieu à cotisations.

2

Traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'arrêt de travail

Le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'arrêt de travail (incapacité totale temporaire de travail, invalidité, congé de maternité, de paternité, d'adoption ou de deuil d'un enfant) est égal à la rémunération brute perçue au cours des 12 derniers mois civils précédant le 1^{er} jour d'arrêt de travail, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...), reconstitué le cas échéant si le salaire a été réduit ou supprimé pendant la période de référence.

Lorsqu'un assuré a moins de 12 mois de présence dans une officine, le traitement de base est reconstitué sur une base annuelle à partir des salaires ayant donné effectivement lieu à cotisations.

Article 3

Décès de l'assuré

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 10 mai, applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

PHARMACIE LABM FO.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

A

Définition

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) En cas de décès de l'assuré, il est prévu le versement :

— d'un capital ;

— d'une allocation frais d'obsèques ;

— (Avenant 20 mai 2019, étendu) d'une rente aux enfants qui sont à sa charge lors de son décès.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) En cas de décès de l'assuré et, simultanément ou postérieurement, de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, il est également prévu le versement d'un capital supplémentaire dans les conditions prévues à l'article 3.3.

B

(Avenant 20 mai 2019, étendu) - Montant du capital

Le capital et les majorations sont calculés en pourcentage du traitement annuel de base :

— célibataire, veuf ou divorcé sans enfant à charge : 200 % ;

— célibataire, veuf ou divorcé avec enfant à charge : 250 % ;

— marié ou lié par un Pacs avec ou sans enfant à charge : 250 %.

En cas de décès par accident un capital complémentaire est versé. Ce capital complémentaire est calculé en pourcentage du traitement annuel de base limité au plafond annuel de la sécurité sociale :

— célibataire, veuf ou divorcé sans enfant à charge : 100 % ;

— célibataire, veuf ou divorcé avec enfant à charge : 150 % ;

marié ou lié par un Pacs avec ou sans enfant à charge : 150 %.

C

Conséquences sur les autres garanties

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait «l'assuré».

Article 3.1

Frais d'obsèques

Mod. par Avenant 5 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janv. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

Pharmacie FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Le décès de l'assuré, de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge, ouvre droit au versement d'une allocation dont le montant est plafonné à 750 €.

Cette allocation est versée dans tous les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives des frais exposés.

Article 3.2 **Rente éducation**

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente temporaire à chacun des enfants qui étaient à la charge de l'assuré, au sens des dispositions de l'article 3.4, lors de son décès.

A **Montant de la rente**

Le montant annuel de la rente est fixé à 5 % du traitement annuel de base avec un minimum de 3 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

Le montant de la rente est doublé si l'enfant est orphelin de père et de mère ou si l'enfant est handicapé au sens des dispositions du d) de l'article 3.4.

B **Modalités de versement**

La rente est versée au bénéficiaire ou à son représentant légal.

Cette rente est payable par annuité au cours du 1^{er} trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1^{er} octobre de l'année précédente au 30 septembre de l'année considérée).

Le montant des rentes d'éducation est susceptible d'être revalorisé dans les conditions déterminées à l'article 7.

C **Durée de versement**

La rente est versée tant que l'enfant remplit les conditions pour être enfant à charge au sens des dispositions de l'article 3.4.

La rente est viagère lorsque l'enfant est handicapé au sens des dispositions du d) de l'article 3.4.

Article 3.3 **Double effet**

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 10 mai, applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mars 2017, étendu par arr. 25 mai 2018, JO 1^{er} juin, applicable à compter du 1^{er} avr. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Dans le cas où, simultanément ou postérieurement au décès de l'assuré, son conjoint ou son partenaire lié par un PACS vient à décéder avant la liquidation de ses droits à retraite, il est versé un capital aux enfants dudit assuré ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, encore à charge lors du décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS.

Le montant du capital est égal à 100 % du capital alloué en cas de décès.

Ce capital est versé, par parts égales, aux enfants ou à leur représentant légal.

Article 3.4

Enfants à charge

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Pour l'application des dispositions des articles 3 à 3.3, sont considérés comme enfants à charge, les enfants de l'assuré :

a) de moins de 18 ans à charge au sens de la sécurité sociale ;

b) de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou poursuivant leurs études dans l'Union européenne, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;

c) de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;

d) sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne.

Les enfants de l'assuré nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré sont considérés comme à charge au jour du décès.

Article 4

Perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré

Mod. par Avenant 10 déc. 2008, étendu par arr. 10 juill. 2009, JO 18 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2009

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

A

Définition

(Avenant 10 déc. 2008, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) La garantie a pour objet le paiement d'un capital à l'assuré en état de perte totale et irréversible d'autonomie.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) La perte totale et irréversible d'autonomie est celle qui met l'assuré définitivement dans l'incapacité totale fonctionnelle et professionnelle de se livrer à un travail rémunéré ou lui donnant gain ou profit, et dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

L'assuré qui justifie être classé dans la troisième catégorie des invalides, au sens de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale ou perçoit une rente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles au taux de 100 %, bénéficie de cette garantie.

B

Montant

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Le montant du capital versé de manière anticipée est identique à celui prévu en cas de décès tel que défini à l'article 3 - « Décès de l'assuré » ci-dessus.

C

Conséquences sur les autres garanties

Le paiement anticipé du capital décès entraîne la cessation immédiate de la garantie décès de l'assuré.

Article 5

Incapacité de travail

Mod. par Avenant 29 avr. 2002, étendu par arr. 8 août 2002, JO 22 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2001

Avenant 15 déc. 2003, étendu par arr. 19 oct. 2004, JO 29 oct.

Avenant 10 déc. 2008, étendu par arr. 10 juill. 2009, JO 18 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2009

Mod. par Avenant 5 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janv. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

Pharmacie FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable à compter du 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 10 mai, applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FSS CFTC ;
FNSCIC CFE CGC ;
Pharmacie LABM FO.*

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

A

(Avenant 24 sept. 2015, étendu) - Définition

Accident ou maladie non professionnelle

(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Lorsqu'un assuré, quelle que soit son ancienneté dans l'officine, est atteint d'incapacité temporaire de travail résultant d'un accident ou d'une maladie non professionnelle, il lui est alloué, à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail, une indemnité journalière. *«Il en va de même, conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une*

interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique (Phrase ajoutée par Avenant 16 oct. 2023, non étendu)».

Accident ou maladie professionnelle, accident de trajet

Si l'incapacité totale temporaire de travail résulte d'un accident ou d'une maladie professionnelle admis par la jurisprudence en matière d'accident du travail ou encore d'un accident de trajet, les prestations sont versées à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

En cas de modification des dispositions du régime général de la sécurité sociale, une révision des conditions de la garantie et du montant de la cotisation devrait être effectuée, et ce dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

B

(Avenant 20 mai 2019, étendu) - Montant

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail, le montant de l'indemnité journalière est égal à 82 % du traitement brut de base journalier, sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement de base annuel défini à l'article 2, paragraphe 2.

Cette indemnité ne peut se cumuler avec la rente d'invalidité prévue à l'article 6.

L'indemnité est versée par l'intermédiaire de l'employeur ou, en cas de rupture du contrat de travail, directement à l'assuré.

En aucun cas, le total des sommes perçues par l'assuré en incapacité du travail, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). Le salaire net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu, le cas échéant revalorisé conformément aux dispositions de l'article 7.2, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Quand l'arrêt de travail intervient pendant une période de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation par l'employeur, le total des sommes perçues par l'assuré ne peut excéder le montant net du revenu de remplacement versé au titre de la suspension du contrat de travail. Si l'arrêt de travail se poursuit au-delà de la période de suspension du contrat de travail, la limitation s'effectue, au terme de ladite suspension, selon les règles fixées à l'alinéa précédent.

C

Durée de paiement

L'indemnité journalière est servie tant que l'assuré bénéficie de prestations «espèces» au titre «Maladie»

(Avenant 2 oct. 2017, étendu) L'indemnité journalière est servie tant que l'assuré bénéficie de prestations en espèces servies par la sécurité sociale et cesse au plus tard, soit :

- en cas de reprise total de l'activité professionnelle ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale,
- (Avenant 5 nov. 2018, étendu) à la date à laquelle l'assuré bénéficie d'une pension de retraite d'un régime de base,
- en cas de décès, au jour du décès.

D

Reprise d'activité à temps partiel

Si la Sécurité sociale accorde à l'intéressé l'autorisation d'une reprise partielle d'activité et maintient de ce fait une partie des indemnités journalières normales, les prestations sont réduites dans les mêmes proportions.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) La limitation prévue au B s'applique. Toutefois, 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.

Article 6 **Invalidité**

Mod. par Avenant 10 déc. 2008, étendu par arr. 10 juill. 2009, JO 18 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2009

Mod. par Avenant 5 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janv. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

Pharmacie FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable à compter du 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

A

Définition

(Avenant 10 déc. 2008, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu ; Avenant 3 juill. 2023, étendu) La garantie a pour objet le paiement d'une rente lorsque l'assuré ouvre droit, de la part de la sécurité sociale, à :

- soit une pension d'invalidité du 1^{er}, 2^e ou 3^e groupe,
- soit une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

B

Montant

1)

En cas d'invalidité

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Pour les assurés classés en 2^e et 3^e catégories d'invalides de la Sécurité sociale, le montant de la rente fixé en pourcentage du traitement de base annuel est égal à 90 % sous déduction de la prestation brute (hors majoration pour tierce personne) versée par la Sécurité sociale.

Le traitement de base annuel est obtenu en multipliant par 12 le traitement défini à l'article 2 paragraphe 2.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) Dans le cas où l'assuré est classé dans le 1^{er} groupe des invalides, la rente versée est celle qui est prévue pour les assurés en 2^e et 3^e catégorie. Cependant, son montant est réduit de 1/4.

2)

(Avenant 20 mai 2019, étendu) «En cas d'invalidité permanente» sont remplacés par les termes «En cas d'incapacité permanente» pour accident de travail ou maladie professionnelle

Les prestations sont versées à compter du premier jour d'arrêt de travail.

Avenant 20 mai 2019, étendu) «Si» le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale est :

- inférieur à 40 %, aucune rente n'est versée,
- égal ou supérieur à 40 % et inférieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides du 1^{er} groupe,
- égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides du 2^e ou 3^e groupe.

(Avenant 16 janv. 2014, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) En aucun cas, le montant des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, à l'assuré en invalidité, soit par l'adhérente ou par son intermédiaire après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des douze derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, «y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...)). L'excédent éventuel de la rente, constaté par l'adhérente, est reversé au régime.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) 3 (d'origine). Dans les cas visés aux paragraphes 1 et 2 ci-dessus :

— les prestations sont versées directement à l'assuré ;

— en aucun cas, le total des sommes versées à l'assuré en invalidité ou incapacité permanente, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). Le salaire net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu. Il est, le cas échéant, revalorisé conformément aux dispositions de l'article 7.2 du présent accord (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «conformément aux dispositions de l'article 7.2 du présent accord» sont remplacés par les termes «conformément aux dispositions de l'article 7.2 de la présente Annexe»), le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie.

3 (Avenant 16 oct. 2023, étendu) - Dans les cas visés aux paragraphes 1 et 2 ci-dessus :

— les prestations sont versées directement à l'assuré ;

— en aucun cas, le total des sommes versées à l'assuré en invalidité ou incapacité permanente, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). Le salaire net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu. Il est, le cas échéant, revalorisé conformément aux dispositions de l'article 7.2 du présent accord, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie ;

— lorsque l'assuré cumule une rente d'invalidité et un revenu d'activité, la limitation prévue au paragraphe ci-dessus s'applique. Toutefois, les augmentations de salaire éventuellement accordées dans le cadre de l'emploi occupé ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime.

C

Durée de paiement (Avenant 3 juill. 2023, étendu)

(Avenant 20 mai 2019, étendu) La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la sécurité sociale, à partir du 1^{er} jour qui suit la cessation du paiement de l'indemnité prévue à l'article 5 si l'invalidité fait suite à une incapacité de travail, et pendant toute la durée de l'invalidité de l'assuré.

Elle cesse au plus tard :

- en cas de transformation de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente d'accident du travail ou de maladie professionnelle en pension de vieillesse servie par la sécurité sociale ;
- (Avenant 10 déc. 2008, étendu ; Avenant 3 juill. 2023, étendu) lorsque le participant n'est plus reconnu invalide par la Sécurité sociale, ou n'ouvre plus droit, de la part de la sécurité sociale, à une rente d'accident du travail ;
- en cas de décès, au jour du décès.

(Avenant 5 déc. 2012, étendu) en cas de transformation de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente d'accident du travail ou de maladie professionnelle en pension de vieillesse servie par la sécurité sociale ;

Article 7

Dispositions communes aux garanties « Incapacité de travail » et « Invalidité »

Mod. par Avenant 15 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janvier 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

PHARMACIE FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable à compter du 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Reprise du travail

Le délai de franchise de trois jours est décompté lors de chaque arrêt de travail même si la reprise de travail entre deux arrêts est d'une durée inférieure à deux mois.

Article 7.1

Résiliation du contrat d'assurance relatif au régime : incidences sur les rentes en cours de service et sur le maintien de la garantie décès

(Avenant 2 oct. 2017, étendu ; Avenant 7 juin 2022, étendu) En cas de résiliation du contrat d'assurance, notamment à la suite du changement d'organisme assureur du régime de Prévoyance ou à la suite de la dénonciation de l'accord collectif de branche instituant ledit régime, l'organisme assureur est tenu d'assurer le service des rentes en cours au niveau qu'elles avaient atteint à la date de la résiliation du contrat. Les revalorisations futures des rentes en cours de service seront poursuivies, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale. Elles seront à la charge du nouvel assureur.

La garantie décès sera maintenue pour les bénéficiaires des rentes d'incapacité de travail et d'invalidité, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, à la charge de l'ancien assureur. Les revalorisations futures des bases de calcul du capital décès seront à la charge du nouvel assureur.

Article 7.2

Clause de revalorisation

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Chaque année, en fonction des résultats techniques et financiers du régime de Prévoyance, et du montant de la provision pour égalisation, de la réserve générale et de la réserve générale initiale, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine se prononce sur la revalorisation des prestations en cours de service et, s'agissant de la garantie décès, du traitement de base.

(Avenant 2 oct. 2017, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) Lorsqu'elle arrête le niveau de la revalorisation annuelle des rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service, la commission paritaire nationale prend en compte l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, du point conventionnel de salaire sur la base duquel sont calculés les salaires minima des salariés de la Pharmacie d'officine ainsi que l'évolution du taux de l'indice INSEE des prix à la consommation en France, hors tabac, selon les modalités prévues à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite de la somme du montant de la provision pour égalisation, de la réserve générale et de la réserve générale initiale arrêtées au 31 décembre de l'exercice précédent. Le traitement de base est revalorisé comme les rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la

sécurité sociale en cours de service.

(Avenant 2 oct. 2017, étendu ; Avenant 5 déc. 2022, étendu) Si la décision de revaloriser est prise, le montant d'origine des prestations en cours de service, indemnités journalières, pension et rente d'invalidité, ainsi que le traitement de base, sont revalorisés. (Avenant 16 janv. 2014, étendu) La première revalorisation s'applique, au plus tôt, six mois jour pour jour après l'arrêt de travail. Toutes les entreprises officinales de la branche professionnelle sont tenues de faire bénéficier leurs salariés et anciens salariés d'une revalorisation au moins égale à la revalorisation ainsi arrêtée.

Article 8

Garantie maternité/paternité/adoption/deuil d'un enfant

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

A

Définition

En cas de maternité ou de paternité d'un assuré, il lui est versé une indemnité pendant la période du congé légal de maternité ou de paternité.

Ces dispositions s'appliquent également au congé d'adoption, au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après la naissance dans une ou plusieurs unités de soins spécialisés ainsi qu'au congé attribué en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 25 ans ou d'une personne âgée de moins de 25 ans qui était à la charge effective et permanente du salarié, sous réserve que la sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des prestations correspondantes.

B

Montant

Le montant de l'indemnité est égal à 82 % du traitement brut de base journalier sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement de base annuel défini à l'article 2, paragraphe 2.

L'indemnité est versée par l'intermédiaire de l'employeur ou, en cas de rupture du contrat de travail, directement à l'assuré.

En aucun cas, le total des sommes versées à l'assuré, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). Le salaire net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu.

C

Durée de paiement (Avenant 3 juill. 2023, étendu)

L'indemnité est versée pendant la durée du congé légal considéré. En cas de congé de maternité, le paiement peut être prolongé de deux semaines en cas de troubles de la santé, sous réserve qu'elles donnent lieu à indemnisation

de la sécurité sociale.

Article 8 bis Garantie paternité

Mod. par Avenant 15 déc. 2003, étendu par arr. 19 oct. 2004, JO 29 oct.

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable à compter du 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT.

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

A

Définition

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) En cas de paternité d'un assuré survenant au moins 280 jours après son entrée dans le régime, il lui est versé une indemnité pendant la période du congé légal de paternité.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Il est précisé que pour les assurés qui sont licenciés ou qui démissionnent, la naissance ou l'adoption de l'enfant doit survenir au plus tard dans les 280 jours qui suivent la date de rupture du contrat de travail pour ouvrir droit au bénéfice de la garantie.

Ces dispositions s'appliquent également en cas d'adoption, dans la mesure où la sécurité sociale aura elle-même admis l'assuré au bénéfice des prestations correspondantes.

B

Montant

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Le montant de l'indemnité est égal à 82 % du traitement de base journalier de l'assuré sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale et pour toute la durée au cours de laquelle ces prestations seront servies à l'assuré.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par le nombre de jours calendaires, le traitement de base mensuel défini à l'article 2 paragraphe 2.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) L'indemnité est versée par l'intermédiaire de l'employeur ou, en cas de rupture du contrat de travail, directement à l'assuré.

En aucun cas, le montant des sommes versées à l'assuré en congé de paternité, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). Le salaire

net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu.

C

Durée du paiement

L'indemnité est versée pendant la durée du congé légal de paternité et pour toute la durée d'attribution des prestations par la sécurité sociale.

D

Maintien des garanties

L'assuré conserve le bénéfice du régime de prévoyance durant la prise du congé.

2 - Régime Frais de soins de santé

(Avenant 5 déc. 2012, étendu)

Article 9

Garantie Frais de soins de santé

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

A

Définition

La garantie a pour objet le versement de prestations pour les frais énumérés dans les nomenclatures de la sécurité sociale exposés en cas de maladie, maternité ou accident et remboursés par la sécurité sociale (assurance maladie ou maternité ou AT-MP). Les actes hors nomenclature dans le cadre de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), ou non remboursables dans le cadre de la CCAM (classification commune des actes médicaux) ne sont pas pris en charge, sauf exceptions prévues dans les tableaux figurant en Annexe IV-3.

La garantie peut également avoir pour objet le versement d'indemnités forfaitaires.

La garantie cesse lorsque l'assuré ne remplit plus les conditions pour être assuré au titre du présent régime, notamment lorsqu'il bénéficie d'une pension de retraite d'un régime de base.

B **Étendue de la garantie**

B1 **Généralités**

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc., ayant donné lieu à remboursement de la sécurité sociale entrent en considération pour la détermination des remboursements effectués au titre du présent régime.

Il est toutefois précisé qu'en aucun cas les prestations servies à un assuré pour lui-même ou sa famille, tant au titre du présent régime que par la sécurité sociale et par un ou plusieurs autres organismes de prévoyance, ne peuvent dépasser, pour chaque acte, les frais réels engagés.

B2 **Bénéficiaires**

Les assurés garantis au titre du présent régime Frais de soins de santé sont les salariés non cadres et non assimilés cadres des pharmacies d'officine assujettis à un régime obligatoire de sécurité sociale française et ne relevant pas du champ d'application de l'article 1^{er} - Bénéficiaires - des dispositions particulières applicables aux cadres de la présente convention collective.

Outre ceux de l'assuré, les frais de soins de santé engagés par ses ayants droit à charge sont garantis dans la limite des prestations définies à l'Annexe IV-3. Sont considérés comme ayants droit à charge au sens du présent régime Frais de soins de santé :

— le conjoint à charge : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et d'être en mesure de prouver l'absence de perception d'un revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition ;

— les enfants à charge :

— enfants de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité sociale de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin ainsi que les enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation de moins de 18 ans ;

— enfants de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin à charge :

— de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;

— de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;

— (Avenant 20 mai 2019, étendu) sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ;

— les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré, bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

B3 **Adhérents facultatifs**

Moyennant le paiement d'une cotisation, peuvent également bénéficier des couvertures Frais de soins de santé sous réserve d'en faire la demande, les ayants droit non à charge de l'assuré ainsi que les assurés dont le contrat de travail est suspendu, notamment, pour cause de congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé sans solde ou congé de formation et qui ne peuvent bénéficier du régime à un autre titre.

Sont considérés comme ayants droit non à charge au sens du présent régime Frais de soins de santé :

— conjoint non à charge : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré ne remplissant pas la définition du conjoint à charge fixée au B2, sous réserve de justifier de sa qualité d'assuré social ;

— enfants non à charge :

— les enfants du conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin non à charge :

— de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;

— de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;

— (Avenant 20 mai 2019, étendu) sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article

L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ;

— les enfants de l'assuré, de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin à charge ou non à charge, dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Leur adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois consécutifs ou non ;

— les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayant droit d'un assuré ou d'un adhérent facultatif.

B4

(Avenant 20 mai 2019, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - Niveau des garanties

Le régime Frais de soins de santé offre deux possibilités au choix de l'entreprise :

— régime de base obligatoire non cadre (*RPO*) (*Termes ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu*) : il s'agit du minimum conventionnel qui s'impose à l'entreprise pour le personnel non cadre. Il correspond, pour les garanties Frais de soins de santé, aux garanties du régime de base obligatoire des salariés cadres et assimilés (*RPO*) ainsi qu'au niveau 1 des tableaux présentés en Annexe IV.3 ;

— régime supplémentaire Frais de soins de santé non cadre (*RSF*) (*Termes ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu*) : il permet de porter, au choix de l'entreprise, les garanties Frais de soins de santé du personnel non cadre au niveau de celles du régime supplémentaire des salariés cadres et assimilés (*RSF*). Il correspond, pour les garanties Frais de soins de santé, au niveau 2 des tableaux présentés en Annexe IV.3.

Sous réserve du respect des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et des dispenses d'affiliations légales ou conventionnelles, le choix de l'entreprise entre ces différents niveaux de garanties s'applique obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires tels que définis au B2

Article 9-1

Maintien de la garantie frais de santé

Mod. par Avenant 5 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janv. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

Pharmacie FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾.

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

1

(Avenant 20 mai 2019, étendu) Peuvent obtenir le maintien de la garantie frais de soins de santé à titre gratuit :

1.1

Les anciens salariés ci-après dont la rupture du contrat de travail a pris effet avant le 1^{er} juillet 2019 :

a) les chômeurs licenciés pendant les 6 premiers mois d'indemnisation par Pôle Emploi (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «Pôle Emploi» sont remplacés par les mots «l'Assurance chômage») sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

b) les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité de travail ou d'invalidité sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail tant que leur sont versées par la sécurité sociale les prestations en espèces au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité et, au plus tard, jusqu'à la date de liquidation de la pension de vieillesse par la sécurité sociale, la reprise totale d'activité, ou le décès ;

c) (Avenant 3 juill. 2023, étendu) les anciens salariés bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle pendant les 6 premiers mois de versement par Pôle Emploi (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «Pôle Emploi» sont remplacés par les mots «l'Assurance chômage») de l'allocation de sécurisation professionnelle, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

d) (Avenant 3 juill. 2023, étendu) les bénéficiaires de la portabilité des garanties prévoyance et santé dans les conditions et pour la durée prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

1.2

Les anciens salariés ci-après dont la rupture du contrat de travail a pris effet à compter du 1^{er} juillet 2019 :

Les bénéficiaires de la portabilité des garanties prévoyance et santé dans les conditions et pour la durée prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

2

Peuvent obtenir le maintien de la garantie frais de santé moyennant le versement d'une cotisation définie à l'article 10C ;

a

(Accord 1^{er} déc. 2010, étendu ; Avenant 5 déc. 2012, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) les chômeurs de plus de 6 mois licenciés sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de

travail et de justifier d'une indemnisation par «Pôle Emploi (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «Pôle Emploi» sont remplacés par les mots «l'Assurance chômage»)»,

b

les bénéficiaires d'un contrat de solidarité,

c

(Accord 12 déc. 2005, étendu) Les retraités, préretraités FNE, bénéficiaires d'une convention de reclassement personnalisé ou d'un contrat ARPE et anciens déportés, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

d

les ayants droits de l'assuré décédé sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès,

e

(Avenant 5 déc. 2022, étendu) - les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation, d'un congé sabbatique ou de tout autre cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation de l'employeur (hors congé sans solde d'au plus 30 jours ouvrables), pendant la durée de l'absence, sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois qui suivent la date de début de l'absence ou de son renouvellement. Dans le cas où ils bénéficient de la garantie Frais de soins de santé, ils bénéficient également de la garantie décès ;

f

(Avenant 20 mai 2019, étendu) les bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité, versées par la sécurité sociale lors du licenciement et qui ne peuvent pas ou plus prétendre au maintien de la garantie à titre gratuit défini au b) du 1. du présent article, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le terme du délai fixé au b) du 1. du présent article (12 mois maximum à compter de la rupture du contrat de travail) ;

g

les anciens salariés à l'issue de la période de maintien de garantie en application «des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité)», sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la fin de cette période de maintien de garantie.

3

(Avenant 16 janv. 2014 étendu) Le maintien de la garantie prévoyance et frais de santé, en vertu «des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité)», s'effectue sans préjudice du maintien de la garantie frais de santé auquel les anciens salariés peuvent prétendre au titre du présent régime de prévoyance.

Les anciens salariés ne sauraient toutefois prétendre, pour une même demande de prise en charge, au doublement des prestations par l'effet d'une application cumulée de ces dispositifs de maintien des garanties.

4

(Avenant 5 déc. 2012, étendu ; Avenant 2 oct. 2017, étendu, Avenant 20 mai 2019, étendu) En cas de changement de l'organisme assureur désigné, l'organisme assureur nouvellement désigné propose à chacun des assurés» sont remplacés par les termes «En cas de changement d'organisme assureur des régimes institués par la présente convention collective, le nouvel assureur desdits régimes propose à chacun des assurés mentionnés aux 1. et 2. du présent article la poursuite de la garantie de frais de soins de santé aux conditions fixées par les contrats de l'ancien organisme assureur. Les assurés qui refusent cette proposition ne peuvent plus prétendre au bénéfice des dispositions du régime de frais de soins de santé, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques qui s'imposent à l'ancien assureur.

Les actifs représentatifs des provisions techniques et réserves constituées par l'ancien organisme assureur au titre des contrats des assurés qui ont souscrit les contrats proposés par le nouvel organisme assureur, sont transférées à celui-ci.

Article 9-2

Dispenses d'affiliation au Régime Frais de soins de santé

Mod. par Avenant 20 mars 2017, étendu par arr. 25 mai 2018, JO 1^{er} juin, applicable à compter du 1^{er} avr. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Sans préjudice des cas de dispense d'affiliation prévus aux articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale, les salariés employés à temps partiel dont l'affiliation au présent régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation «Frais de soins de santé» au moins égale à 10 % de leur rémunération brute peuvent bénéficier, sur demande, et quelle que soit la date de leur embauche, d'une dispense d'affiliation. Cette dispense est valable tant que les conditions prévues au présent alinéa sont remplies.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La dispense d'affiliation n'est pas irrévocable et n'empêche pas le salarié qui a souhaité en bénéficier de s'affilier par la suite au régime.

3. Prévention

Mod. par Avenant 6 févr. 2018, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
CFDT ;
UNSA ;
FO ;
CFE-CGC.

Article 10 **Cotisations**

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :
Organisation(s) patronale(s) :
FSPF.
Syndicat(s) de salariés :
FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC Santé sociaux ;
FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter du 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires
Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :
Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;
Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :
Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;
Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :
Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
CFDT ;
CFE-CGC ;
CGT ;
CGT-FO ;
UNSA.

Mod. par Avenant 18 nov. 2024, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2025, à l'exception du I et du II/1 de l'art. 1^{er} qui entreront en vigueur le 1^{er} jour du trimestre suivant la date de publi-

cation au Journal Officiel de son arrêté d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

A

Assiette des cotisations

(Avenant 18 nov. 2024, étendu) Les garanties sont assurées en contrepartie d'une part, d'une cotisation forfaitaire en euros indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale» sont supprimés*) et d'autre part, d'une cotisation assise sur la rémunération annuelle brute, y compris les éléments variables (gratifications, mois double...), de chaque assuré retenue comme assiette pour le calcul des cotisations de la sécurité sociale.

Pour les apprentis, le traitement de base est égal au salaire retenu par la sécurité sociale.

B

(Avenant 7 juin 2022, étendu) - Cas des salariés en arrêt de travail (incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité/adoption/deuil d'un enfant)

Les indemnités ou rentes versées par le régime en complément des indemnités journalières ou pensions d'invalidité servies par la sécurité sociale sont exclues de l'assiette des cotisations afférentes au présent régime pour la couverture du risque Prévoyance.

Toutefois, en cas d'arrêt de travail d'un assuré dont le contrat de travail n'est pas rompu donnant lieu au paiement de prestations en espèces de la sécurité sociale, les cotisations afférentes au risque Frais de soins de santé assises sur le traitement sont dues sur le salaire ou fraction de salaire versé à l'assuré, la cotisation assise sur le plafond de la sécurité sociale (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «la cotisation assise sur le plafond de la sécurité sociale» sont remplacés par les termes «la cotisation forfaitaire en euros»*) étant due en totalité tant qu'il existe une cotisation sur salaire ou tant que le salarié bénéficie de prestations du présent régime versées par l'intermédiaire de l'employeur comme indiqué au B des articles 5 et 8 ci-avant.

C

Taux de cotisations

C1

(Avenant 18 nov. 2024, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - Assurés en activité - régime de base obligatoire non cadre (RPO)

— Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

	Décès	Arrêt de travail	Frais de soins de santé		Total	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	0,24 %	1,22 %	0,48 %	20,36 €	1,94 %	20,36 €
Salarié	0,16 %	0,65 %	0,29 %	20,36 €	1,10 %	20,36 €

	Décès	Arrêt de travail	Frais de soins de santé		Total	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Total	0,40 %	1,87 %	0,77 %	40,72 €	3,04 %	40,72 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

— Pharmacies situées en Alsace-Moselle

	Décès	Arrêt de travail	Frais de soins de santé		Total	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	0,24 %	1,22 %	0,44 %	14,25 €	1,90 %	14,25 €
Salarié	0,16 %	0,65 %	0,30 %	14,25 €	1,11 %	14,25 €
Total	0,40 %	1,87 %	0,74 %	28,50 €	3,01 %	28,50 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

a) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

À compter du 1 ^{er} janvier 2026						
	Décès	Arrêt de travail	Frais de soins de santé		Total	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	0,24 %	1,22 %	0,48 %	23,36 €	1,94 %	23,36 €
Salarié	0,16 %	0,65 %	0,29 %	23,36 €	1,10 %	23,36 €
Total	0,40 %	1,87 %	0,77 %	46,72 €	3,04 %	46,72 €

* Au 1^{er} janvier 2027, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 52,72 €, dont 26,36 € pour le salarié et 26,36 € pour l'employeur ;
 Au 1^{er} janvier 2028, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 58,72 €, dont 29,36 € pour le salarié et 29,36 € pour l'employeur ;
 Au 1^{er} janvier 2029, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 64,72 €, dont 32,36 € pour le salarié et 32,36 € pour l'employeur.

b) Pharmacies situées en Alsace-Moselle

À compter du 1 ^{er} janvier 2026						
	Décès	Arrêt de travail	Frais de soins de santé		Total	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	0,24 %	1,22 %	0,44 %	17,25 €	1,90 %	17,25 €
Salarié	0,16 %	0,65 %	0,30 %	17,25 €	1,11 %	17,25 €
Total	0,40 %	1,87 %	0,74 %	34,50 €	3,01 %	34,50 €

* Au 1^{er} janvier 2027, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 40,50 €, dont 20,25 € pour le salarié et 20,25 € pour l'employeur ;
 Au 1^{er} janvier 2028, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 46,50 €, dont 23,25 € pour le salarié et 23,25 € pour l'employeur ;
 Au 1^{er} janvier 2029, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 52,50 €, dont 26,25 € pour le salarié et 26,25 € pour l'employeur.

Pour chaque salarié exerçant une activité à temps partiel :

- les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré ;
- la cotisation en euros afférente aux frais de soins de santé et indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «et indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale» sont supprimés*) est une somme forfaitaire. Elle est due dans son intégralité, sans proratisation en fonction de la durée de travail stipulée au contrat de travail.
- Salariés à employeurs multiples Pour les salariés à employeurs multiples :
- les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré chez chaque employeur ;
- la cotisation en euros afférente aux frais de soins de santé et indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «et indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale» sont supprimés*) est une somme forfaitaire. Elle est due en intégralité chez chaque employeur, sans proratisation en fonction de la durée du travail stipulée au contrat de travail. Les salariés à employeurs multiples peuvent solliciter, le cas échéant, une dispense d'adhésion au régime Frais de soins de santé en application des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale ou de l'article 9.2 de la présente Annexe.

C2

(Avenant 18 nov. 2024, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - Assurés en activité - régime supplémentaire Frais de soins de santé *non cadre* (RSF)

La cotisation du régime supplémentaire Frais de soins de santé *non cadre* (RSF) (*Termes ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu*) est une somme forfaitaire en euros indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale, qui s'ajoute à la cotisation du régime de base obligatoire *non cadre* (RPO) (*Termes ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu*) définie au C1. Elle est due en intégralité, sans proratisation en fonction de la durée du travail stipulée au contrat de travail et, le cas échéant, chez chaque employeur.

Elle est fixée comme suit :

	Régime supplémentaire Frais de santé
	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	11,60 €
Salarié	11,60 €
Total	23,20 €
* À compter du 1 ^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1 ^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.	

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

À compter du 1 ^{er} juillet 2025	
	Régime supplémentaire Frais de santé
	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	11,60 €
Salarié	11,60 €
Total	23,20 €
* À compter du 1 ^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1 ^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.	

C3

(Avenant 18 nov. 2024, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - Adhérents facultatifs Frais de soins de santé (RPO et RSF)

La cotisation des adhérents facultatifs au régime Frais de soins de santé est une somme forfaitaire en euros indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale. Elle varie selon le niveau de couverture choisi et le régime d'appartenance.

a) Cotisations pour les garanties du régime de base obligatoire

Cotisation forfaitaire mensuelle*	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	77,39 €	54,17 €
Par adulte retraité	119,33 €	82,68 €
Par enfant non à charge	46,43 €	32,18 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

b) Cotisations pour les garanties du régime supplémentaire Frais de soins de santé (cotisations du régime de base obligatoire incluses)

Cotisation forfaitaire mensuelle*	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	101,82 €	78,61 €
Par adulte retraité	139,29 €	102,23 €
Par enfant non à charge	61,09 €	46,84 €

* A compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

a) Cotisations pour les garanties du régime de base obligatoire non-cadre (RPO)

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
Cotisation forfaitaire mensuelle*	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	77,39 €	54,17 €
Par adulte retraité	119,33 €	82,68 €
Par enfant non à charge	46,43 €	32,18 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

b) Cotisations pour les garanties du régime supplémentaire Frais de soins de santé non-cadre (RSF) (cotisations du régime de base obligatoire incluses)

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
Cotisation forfaitaire mensuelle*	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	101,82 €	78,61 €
Par adulte retraité	139,29 €	102,23 €
Par enfant non à charge	61,09 €	46,84 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

C4

(Avenant 5 déc. 2022, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) Anciens assurés, et salariés dont le contrat

de travail est suspendu, bénéficiaires d'un maintien de garanties (*RPO* et *RSF*)

a

Peuvent bénéficier, selon les modalités fixées au 2 de l'article 9-1, du maintien de la garantie Frais de soins de santé moyennant le versement d'une cotisation dont le montant est déterminé par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 modifié :

- les chômeurs licenciés depuis plus de 6 mois ;
- les bénéficiaires d'un contrat de solidarité ;
- les retraités, les préretraités FNE, les bénéficiaires d'un contrat ARPE, les anciens déportés ;
- les ayants droit de l'assuré décédé ;
- (Avenant 5 déc. 2022, étendu) les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation, d'un congé sabbatique ou de tout autre cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation de l'employeur (hors congé sans solde d'au plus 30 jours ouvrables) ;
- les bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle ;
- les bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité, versées par la sécurité sociale lors du licenciement et qui ne peuvent plus prétendre au maintien de la garantie à titre gratuit défini à l'article 9-1, 1, 1.1, b ;
- les anciens salariés à l'issue de la période de maintien de garantie en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité).

Les prestations sont identiques à celles du régime de base obligatoire non cadre (*RPO*) (*Termes ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu*) ou du régime supplémentaire Frais de soins de santé non cadre (*RSF*) (*Termes ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu*), en fonction de la garantie souscrite par l'officine dont relèvent les bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties.

Les tableaux des garanties sont présentés en Annexe IV-3.

(Avenant 16 oct. 2023, étendu) En fonction de l'antériorité de l'adhésion de l'ancien salarié au dispositif de maintien des garanties Frais de soins de santé, le montant de la cotisation annuelle est fixé comme suit :

b)

(Avenant 18 nov. 2024, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - Cotisation pour le régime de base obligatoire non cadre (*RPO*) - bénéficiaires hors Alsace-Moselle

	À compter du 1 ^{er} janvier 2025					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	627,60 €	781,20 €	940,80 €	1 114,80 €	1 294,80 €	502,80 €
Anciens assurés non retraités	627,60 €	721,20 €	835,20 €	961,20 €	1 095,60 €	502,80 €
À compter du 1 ^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1 ^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.						

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

	À compter du 1 ^{er} janvier 2026					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	699,60 €	853,20 €	1 012,80 €	1 186,80 €	1 366,80 €	574,80 €
Anciens assurés non retraités	699,60 €	793,20 €	907,20 €	1 033,20 €	1 167,60 €	574,80 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2027					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	771,60 €	925,20 €	1 084,80 €	1 258,80 €	1 438,80 €	646,80 €
Anciens assurés non retraités	771,60 €	865,20 €	979,20 €	1 105,20 €	1 239,60 €	646,80 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2028					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	843,60 €	997,20 €	1 156,80 €	1 330,80 €	1 510,80 €	718,80 €
Anciens assurés non retraités	843,60 €	937,20 €	1 051,20 €	1 177,20 €	1 311,60 €	718,80 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2029					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	915,60 €	1 069,20 €	1 228,80 €	1 402,80 €	1 582,80 €	790,80 €
Anciens assurés non retraités	915,60 €	1 009,20 €	1 123,20 €	1 249,20 €	1 383,60 €	790,80 €

c)
(Avenant 18 nov. 2024, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - Cotisation pour le régime de base obligatoire non cadre (RPO) - bénéficiaires Alsace-Moselle

	À compter du 1 ^{er} janvier 2025					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	481,20 €	574,80 €	680,40 €	788,40 €	897,60 €	349,20 €
Anciens assurés non retraités	481,20 €	554,40 €	627,60 €	694,80 €	762 €	349,20 €
À compter du 1 ^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1 ^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.						

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

	À compter du 1 ^{er} janvier 2026					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	553,20 €	646,80 €	752,40 €	860,40 €	969,60 €	421,20 €
Anciens assurés non retraités	553,20 €	626,40 €	699,60 €	766,80 €	834 €	421,20 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2027					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	625,20 €	718,80 €	824,40 €	932,40 €	1 041,60 €	493,20 €
Anciens assurés non retraités	625,20 €	698,40 €	771,60 €	838,80 €	906 €	493,20 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2028					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	697,20 €	790,80 €	896,40 €	1 004,40 €	1 113,60 €	565,20 €
Anciens assurés non retraités	697,20 €	770,40 €	843,60 €	910,80 €	978 €	565,20 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2029					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	769,20 €	862,80 €	968,40 €	1 076,40 €	1 185,60 €	637,20 €
Anciens assurés non retraités	769,20 €	842,40 €	915,60 €	982,80 €	1 050 €	637,20 €

d)

(Avenant 18 nov. 2024, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - Cotisation pour le régime supplémentaire Frais de soins de santé non cadre (RSF) incluant la cotisation du régime de base (RPO) - bénéficiaires hors

Alsace-Moselle

	À compter du 1 ^{er} janvier 2025					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	882 €	1 014 €	1 148,40 €	1 329,60 €	1 508,40 €	662,40 €
Anciens assurés non retraités	882 €	955,20 €	1 041,60 €	1 148,40 €	1 281,60 €	662,40 €

À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

	À compter du 1 ^{er} janvier 2026					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	954 €	1 086 €	1 220,40 €	1 401,60 €	1 580,40 €	734,40 €
Anciens assurés non retraités	954 €	1 027,20 €	1 113,60 €	1 220,40 €	1 353,60 €	734,40 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2027					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	1 026 €	1 158 €	1 292,40 €	1 473,60 €	1 652,40 €	806,40 €
Anciens assurés non retraités	1 026 €	1 099,20 €	1 185,60 €	1 292,40 €	1 425,60 €	806,40 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2028					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	1 098 €	1 230 €	1 364,40 €	1 545,60 €	1 724,40 €	878,40 €
Anciens assurés non retraités	1 098 €	1 171,20 €	1 257,60 €	1 364,40 €	1 497,60 €	878,40 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2029					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	1 170 €	1 302 €	1 436,40 €	1 617,60 €	1 796,40 €	950,40 €
Anciens assurés non retraités	1 170 €	1 243,20 €	1 329,60 €	1 436,40 €	1 569,60 €	950,40 €

e)

(Avenant 18 nov. 2024, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - cotisation pour le régime supplémentaire Frais de soins de santé non cadre (RSF) incluant la cotisation du régime de base (RPO) - bénéficiaires Alsace-Moselle

	À compter du 1 ^{er} janvier 2025					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	733,20 €	808,80 €	888 €	1 002 €	1 111,20 €	508,80 €
Anciens assurés non retraités	733,20 €	788,40 €	835,20 €	882 €	949,20 €	508,80 €

À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

	À compter du 1 ^{er} janvier 2026					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	805,20 €	880,80 €	960 €	1 074 €	1 183,20 €	580,80 €
Anciens assurés non retraités	805,20 €	860,40 €	907,20 €	954 €	1 021,20 €	580,80 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2027					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	877,20 €	952,80 €	1 032 €	1 146 €	1 255,20 €	652,80 €
Anciens assurés non retraités	877,20 €	932,40 €	979,20 €	1 026 €	1 093,20 €	652,80 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2028					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	949,20 €	1 024,80 €	1 104 €	1 218 €	1 327,20 €	724,80 €
Anciens assurés non retraités	949,20 €	1 004,40 €	1 051,20 €	1 098 €	1 165,20 €	724,80 €

	À compter du 1 ^{er} janvier 2029					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	1 021,20 €	1 096,80 €	1 176 €	1 290 €	1 399,20 €	796,80 €
Anciens assurés non retraités	1 021,20 €	1 076,40 €	1 123,20 €	1 170 €	1 237,20 €	796,80 €

f Cas particuliers

f1) Les bénéficiaires d'un contrat de solidarité, les retraités ayant 10 ans d'activité salariée en Pharmacie d'officine validés par la caisse de retraite ARRCO-AGIRC dont ils relèvent, dont les revenus sont inférieurs à :

- 19 € par jour et par personne (pour un couple) ;
- 22 € par jour pour un célibataire, veuf ou divorcé ;

sont exonérés de la cotisation.

f2) (Avenant 5 déc. 2022, étendu) Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation, d'un congé sabbatique ou de tout autre cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation de l'employeur (hors congé sans solde d'au plus 30 jours ouvrables) peuvent bénéficier du maintien des garanties « Frais de soins de santé » et « décès » du régime de base obligatoire moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite dans les 3 mois qui suivent la suspension du contrat de travail.

(Avenant 3 juill. 2023, étendu) Le montant de la cotisation annuelle est fixé, pour l'assuré et ses ayants droit à charge, à 800 € pour le régime de base obligatoire et à 900 € pour le régime supplémentaire Frais de soins de santé.

g

Le montant des différentes cotisations visées au présent C4, est révisable en fonction des résultats techniques du régime par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine.

3 [bis]. Cotisations

(Avenant 5 déc. 2012, étendu)

Article 10 [bis] Cotisations

Mod. par — Avenant, 29 avril 2002, étendu par arr. 8 août 2002, JO 22 août applicable à compter du 1^{er} janvier 2001.

— Avenant, 15 décembre 2003, étendu par arr. 19 octobre 2004, JO 29 octobre

— Avenant, 14 février 2005, étendu par arr. 5 août 2005, JO 19 août, applicable à compter du 1^{er} janvier 2005

— Accord 12 déc. 2005, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct., applicable à compter du 1^{er} janv. 2006

Mod. par — Avenant, 9 oct. 2006, étendu par arr. 22 juin 2007, JO 5 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2007

Mod. par — Avenant 10 déc. 2008, étendu par arr. 10 juill. 2009, JO 18 juill. étendu, applicable à compter du 1^{er}

janv. 2009

Mod. par Accord 1^{er} déc. 2010, étendu par arr. 13 juill. 2011, JO 22 juill., entre en vigueur le 1^{er} janv. 2011

Mod. par Avenant 5 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janv. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

PHARMACIE FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable à compter du 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 10 mai, applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mars 2017, étendu par arr. 25 mai 2018, JO 1^{er} juin, applicable à compter du 1^{er} avr. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC Santé sociaux ;
FNSCIC CFE CGC ;
Pharmacie LABM FO.

A

Assiette des cotisations

(Avenant 16 janv. 2014, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) Les garanties sont assurées en contrepartie d'une cotisation assise sur la rémunération annuelle brute, «y compris les éléments variables (gratifications, mois double...),» de chaque assuré retenue comme assiette pour le calcul des cotisations de la sécurité sociale.

Pour les apprentis, le traitement de base est égal au salaire retenu par la Sécurité sociale.

B

(Avenant 24 sept. 2015, étendu) Exonération des cotisations

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) En cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité/paternité d'un participant assuré donnant lieu au paiement de prestations en espèces de la sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement de la totalité des cotisations afférentes à ces garanties ainsi qu'à la garantie Frais de soins de santé tant que lesdites prestations sont versées par la sécurité sociale et, au plus tard, jusqu'à la reprise totale d'activité, la date de liquidation de la pension de vieillesse par la sécurité sociale, la rupture du contrat de travail ou le décès.

C

Taux de cotisations

Mod. par Avenant 5 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janv. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

Pharmacie FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

1o

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Assurés en activité - régime de base obligatoire

a) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle :

Les taux de cotisations représentent 3,24 % du traitement de base (dont 2,04 % à la charge de l'employeur et 1,20 % à la charge du salarié) et 0,82 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (dont 0,41 % à la charge de l'employeur et 0,41 % à la charge du salarié), répartis comme suit :

	Décès	Incapacité-invalidité maternité-paternité	Frais de soins de santé	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,24 %	1,22 %	0,58 %	0,41 %
Salarié	0,16 %	0,65 %	0,39 %	0,41 %*
Total	0,40 %	1,87 %	0,97 %	0,82 %*
* Sous réserve des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples figurant au d)				

b) Pharmacies situées en Alsace-Moselle :

Les taux de cotisations représentent 3,01 % du traitement de base (dont 1,90 % à la charge de l'employeur et 1,11 % à la charge du salarié) et 0,64 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (dont 0,32 % à la charge de l'employeur et 0,32 % à la charge du salarié), répartis comme suit :

	Décès	Incapacité-invalidité maternité-paternité	Frais de soins de santé	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,24 %	1,22 %	0,44 %	0,32 %
Salarié	0,16 %	0,65 %	0,30 %	0,32 %*
Total	0,40 %	1,87 %	0,74 %	0,64 % *

* Sous réserve des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples figurant au d)

c) Salariés à temps partiel :

Pour chaque salarié exerçant une activité à temps partiel :

— (Avenant 5 nov. 2018, étendu) les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré ;

— la cotisation afférente aux frais de soins de santé exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est une somme forfaitaire. Elle est due dans son intégralité, quelle que soit la durée de travail stipulée au contrat de travail.

d) Salariés à employeurs multiples :

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré.

La quote-part patronale de la cotisation forfaitaire afférente aux frais de soins de santé exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est due dans son intégralité par chaque employeur. En revanche, la quote-part salarié de cette cotisation varie en fonction du nombre d'employeurs. Elle est fixée comme suit :

Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et plus
0,21 %	0,14 %	0,10 %

Pharmacies situées en Alsace-Moselle

2 employeurs	3 employeurs et plus
0,16 %	0,11 %

C2**(Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Assurés en activité - régime supplémentaire Frais de soins de santé**

La cotisation du régime supplémentaire Frais de soins de santé, exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, s'ajoute à la cotisation du régime de base obligatoire définie au C1.

Elle est fixée comme suit :

	Salariés mono-employeur
Employeur	0,125 %
Salarié	0,125 %

	Salariés mono-employeur
Total	0,250 %
	Salariés multi-employeurs (quote-part salariée uniquement)
2 employeurs	0,063 %
3 employeurs et plus	0,042 %

Pour les salariés à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité, quelle que soit la durée du travail stipulée au contrat de travail.

Pour l'application des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation.

C3

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Adhérents facultatifs Frais de soins de santé

La cotisation des adhérents facultatifs au régime Frais de soins de santé est fixée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Elle varie selon le niveau de couverture choisi et le régime d'appartenance.

a

Cotisations pour les garanties du régime de base obligatoire :

	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	1,75 %	1,18 %
Par adulte retraité	2,69 %	1,81 %
Par enfant non à charge	1,05 %	0,70 %

b

Cotisations pour les garanties du régime supplémentaire Frais de soins de santé (cotisations du régime de base obligatoire incluses) :

	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	1,90 %	1,33 %
Par adulte retraité	2,93 %	2,03 %
Par enfant non à charge	1,14 %	0,79 %

C4

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Anciens assurés bénéficiaires d'un maintien de garanties

a

Peuvent bénéficier, selon les modalités fixées au 2 de l'article 9-1, du maintien de la garantie Frais de soins de santé moyennant le versement d'une cotisation dont le montant est déterminé par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 modifié :

- les chômeurs licenciés depuis plus de 6 mois ;
- les bénéficiaires d'un contrat de solidarité ;
- les retraités, les préretraités FNE, les bénéficiaires d'un contrat ARPE, les anciens déportés ;
- les ayants droit de l'assuré décédé ;
- les bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle ;
- les bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité, versées par la sécurité sociale lors du licenciement et qui ne peuvent plus prétendre au maintien de la garantie à titre gratuit défini à l'article 9-1-1 b) ;

— les anciens salariés à l'issue de la période de maintien de garantie en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité).

En fonction de la date d'adhésion de l'ancien salarié au dispositif de maintien des garanties Frais de soins de santé, le montant de la cotisation annuelle est fixé comme suit :

b

Cotisation pour les garanties du régime de base obligatoire - bénéficiaires hors Alsace-Moselle

	Cotisation Adulte						Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
	Adhésion antérieure au 1 ^{er} juillet 2017	Adhésion à compter du 1 ^{er} juillet 2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens salariés retraités	1 068 €	504 €	612 €	744 €	900 €	1 068 €	417 €
Anciens salariés non retraités	912 €	504 €	588 €	696 €	804 €	912 €	417 €

c

Cotisation pour les garanties du régime de base obligatoire - bénéficiaires Alsace-Moselle

	Cotisation annuelle Adulte						Cotisation annuelle par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
	Adhésion antérieure au 1 ^{er} juillet 2017	Adhésion à compter du 1 ^{er} juillet 2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens salariés retraités	720 €	340 €	413 €	502 €	607 €	720 €	278 €
Anciens salariés non retraités	615 €	340 €	413 €	502 €	607 €	615 €	278 €

d

Cotisation pour le régime supplémentaire Frais de soins de santé (incluant la cotisation au régime de base obligatoire) - bénéficiaires hors Alsace-Moselle

	Cotisation annuelle adulte						Cotisation annuelle par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
	Adhésion antérieure au 1 ^{er} juillet 2017	Adhésion à compter du 1 ^{er} juillet 2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens salariés retraités	1 164 €	672 €	768 €	876 €	1 008 €	1 164 €	453 €
Anciens salariés non retraités	984 €	672 €	744 €	816 €	900 €	984 €	453 €

e

Cotisation pour le régime supplémentaire Frais de soins de santé (incluant la cotisation au régime de base obligatoire) - bénéficiaires Alsace-Moselle

	Cotisation annuelle adulte						Cotisation annuelle par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
	Adhésion antérieure au 1 ^{er} juillet 2017	Adhésion à compter du 1 ^{er} juillet 2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens salariés retraités	807 €	466 €	532 €	607 €	699 €	807 €	314 €
Anciens salariés non retraités	682 €	466 €	516 €	566 €	624 €	682 €	314 €

f

cas particuliers :

f1

Les bénéficiaires d'un contrat de solidarité et les retraités ayant 10 ans d'activité salariée en Pharmacie d'officine, validés par KLESIA Retraite, dont les revenus sont inférieurs à :

- 19 € par jour et par personne (pour un couple) ;
- 22 € par jour pour un célibataire, veuf ou divorcé ;

sont exonérés de la cotisation.

f2

Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique peuvent bénéficier du maintien des garanties «Frais de soins de santé» et «décès» du régime de base obligatoire moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite dans les 3 mois qui suivent la suspension du contrat de travail.

Le montant de la cotisation annuelle est fixé à 800 € pour le régime de base obligatoire et à 1 000 € pour le régime supplémentaire Frais de soins de santé.

g

Le montant des différentes cotisations visées au présent C4, est révisable en fonction des résultats techniques du régime par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine.

4. Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties des régimes de Prévoyance et Frais de soins de santé

(Avenant 7 juin 2022, étendu)

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable dès sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, des garanties prévoyance et frais de soins de santé, est

mis en œuvre, sans supplément de cotisation, par des régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé du personnel non cadre de la Pharmacie d'officine, y compris en cas d'acceptation, par le bénéficiaire des prestations, d'un contrat de sécurisation professionnelle.

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

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

5. Maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur (notamment congés payés, arrêts de travail pour maladie ou accident, arrêts de travail pour maternité, paternité ou adoption, activité partielle...), les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit à charge au sens du présent régime, bénéficient du maintien de l'ensemble des garanties des régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé prévues par la présente Annexe IV-1.

Par indemnisation de l'employeur, il convient d'entendre les situations dans lesquelles le salarié bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire par son employeur ou bien de tout revenu de remplacement (indemnité d'activité partielle, indemnités journalières complémentaires, rente d'invalidité...) financé au moins pour partie par l'employeur ou versé directement par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

Sans préjudice de dispositions plus favorables de la présente Annexe IV-1 prévoyant un maintien gratuit des garanties, ce maintien donne lieu au paiement, par les employeurs comme par les salariés, des cotisations afférentes aux régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé calculées conformément aux taux fixés par l'article 10 - Cotisations - du 3 - Cotisations - de la présente Annexe IV-1.

Sans préjudice des cotisations forfaitaires, dont le montant demeure inchangé durant la période de maintien, l'assiette à retenir pour le calcul des cotisations est constituée de l'indemnisation dont bénéficie le salarié dans le cadre de la suspension du contrat de travail (maintien total ou partiel du salaire par l'employeur, indemnisation légale ou conventionnelle complétée, le cas échéant, d'une indemnisation complémentaire versée par l'employeur).

Le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas de décès ou d'arrêt de travail intervenu pendant la période de suspension du contrat de travail non rémunérée est calculé conformément aux règles fixées par la présente Annexe IV-1.

6. Maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé en cas de congé sans solde d'une durée d'au plus 30 jours ouvrables

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;
CFE-CGC.

En cas de congé sans solde, pris en une ou plusieurs fois, d'une durée d'au plus 30 jours ouvrables par année civile, le salarié et, le cas échéant, ses ayants droit à charge au sens du présent régime, bénéficient du maintien de l'ensemble des garanties des régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé prévues par la présente Annexe IV-1.

Ce maintien donne lieu au paiement, par les employeurs comme par les salariés, de la seule cotisation forfaitaire «Frais de soins de santé» assise sur le plafond mensuel de la sécurité sociale (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «de la seule cotisation forfaitaire «Frais de soins de santé» assise sur le plafond mensuel de la sécurité sociale» sont remplacés par les termes «de la seule quote-part forfaitaire de cotisation «Frais de soins de santé» exprimée en euros»*), calculée conformément aux taux et selon la clé de répartition fixés par la présente Annexe IV-1.

Le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas de décès ou d'arrêt de travail intervenu pendant la période de suspension du contrat de travail non rémunérée est calculé conformément aux règles fixées par la présente Annexe IV-1.

Règlement intérieur du comité de gestion

Accord du 9 mars 2011

[Non étendu]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FNP FO ;

FSS CFTC ;

CFE-CGC ;

FSS.

Article 1er

Objet

Le présent règlement intérieur fixe les missions, la composition et les règles de fonctionnement du Comité de gestion prévu par l'article 23 des dispositions générales de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, étendue par arrêté ministériel du 13 août 1998.

Il se substitue en son entier au précédent règlement intérieur qu'il remplace en toutes ses dispositions.

Article 2

Rôle du comité

Le Comité de gestion constitue l'organe paritaire de surveillance et de contrôle des opérations de l'organisme d'assurance désigné pour mettre en œuvre le régime de prévoyance complémentaire déterminé par la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

Il exerce en toute indépendance ses attributions, telles que définies à l'article 3, dans l'intérêt des pharmacies d'officine, de leurs salariés non cadres et des bénéficiaires de prestations.

Il rend compte, chaque année et aussi souvent que nécessaire, de ses travaux à la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine qui a, seule, compétence pour apporter au régime de prévoyance de la branche les modifications nécessaires par la voie d'avenants à la convention collective.

Article 3

Attributions du comité

Le Comité de gestion exerce notamment les attributions suivantes :

Il s'assure en permanence de la stricte conformité de la ou des conventions d'assurance souscrites par les pharmacies d'officine au profit de leurs salariés non cadres avec la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine ainsi qu'avec les textes légaux et réglementaires et les accords collectifs nationaux interprofessionnels relatifs aux régimes de protection sociale complémentaire ;

2° il demande à l'organisme d'assurance désigné de lui présenter, chaque année, une note d'analyse exposant les modifications apportées au cours de l'année aux textes légaux et réglementaires ainsi qu'aux accords collectifs nationaux interprofessionnels applicables ou susceptibles de s'appliquer au régime de prévoyance de la branche et aux opérations d'assurance (garantie des risques et gestion administrative) nécessaires à sa mise en œuvre.

Lorsque les modifications sont d'application immédiate ou d'application rapprochée, il veille à ce que l'organisme assureur, dans le cadre de son obligation de conseil et d'information, en informe et en saisisse sans délai le Comité de gestion ;

3° au plus tard dans le mois qui suit la réception des documents mentionnés à l'article 4, le Comité de gestion se réunit pour procéder à leur examen. L'organisme assureur est alors convoqué afin de présenter les résultats de l'exercice passé et les documents transmis et répondre aux questions posées par les membres du Comité de gestion.

Le Comité de gestion peut se faire assister d'un ou plusieurs experts. Il peut également demander à ces experts une note d'analyse des documents transmis par l'organisme assureur. Cette note est alors remise à chacun des membres du Comité de gestion 7 jours au plus tard avant la tenue de la réunion relative à l'examen des comptes et du rapport sur les comptes. Elle est communiquée, sur décision du Comité de gestion, à l'organisme assureur.

Le Comité de gestion se prononce sur les comptes, au plus tard avant le 30 juin de chaque année, hors de la présence de l'organisme assureur. Il peut soit approuver les comptes, soit exprimer une ou plusieurs réserves sur ceux-ci.

Après approbation des comptes, le Comité de gestion se prononce sur les propositions d'affectation, après dotation des réserves légales et prévues contractuellement, des résultats de l'exercice écoulé. Il peut à cette occasion élaborer toute proposition de modification du régime. Ces décisions et propositions du Comité de gestion sont communiquées à l'organisme assureur et transmises à la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine qui se prononce sur les propositions du Comité de gestion lors de sa plus prochaine réunion ;

4° le Comité de gestion peut décider de confier à un ou plusieurs experts une mission d'audit auprès de l'assureur du régime.

Cette mission ne peut concerner que les opérations d'assurance et de gestion administrative relatives au régime de prévoyance complémentaire de la branche. Elle peut notamment porter sur l'état des adhésions des pharmacies d'officine aux contrats de l'organisme assureur, l'encaissement des cotisations, la liquidation et le service des prestations, les systèmes informatiques, l'information délivrée aux pharmacies d'officine et aux salariés et bénéficiaires de prestations, la garantie, par des provisions suffisantes, des engagements, la gestion financière des actifs, la conformité de la restitution des excédents aux dispositions contractuelles, la réassurance et l'action sociale.

Lorsque le Comité de gestion décide de faire effectuer un audit par un ou des experts de son choix, il en informe l'organisme assureur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception avant le début de la mission d'audit afin que soient tenus à la disposition des experts missionnés les documents nécessaires à l'exercice de leur mission.

Au terme de la mission d'audit, le ou les experts établissent un rapport qui est remis et présenté au Comité de gestion. Celui-ci en adresse une copie à l'organisme assureur.

L'organisme assureur peut présenter des observations écrites à la suite du rapport d'audit.

S'il demande à être entendu par le Comité de gestion, en présence ou hors de la présence du ou des experts ayant réalisé la mission d'audit, le Comité de gestion est tenu de satisfaire à sa demande dans un délai de quinze jours à compter de celle-ci ;

5° le Comité de gestion propose pour l'exercice à venir le montant des cotisations afférentes au maintien des garanties à titre individuel des anciens salariés non cadres d'entreprises adhérentes. Le Président du Comité de gestion soumet ces propositions à la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine ;

6° le Comité de gestion examine les demandes d'adhésion d'entreprises ou de personnes morales qui, sans relever de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine, ont un lien direct avec la branche et décide, après examen, de leur admission ou du rejet de leur demande ;

7° Le Comité de gestion procède aux études en vue de la négociation par les partenaires sociaux des modifications à apporter au régime de prévoyance en tenant compte, notamment, des évolutions législatives et réglementaires en matière de protection sociale ainsi que des résultats du régime. Il adresse à la Commission paritaire toute proposition qui lui paraît utile ;

8° le Comité de gestion assure la gestion du Fonds de Solidarité du Régime.

Le Fonds de Solidarité est financé par un prélèvement sur le solde créditeur général du compte de résultats de l'exercice considéré dont le Comité de gestion détermine le montant après approbation des comptes.

Ce Fonds de Solidarité est destiné à permettre l'attribution, à l'appréciation et sur décision du Comité de gestion, d'allocations exceptionnelles en complément des remboursements déjà effectués par la Sécurité Sociale et le régime complémentaire de frais de soins de santé, à des salariés qui ont dû faire face à des dépenses de santé particu-

lièrement importantes eu égard à leurs ressources familiales.

9° Le Comité de gestion détermine les modalités relatives à l'indemnisation de ses membres pour les réunions auxquelles ils participent. À ce titre, les membres du Comité de gestion ont droit au remboursement des frais de déplacement ou de séjour ainsi que des pertes de salaires et de ressources subies à l'occasion de leur participation à ces réunions.

10° Lorsqu'il constate des manquements graves à la mise en œuvre du régime ou aux obligations d'information et d'analyse figurant au présent règlement, le Comité de gestion peut proposer à la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine de procéder au réexamen du choix de l'organisme assureur. Dans ce cas, il établit un rapport motivé qu'il transmet à la Commission paritaire nationale qui est tenue d'inscrire ce point à l'ordre du jour de sa plus prochaine réunion.

Article 4

Comptes annuels et rapport sur les comptes des conventions d'assurance

Le Comité de gestion s'assure que l'organisme assureur établisse chaque année des comptes séparés d'une part, pour chaque convention d'assurance et d'autre part, au sein de chaque convention, en distinguant entre le régime obligatoire pour l'ensemble des entreprises de la branche et toute autre garantie d'assurance proposée, à titre individuel et de manière facultative, aux pharmacies d'officine adhérentes et à leurs salariés.

Il veille également à ce que l'organisme assureur lui adresse, chaque année, conformément aux dispositions de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et de l'article 3 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les comptes du régime de prévoyance de la branche ainsi qu'un rapport sur celui-ci.

Le rapport annuel sur les comptes de chaque convention d'assurance comprend notamment :

- une note technique détaillée présentant et justifiant les conditions et modalités selon lesquelles les engagements sont déterminés et garantis par des provisions suffisantes ainsi que leur évolution au cours des cinq derniers exercices,
- une note détaillant les différents postes relatifs aux charges de gestion administrative du régime et, plus particulièrement, les charges communes de gestion imputées au régime,
- une note analysant les résultats de la politique de gestion financière de l'organisme assureur au cours des cinq derniers exercices,
- une note présentant la politique de réassurance du régime et ses résultats au cours des cinq derniers exercices,
- des éléments statistiques relatifs notamment au nombre de pharmacies d'officine et de salariés couverts, aux bénéficiaires de prestations et aux évolutions de la sinistralité pour chacun des risques couverts,
- les résultats par convention d'assurance et par régime et leur affectation conformément aux dispositions contractuelles,
- un état de l'action sociale du régime,
- une note présentant la situation de l'organisme assureur en ce qui concerne d'une part sa solvabilité au titre de l'exercice passé et des trois prochains exercices et d'autre part la situation et les évolutions du groupe auquel il appartient. Cette note est accompagnée des états C5, C6 et de l'état récapitulatif des placements.

Le Comité de gestion veille à ce que ces documents lui soient adressés, au plus tard, le 31 mai de chaque exercice.

Article 5

Relations avec l'organisme assureur

Le Comité de gestion fait toute diligence pour que l'assureur :

- a) applique strictement les dispositions de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine et s'abstienne de toute initiative qui pourrait mettre en cause sa force obligatoire, telle qu'elle résulte de la négociation collective entre organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés et des arrêtés ministériels pris pour son extension,
- b) fournisse au Comité de gestion l'ensemble des éléments d'information et d'analyse prévus par le présent Règlement,
- c) ne fasse pas obstacle aux demandes et aux contrôles du Comité de gestion,
- d) respecte l'indépendance des membres du Comité de gestion et de la Commission paritaire nationale.

Article 6

Obligation de discrétion

Pour l'exercice des attributions mentionnées au 8° de l'article 3, les membres du Comité de gestion ainsi que toute personne appelée à participer aux réunions du Comité, sont tenus à la discrétion à l'égard des informations pré-

sentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président du Comité.

Article 7

Composition du comité de gestion

Le Comité de gestion est composé, à parité, de représentants des organisations syndicales signataires de la convention collective ci-dessus, ou y ayant adhéré.

Il comprend :

- Un collège des salariés composé de trois membres pour chacune des organisations syndicales C.G.T., C.G.T.-F.O., C.F.T.C., C.F.E.-C.G.C., C.F.D.T.,

- Un collège des employeurs composé à part égale de représentants de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (F.S.P.F.), de l'Union Nationale des Pharmacies de France (U.N.P.F), de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (U.S.P.O.), dont le nombre ne peut être supérieur ensemble au nombre total des membres représentant l'ensemble des organisations syndicales de salariés.

Avant la première réunion de chaque exercice, chaque organisation communique à l'organisme assureur la liste et les coordonnées des personnes devant siéger au sein du Comité de gestion.

Les représentants de l'organisme assureur du régime de prévoyance assistent aux réunions du Comité de gestion en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour, ainsi que l'aide matérielle nécessaire à son fonctionnement.

Peuvent également assister aux réunions du Comité de gestion des experts missionnés conjointement par les organisations syndicales signataires de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine ou y ayant adhéré.

Article 8

Représentation des membres du comité de gestion

Tout membre du Comité de gestion empêché de participer à une réunion du comité peut se faire représenter par un membre appartenant au même collège auquel il aura donné pouvoir à cet effet.

Article 9

Bureau

1o

Composition du Bureau

Chaque année, lors de sa première réunion, le Comité de gestion élit parmi ses membres un Bureau comprenant :

- Un Président,*
- Un Vice-président,*
- Un Secrétaire,*
- Un Secrétaire adjoint.*

Le Président doit appartenir alternativement au collège des salariés ou au collège des employeurs, sauf désistement exprès du collège auquel devrait revenir la présidence.

Le Vice-président doit appartenir au collège des employeurs lorsque le Président appartient au collège des salariés et au collège des salariés lorsque le Président appartient au collège des employeurs.

Le Secrétaire doit appartenir au même collège que le Président.

Le Secrétaire adjoint doit appartenir au même collège que le Vice-président.

Dans le cas où un membre du Bureau cesserait ses fonctions de membre du Bureau pour quelque cause que ce soit, il sera procédé à une élection en vue de son remplacement par un membre appartenant au même collège ; le mandat du remplaçant expirera à la fin de l'exercice en cours.

2o

Élection du Bureau

Le Président et le Vice-président sont élus à l'unanimité des deux collèges, la position de chaque collège étant au préalable déterminée au moyen d'un vote exprimé dans les conditions prévues à l'article 11 ci-dessous. Si l'unanimité ne se réalise pas au cours du premier tour de scrutin, il est organisé autant de tours qu'il est nécessaire.

Le collège auquel appartient le Président, votant séparément, conformément aux dispositions de l'article 11 ci-dessous, élit le Secrétaire. L'autre collège votant séparément, conformément aux dispositions de l'article 11 ci-dessous, élit le Secrétaire adjoint.

30
Rôle du Bureau

Le Bureau, pris en la personne du Président, peut, sur demande du Comité de gestion, assumer certaines démarches en son nom et suivre la bonne exécution de ses décisions. À moins d'une délégation de pouvoir expresse du Comité, limitée à certains sujets particuliers, le Président n'a de pouvoir de décision que pour statuer sur les demandes urgentes d'aide exceptionnelle présentées au titre du Fonds de solidarité du régime.

Article 10
Fonctionnement du comité

Dans le cadre de l'exécution de ses attributions telles que définies à l'article 3 ci-dessus, le Comité de gestion se réunit, sur convocation de son Président, aussi souvent que l'intérêt du régime l'exige et au moins une fois par an. Lors de la dernière réunion d'un exercice, le Comité de gestion détermine la périodicité et le calendrier des réunions de l'exercice suivant. En dehors des dates ainsi fixées, le Comité se réunit éventuellement, en cas de nécessité, après accord entre le Président et le Vice-président, sur convocation écrite mentionnant l'ordre du jour et sous préavis de 15 jours au moins.

Le Secrétaire procède à la relecture du procès-verbal de chaque réunion rédigé par l'assureur du régime. Le Président doit faire approuver ce procès-verbal à la réunion suivante du Comité de gestion.

Dans le cas où il est empêché d'assumer ses fonctions, le Président doit avertir au préalable le Vice-président, afin qu'il puisse assurer son remplacement.

Dans le cas où le Président et le Vice-président sont empêchés, il appartient au Comité de gestion de désigner parmi les membres présents un Président de séance dans les formes prévues à l'article 11 ci-dessous.

Dans le cas où la Présidence est assurée par le Vice-président, ou à défaut par un autre membre du Comité, le secrétariat revient à un membre du même collège.

Article 11
Votes

Les décisions du Comité de gestion sont prises par accord constaté entre les deux collèges, chaque collège disposant à cet effet d'une voix.

Préalablement au vote prévu à l'alinéa précédent, chaque collège détermine séparément sa position.

À cet effet, les membres présents ou représentés procèdent entre eux à un vote à la majorité des voix valablement exprimées sans qu'il soit tenu compte des abstentions. Le résultat de ce vote détermine la position du collège.

Au cas où une majorité ne se dégagerait pas au sein d'un collège, la décision sera reportée à la prochaine réunion du Comité de gestion. Si, à nouveau, aucune majorité ne peut se dégager au sein du collège concerné, celui-ci sera considéré comme s'abstenant et, en pareil cas, la décision du Comité de gestion sera régulièrement prise en fonction de la majorité dégagée au sein de l'autre collège.

Au cas où une majorité ne se dégagerait pas au sein du Comité de gestion, la décision sera reportée à la prochaine réunion du Comité de gestion. Si, à nouveau, aucune décision ne peut se dégager, la décision du Comité de gestion sera prise par vote individuel des membres du comité.

Article 12
Entrée en vigueur

Le présent règlement intérieur entrera en vigueur au jour de sa conclusion.

Annexe IV-2

«Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et régime Frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la Pharmacie d'officine»

Mod. par Avenant 30 janv. 2008, étendu par arr. 27 oct. 2008, JO 6 nov., applicable à compter du 1^{er} mars 2008

Mod. par Accord 2 juill. 2009, étendu par arr. 17 mai 2010, JO 26 mai, applicable à compter de sa signature

Mod. par Accord 2 déc. 2009, étendu par arr. 1^{er} déc. 2010, JO 8 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2010.

Mod. par Avenant 17 mars 2010, étendu par arr. 17 mai 2011, JO 24 mai, applicable à compter du 1^{er} avr. 2010

Mod. par Accord 1^{er} déc. 2010, étendu par arr. 13 juill. 2011, JO 22 juill.

Accord 8 déc. 2011, étendu par arr. 19 déc. 2012, JO 23 déc.⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FO ;

CFTC ;

CFE-CGC.

Mod. par Le CE a annulé l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012 portant extension de l'accord du 8 décembre 2011 désignant l'IPGM comme organisme assureur et gestionnaire du régime de prévoyance (CE, 7 déc. 2016, n° 366345⁽²⁾, voir la rubrique «Jurisprudence»). Cette annulation prend effet à compter du 1

(2)

Décision du Conseil d'État du 7 décembre 2016

N° 366345

Sect. du Contentieux, 1^e et 6^e ch. Réunies

Société Allianz IARD, Sociétés Allianz Vie

Vu la procédure suivante :

Par une décision du 20 mars 2015, le Conseil d'État, statuant au contentieux sur la requête de la société Allianz IARD et de la société Allianz Vie tendant à l'annulation pour excès de pouvoir de l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012, a sursis à statuer jusqu'à ce que la Cour de cassation se soit prononcée sur le pourvoi dirigé contre l'arrêt de la cour d'appel de Paris du 16 octobre 2014.

Par un arrêt n° 15-12276 et 15-12796 du 1^{er} juin 2016, la Cour de cassation a statué sur ce pourvoi.

Les parties ont été invitées à indiquer au Conseil d'État quelles seraient les conséquences d'une annulation rétroactive de l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012.

Vu les autres pièces du dossier, y compris celles visées par la décision du Conseil d'État du 20 mars 2015 ;

Vu :

- le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ;
- le code du travail ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code de justice administrative ;
- la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel ;
- l'arrêt C-25/14 et C-26/14 du 17 décembre 2015 de la Cour de justice de l'Union européenne ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M. Frédéric Puigserver, maître des requêtes,
- les conclusions de M. Rémi Decout-Paolini, rapporteur public.

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Gatineau, Fattacini, avocat de l'Institution de prévoyance du groupe Mornay - IPGM.

Vu la note en délibéré, enregistrée le 21 novembre 2016, présentée pour Klesia prévoyance ;

1. En vertu de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, les «garanties collectives dont bénéficient les salariés», qui ont notamment pour objet, aux termes de l'article L. 911-2 du même code, de prévoir «la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité» en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale, peuvent notamment être déterminées par voie de conventions ou d'accords collectifs. En vertu de l'article L. 911-3 du même code, ces accords peuvent être étendus dans les conditions prévues par le code du travail, sous réserve des dispositions spécifiques applicables lorsqu'ils ont pour objet exclusif la détermination de telles garanties collectives. En vertu de l'article L. 912-1 de ce code, dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, restée applicable au litige conformément à la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, ces accords peuvent prévoir une mutualisation des risques dont ils organisent la couverture auprès d'une entreprise régie par le code des assurances, d'une institution relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou d'une mutuelle relevant du code de la mutualité, à laquelle adhèrent alors obligatoirement les entreprises relevant du champ d'application de ces accords, sous réserve de comporter une clause fixant les conditions et la périodicité, ne pouvant excéder cinq ans, du réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques.

2. Par l'article 15 de l'arrêté attaqué du 19 décembre 2012, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social a étendu l'accord collectif national du 8 décembre 2011 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés, conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, qui a notamment pour objet de désigner l'Institution de prévoyance du groupe Mornay (IPGM) comme l'unique organisme gestionnaire de ce régime complémentaire de prévoyance, portant sur la couverture des risques décès, invalidité et incapacité de travail et le remboursements de frais de soins de santé.

Sur la légalité de l'arrêté attaqué :

3. Aux termes du premier alinéa de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne : «Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation».

4. Dans un arrêt C-25/14 et C-26/14 du 17 décembre 2015, la Cour de justice de l'Union européenne a rappelé, s'agissant des prestations de services qui impliquent une intervention des autorités nationales, que l'obligation de transparence découlait de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne s'applique non pas à toute opération, mais uniquement à celles qui présentent un intérêt transfrontalier certain, du fait qu'elles sont objectivement susceptibles d'intéresser des opérateurs économiques établis dans d'autres États membres. Elle a dit pour droit que cette obligation de transparence s'oppose à l'extension, par un État membre, à l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité, d'un accord collectif, conclu par les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs salariés pour une branche d'activité, qui confie à un unique opérateur économique, choisi par les partenaires sociaux, la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire obligatoire institué au profit des travailleurs salariés, sans que la réglementation nationale prévoie une publicité adéquate permettant à l'autorité publique compétente de tenir pleinement compte des informations soumises, relatives à l'existence d'une offre plus avantageuse.

5. En premier lieu, les prestations objet de l'avenant du 8 décembre 2011 peuvent être légalement proposées par des entreprises d'assurance établies dans d'autres États membres de l'Union européenne. L'extension de cet avenant donne vocation à l'organisme désigné à assurer durant cinq ans, pour l'ensemble des salariés cadres et assimilés des pharmacies d'officine, la couverture des risques décès, invalidité et incapacité de travail et le remboursement de frais de santé, en complément des prestations de la sécurité sociale. Il ressort de l'avis d'appel d'offres publié au Journal officiel de l'Union européenne le 28 avril 2011 que le montant estimé des cotisations s'élève à 43 266 000 euros hors taxes par an, calculé comme le montant des cotisations pour 2009 majoré de 5 %. Eu égard à l'importance des montants que représentent les cotisations des employeurs et des salariés à ce régime, à la taille nationale du marché considéré et à l'avantage que représente la désignation pour proposer d'autres services d'assurance, l'octroi du droit de gérer ce régime présente un intérêt transfrontalier certain. Par suite, l'obligation de transpa-

rence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne lui est applicable.

6. En second lieu, pour assurer le respect de l'obligation de transparence, l'autorité ministérielle, qui envisage d'étendre, en application de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, un accord collectif instituant un régime de prévoyance collective, conclu dans le cadre des articles L. 911-1 et L. 911-2 du même code, et désignant, conformément à l'article L. 912-1 du code, dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, un unique organisme gestionnaire de ce régime, doit s'assurer que sa décision a été précédée d'un degré de publicité adéquat permettant, d'une part, une ouverture à la concurrence et, d'autre part, le contrôle de l'impartialité de la procédure d'attribution. Si l'obligation de transparence n'impose pas nécessairement de procéder à un appel d'offres pour sélectionner l'organisme gestionnaire du régime, il exige en revanche, lorsqu'un tel appel d'offres a été organisé afin de mettre en concurrence les entreprises et que l'avis d'appel à candidatures rendu public comporte les critères de sélection des offres et, le cas échéant, leurs modalités de mise en œuvre, de respecter les règles ainsi posées au vu desquelles l'offre la plus avantageuse doit être sélectionnée.

7. D'une part, il ressort des pièces du dossier que, par un avis d'appel d'offres publié le 28 avril 2011 au Journal officiel de l'Union européenne, les «entreprises d'assurance relevant du code des assurances, institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité» ont été invitées à présenter une offre pour la gestion du régime de prévoyance en cause. Selon les termes de cet avis, la gestion du régime serait attribuée à l'entreprise ayant présenté l'«offre économiquement la plus avantageuse appréciée en fonction des critères énoncés dans le cahier des charges». Le cahier des charges imposait aux candidats d'apporter des réponses à des questions regroupées en quatre rubriques, relatives à l'activité et l'environnement du candidat, à sa solvabilité, à son expérience et au régime à assurer, les trois dernières faisant l'objet d'une notation assortie de pondérations figurant dans une «méthode de notation des candidats». Il résulte de ce qui a été dit au point 6 que le choix de l'offre la plus avantageuse devait s'exercer sur le fondement de ces critères et de la méthode de notation rendus publics, au vu desquels les entreprises étaient appelées à présenter leurs offres.

8. Cependant, le même avis mentionnait également que les modalités d'organisation du marché «sont précisées par le protocole d'accord joint au dossier de candidature» et la note de présentation de l'appel d'offres remise aux candidats rappelait que le protocole d'accord du 18 avril 2011 relatif à l'organisation d'un appel d'offres en vue de désigner une ou plusieurs entreprises d'assurance chargées d'assurer le régime de prévoyance considéré, de même que l'accord collectif national étendu du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, faisaient partie du dossier de candidature. Par son arrêt du 16 octobre 2014, confirmé sur ce point par l'arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 1^{er} juin 2016, la cour d'appel de Paris a interprété ces accords en ce sens que le choix final du ou des assureurs revenait aux seuls partenaires sociaux composant la commission paritaire nationale, qui n'étaient pas liés par la notation attribuée aux différentes offres. La cour d'appel a en conséquence estimé, eu égard au choix discrétionnaire que s'étaient réservés les partenaires sociaux, que ces derniers s'étaient conformés à leurs propres règles en choisissant l'offre de l'Institution de prévoyance du groupe Mornay, pourtant classée en troisième position à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

9. Ainsi, eu égard à la contradiction entre, d'une part, les critères clairement énoncés par l'avis d'appel d'offres lui-même, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre, qui devaient normalement conditionner le choix de l'offre la plus avantageuse et, d'autre part, le choix discrétionnaire que se réservaient les partenaires sociaux, par le renvoi de cet avis aux stipulations des accords du 2 décembre 2009 et du 18 avril 2011, la publicité assurée avant la conclusion de l'accord du 8 décembre 2011 n'a pas permis d'assurer le respect des exigences de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

10. D'autre part, l'article D. 2261-3 du code du travail prévoit que l'adoption d'un arrêté d'extension doit être précédée de la publication au Journal officiel de la République française d'un avis, qui indique le lieu où l'accord a été déposé et invite les organisations et personnes intéressées à faire connaître leurs observations dans un délai de quinze jours. Toutefois, en l'absence de disposition explicite ou de pratique en ce sens, les opérateurs ne pouvaient raisonnablement envisager que le ministre chargé du travail refuse l'extension sollicitée par les signataires de l'accord au motif qu'une offre plus avantageuse aurait été portée à sa connaissance. Dans ces conditions, ni la mise à disposition du public de l'avenant, ni la publication au Journal officiel de la République française le 9 février 2012 de l'avis prévu par l'article D. 2261-3 du code du travail, ne peuvent, même prises ensemble, être regardées comme une publicité adéquate permettant au ministre de tenir compte de l'existence d'une offre plus avantageuse. Dans ces conditions, la décision du ministre chargé du travail n'a pas été précédée d'une publicité de nature à assurer le respect des exigences découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

11. Par suite, les sociétés requérantes sont fondées à soutenir, par un moyen utilement soulevé, que le ministre chargé du travail ne pouvait, sans méconnaître l'obligation de transparence, procéder à l'extension de l'accord collectif en cause.

12. Il résulte de ce qui précède que la société Allianz IARD et la société Allianz Vie sont fondées à demander l'annulation de l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012.

Sur les conséquences de l'illégalité de l'arrêté attaqué :

13. Dans son arrêt du 17 décembre 2015, la Cour de justice de l'Union européenne a dit pour droit que les effets de cet arrêt ne concernent pas les accords collectifs portant désignation d'un organisme unique pour la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire ayant été rendus obligatoires par une autorité publique pour l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité avant la date de prononcé de cet arrêt, sans préjudice des recours juridictionnels introduits avant cette date. Elle a précisé au point 52 de son arrêt que le maintien des effets des décisions d'extension en cause au principal se justifiait, essentiellement, au regard de la situation des employeurs et des travailleurs salariés qui ont souscrit, sur le fondement des conventions collectives étendues en cause, un contrat de prévoyance complémentaire s'inscrivant dans un contexte social particulièrement sensible et qui ont ainsi conclu des engagements contractuels leur accordant des garanties de prévoyance complémentaire en se fondant sur une situation juridique que la Cour n'a précisée, en ce qui concerne la portée concrète de l'obligation de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, que dans cet arrêt. Dès lors, eu égard à ces motifs, il y a lieu de différer l'annulation de l'article 15 de l'arrêté attaqué au 1^{er} juillet 2017 et de prévoir que les effets des dispositions annulées doivent être regardés comme définitifs y compris pour la période restant à courir, sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement, engagées avant l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne, soit le 17 décembre 2015.

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

14. Il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de l'État le versement à la société Allianz IARD et à la société Allianz Vie d'une somme de 1 500 euros chacune. Les dispositions de cet article font obstacle à ce qu'une somme soit mise au même titre à la charge de la société Allianz IARD et de la société Allianz Vie, qui ne sont pas, dans la présente instance, les parties perdantes.

Décide :

Article 1^{er} : L'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012 est annulé. Cette annulation prendra effet le 1^{er} juillet 2017.

Article 2 : Les effets produits antérieurement au 1^{er} juillet 2017 par les dispositions de l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012 doivent être réputés définitifs, sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015.

Article 3 : L'État versera à la société Allianz IARD et à la société Allianz Vie une somme de 1 500 euros chacune au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : Les conclusions de Klesia prévoyance, de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, de la Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC), de la Fédération nationale de la pharmacie (Force ouvrière), de la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) et de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à la société Allianz IARD, à la société Allianz Vie et à la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Copie en sera adressée à Klesia prévoyance, à la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, à la Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC), à la Fédération nationale de la pharmacie (Force ouvrière), à la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) et à l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

^{er} juillet 2017. Les effets produits antérieurement au 1^{er} juillet 2017 par l'extension sont réputés définitifs (sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015).

Mod. par Avenant 5 déc. 2012, étendu par arr. 3 nov. 2014, JO 13 nov., applicable au 1^{er} janv. 2013⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

PHARMACIE FO ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable à compter du 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 30 avr., applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 6 févr. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter du 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill. 2023, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Mod. par Avenant 18 nov. 2024, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2025, à l'exception du I et du II/1 de l'art. 1^{er} et du I de l'art. 2, qui entreront en vigueur le 1^{er} jour du trimestre suivant la date de publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

(Nouveau régime institué par la CCN du 3/12/97 étendue, complété par accords du 2 déc. 2009)

Introduction

Mod. par Avenant 30 janv. 2008, étendu par arr. 27 oct. 2008, JO 6 nov., applicable à compter du 1^{er} mars 2008

Mod. par Accord 2 déc. 2009, étendu par arr. 1^{er} déc. 2010, JO 8 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2010.

Accord 8 déc. 2011, étendu par arr. 19 déc. 2012, JO 23 déc.⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FO ;

CFTC ;

CFE-CGC.

Mod. par Le CE a annulé l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012 portant extension de l'accord du 8 décembre 2011 désignant l'IPGM comme organisme assureur et gestionnaire du régime de prévoyance (CE, 7 déc. 2016, n° 366345⁽²⁾, voir la rubrique «Jurisprudence»). Cette annulation prend effet à compter du 1

(2)

Décision du Conseil d'État du 7 décembre 2016

N° 366345

Sect. du Contentieux, 1^e et 6^e ch. Réunies

Société Allianz IARD, Sociétés Allianz Vie

Vu la procédure suivante :

Par une décision du 20 mars 2015, le Conseil d'État, statuant au contentieux sur la requête de la société Allianz IARD et de la société Allianz Vie tendant à l'annulation pour excès de pouvoir de l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012, a sursis à statuer jusqu'à ce que la Cour de cassation se soit prononcée sur le pourvoi dirigé contre l'arrêt de la cour d'appel de Paris du 16 octobre 2014.

Par un arrêt n° 15-12276 et 15-12796 du 1^{er} juin 2016, la Cour de cassation a statué sur ce pourvoi.

Les parties ont été invitées à indiquer au Conseil d'État quelles seraient les conséquences d'une annulation rétroactive de l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012.

Vu les autres pièces du dossier, y compris celles visées par la décision du Conseil d'État du 20 mars 2015 ;

Vu :

— le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ;

— le code du travail ;

— le code de la sécurité sociale ;

— le code de justice administrative ;

— la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel ;

— l'arrêt C-25/14 et C-26/14 du 17 décembre 2015 de la Cour de justice de l'Union européenne ;

Après avoir entendu en séance publique :

— le rapport de M. Frédéric Puigserver, maître des requêtes,

— les conclusions de M. Rémi Decout-Paolini, rapporteur public.

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Gatineau, Fattaccini, avocat de l'Institution de prévoyance du groupe Mornay - IPGM.

Vu la note en délibéré, enregistrée le 21 novembre 2016, présentée pour Klesia prévoyance ;

1. En vertu de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, les «garanties collectives dont bénéficient les salariés», qui ont notamment pour objet, aux termes de l'article L. 911-2 du même code, de prévoir «la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité» en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale, peuvent notamment être déterminées par voie de conventions ou d'accords collectifs. En vertu de l'article L. 911-3 du même code, ces accords peuvent être étendus dans les conditions prévues par le code du travail, sous réserve des dispositions spécifiques applicables lorsqu'ils ont pour objet exclusif la détermination de telles garanties collectives. En vertu de l'article L. 912-1 de ce code, dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, restée applicable au litige conformément

à la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, ces accords peuvent prévoir une mutualisation des risques dont ils organisent la couverture auprès d'une entreprise régie par le code des assurances, d'une institution relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou d'une mutuelle relevant du code de la mutualité, à laquelle adhèrent alors obligatoirement les entreprises relevant du champ d'application de ces accords, sous réserve de comporter une clause fixant les conditions et la périodicité, ne pouvant excéder cinq ans, du réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques.

2. Par l'article 15 de l'arrêté attaqué du 19 décembre 2012, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social a étendu l'accord collectif national du 8 décembre 2011 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés, conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, qui a notamment pour objet de désigner l'Institution de prévoyance du groupe Mornay (IPGM) comme l'unique organisme gestionnaire de ce régime complémentaire de prévoyance, portant sur la couverture des risques décès, invalidité et incapacité de travail et les remboursements de frais de soins de santé.

Sur la légalité de l'arrêté attaqué :

3. Aux termes du premier alinéa de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne : « Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation ».

4. Dans un arrêt C-25/14 et C-26/14 du 17 décembre 2015, la Cour de justice de l'Union européenne a rappelé, s'agissant des prestations de services qui impliquent une intervention des autorités nationales, que l'obligation de transparence découlait de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne s'applique non pas à toute opération, mais uniquement à celles qui présentent un intérêt transfrontalier certain, du fait qu'elles sont objectivement susceptibles d'intéresser des opérateurs économiques établis dans d'autres États membres. Elle a dit pour droit que cette obligation de transparence s'oppose à l'extension, par un État membre, à l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité, d'un accord collectif, conclu par les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs salariés pour une branche d'activité, qui confie à un unique opérateur économique, choisi par les partenaires sociaux, la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire obligatoire institué au profit des travailleurs salariés, sans que la réglementation nationale prévoient une publicité adéquate permettant à l'autorité publique compétente de tenir pleinement compte des informations soumises, relatives à l'existence d'une offre plus avantageuse.

5. En premier lieu, les prestations objet de l'avenant du 8 décembre 2011 peuvent être légalement proposées par des entreprises d'assurance établies dans d'autres États membres de l'Union européenne. L'extension de cet avenant donne vocation à l'organisme désigné à assurer durant cinq ans, pour l'ensemble des salariés cadres et assimilés des pharmacies d'officine, la couverture des risques décès, invalidité et incapacité de travail et le remboursement de frais de santé, en complément des prestations de la sécurité sociale. Il ressort de l'avis d'appel d'offres publié au Journal officiel de l'Union européenne le 28 avril 2011 que le montant estimé des cotisations s'élève à 43 266 000 euros hors taxes par an, calculé comme le montant des cotisations pour 2009 majoré de 5 %. Eu égard à l'importance des montants que représentent les cotisations des employeurs et des salariés à ce régime, à la taille nationale du marché considéré et à l'avantage que représente la désignation pour proposer d'autres services d'assurance, l'octroi du droit de gérer ce régime présente un intérêt transfrontalier certain. Par suite, l'obligation de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne lui est applicable.

6. En second lieu, pour assurer le respect de l'obligation de transparence, l'autorité ministérielle, qui envisage d'étendre, en application de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, un accord collectif instituant un régime de prévoyance collective, conclu dans le cadre des articles L. 911-1 et L. 911-2 du même code, et désignant, conformément à l'article L. 912-1 du code, dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, un unique organisme gestionnaire de ce régime, doit s'assurer que sa décision a été précédée d'un degré de publicité adéquat permettant, d'une part, une ouverture à la concurrence et, d'autre part, le contrôle de l'impartialité de la procédure d'attribution. Si l'obligation de transparence n'impose pas nécessairement de procéder à un appel d'offres pour sélectionner l'organisme gestionnaire du régime, il exige en revanche, lorsqu'un tel appel d'offres a été organisé afin de mettre en concurrence les entreprises et que l'avis d'appel à candidatures rendu public comporte les critères de sélection des offres et, le cas échéant, leurs modalités de mise en œuvre, de respecter les règles ainsi posées au vu desquelles l'offre la plus avantageuse doit être sélectionnée.

7. D'une part, il ressort des pièces du dossier que, par un avis d'appel d'offres publié le 28 avril 2011 au Journal officiel de l'Union européenne, les « entreprises d'assurance relevant du code des assurances, institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité » ont été invitées à présenter une offre pour la gestion du régime de prévoyance en cause. Selon les termes de cet avis, la gestion du régime serait attribuée à l'entreprise ayant présenté l'« offre économiquement la plus avantageuse appréciée en fonction des critères énoncés dans le cahier des charges ». Le cahier des charges imposait aux candidats d'apporter des réponses à des questions regroupées en quatre rubriques, relatives à l'activité et l'environnement du candidat, à sa solvabilité, à son expérience et au régime à assurer, les trois dernières faisant l'objet d'une notation assortie de pondérations figurant dans une « méthode de notation des candidats ». Il résulte de ce qui a été dit au point 6 que le choix de l'offre la plus avantageuse devait s'exercer sur le fondement de ces critères et de la méthode de notation rendus publics, au vu desquels les entreprises étaient appelées à présenter leurs offres.

8. Cependant, le même avis mentionnait également que les modalités d'organisation du marché « sont précisées par le protocole d'accord joint au dossier de candidature » et la note de présentation de l'appel d'offres remise aux candidats rappelait que le protocole d'accord du 18 avril 2011 relatif à l'organisation d'un appel d'offres en vue de désigner une ou plusieurs entreprises d'assurance chargées d'assurer le régime de prévoyance considéré, de même que l'accord collectif national étendu du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, faisaient partie du dossier de candidature. Par son arrêt du 16 octobre 2014, confirmé sur ce point par l'arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 1^{er} juin 2016, la cour d'appel de Paris a interprété ces accords en ce sens que le choix final du ou des assureurs revenait aux seuls partenaires sociaux composant la commission paritaire nationale, qui n'étaient pas liés par la notation attribuée aux différentes offres. La cour d'appel a en conséquence estimé, eu égard au choix discrétionnaire que s'étaient réservés les partenaires sociaux, que ces derniers s'étaient conformés à leurs propres règles en choisissant l'offre de l'Institution de prévoyance du groupe Mornay, pourtant classée en troisième position à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

9. Ainsi, eu égard à la contradiction entre, d'une part, les critères clairement énoncés par l'avis d'appel d'offres lui-même, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre, qui devaient normalement conditionner le choix de l'offre la plus avantageuse et, d'autre part, le choix discrétionnaire que se réservaient les partenaires sociaux, par le renvoi de cet avis aux stipulations des accords du 2 décembre 2009 et du 18 avril 2011, la publicité assurée avant la conclusion de l'accord du 8 décembre 2011 n'a pas permis d'assurer le respect des exigences de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

10. D'autre part, l'article D. 2261-3 du code du travail prévoit que l'adoption d'un arrêté d'extension doit être précédée de la publication au Journal officiel de la République française d'un avis, qui indique le lieu où l'accord a été déposé et invite les organisations et personnes intéressées à faire connaître leurs observations dans un délai de quinze jours. Toutefois, en l'absence de disposition explicite ou de pratique en ce sens, les opérateurs ne pouvaient raisonnablement envisager que le ministre chargé du travail refuse l'extension sollicitée par les signataires de l'accord au motif qu'une offre plus avantageuse aurait été portée à sa connaissance. Dans ces conditions, ni la mise à disposition du public de l'avenant, ni publication au Journal officiel de la République française le 9 février 2012 de l'avis prévu par l'article D. 2261-3 du code du travail, ne peuvent, même prises ensemble, être regardées comme une publicité adéquate permettant au ministre de tenir compte de l'existence d'une offre plus avantageuse. Dans ces conditions, la décision du ministre chargé du travail n'a pas été précédée d'une publicité de nature à assurer le respect des exigences découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

11. Par suite, les sociétés requérantes sont fondées à soutenir, par un moyen utilement soulevé, que le ministre chargé du travail ne pouvait, sans méconnaître l'obligation de transparence, procéder à l'extension de l'accord collectif en cause.

12. Il résulte de ce qui précède que la société Allianz IARD et la société Allianz Vie sont fondées à demander l'annulation de l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012.

Sur les conséquences de l'illégalité de l'arrêté attaqué :

13. Dans son arrêt du 17 décembre 2015, la Cour de justice de l'Union européenne a dit pour droit que les effets de cet arrêt ne concernent pas les accords collectifs portant désignation d'un organisme unique pour la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire ayant été rendus obligatoires par une autorité publique pour l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité avant la date de prononcé de cet arrêt, sans préjudice des recours juridictionnels introduits avant cette date. Elle a précisé au point 52 de son arrêt que le maintien

des effets des décisions d'extension en cause au principal se justifiait, essentiellement, au regard de la situation des employeurs et des travailleurs salariés qui ont souscrit, sur le fondement des conventions collectives étendues en cause, un contrat de prévoyance complémentaire s'inscrivant dans un contexte social particulièrement sensible et qui ont ainsi conclu des engagements contractuels leur accordant des garanties de prévoyance complémentaire en se fondant sur une situation juridique que la Cour n'a précisée, en ce qui concerne la portée concrète de l'obligation de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, que dans cet arrêt. Dès lors, eu égard à ces motifs, il y a lieu de différer l'annulation de l'article 15 de l'arrêté attaqué au 1^{er} juillet 2017 et de prévoir que les effets des dispositions annulées doivent être regardés comme définitifs y compris pour la période restant à courir, sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement, engagées avant l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne, soit le 17 décembre 2015.

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

14. Il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de l'État le versement à la société Allianz IARD et à la société Allianz Vie d'une somme de 1 500 euros chacune. Les dispositions de cet article font obstacle à ce qu'une somme soit mise au même titre à la charge de la société Allianz IARD et de la société Allianz Vie, qui ne sont pas, dans la présente instance, les parties perdantes.

Décide :

Article 1^{er} : L'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012 est annulé. Cette annulation prendra effet le 1^{er} juillet 2017.

Article 2 : Les effets produits antérieurement au 1^{er} juillet 2017 par les dispositions de l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012 doivent être réputés définitifs, sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015.

Article 3 : L'État versera à la société Allianz IARD et à la société Allianz Vie une somme de 1 500 euros chacune au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : Les conclusions de Klesia prévoyance, de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, de la Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC), de la Fédération nationale de la pharmacie (Force ouvrière), de la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) et de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à la société Allianz IARD, à la société Allianz Vie et à la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Copie en sera adressée à Klesia prévoyance, à la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, à la Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC), à la Fédération nationale de la pharmacie (Force ouvrière), à la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) et à l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

1^{er} juillet 2017. Les effets produits antérieurement au 1^{er} juillet 2017 par l'extension sont réputés définitifs (sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015).

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

(Avenant 30 janv. 2008, étendu) Le régime de prévoyance des cadres et assimilés de la profession pharmaceutique (ci-après dénommé «régime») est un ensemble de garanties destinées aux cadres et assimilés des entreprises adhérentes et à leur famille, tels que définis à l'article premier des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

I. Assurés

Conditions générales d'ouverture et de cessation des droits

Mod. par Accord 2 juill. 2009, étendu par arr. 17 mai 2010, JO 26 mai, applicable à compter de sa signature

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable à compter du 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 30 avr., applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter du 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Le Cadre ou l'Assimilé Cadre sont garantis tant qu'ils font partie du personnel d'une entreprise adhérente et que leur contrat de travail n'est pas suspendu. En cas de suspension du contrat de travail pour un motif autre que les congés payés, les arrêts de travail pour maladie ou accident et les arrêts de travail pour maternité, les garanties du Régime peuvent également être suspendues.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Sous réserve des dispositions du IX - Maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur - et des dispositions du X - Maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé en cas de congé sans solde d'une durée d'au plus 30 jours ouvrables - le cadre ou l'assimilé cadre sont garantis tant qu'ils font partie du personnel d'une entreprise adhérente et que leur contrat de travail n'est pas suspendu.

Sous réserve du respect des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et des dispenses d'affiliation légales ou conventionnelles, le choix de l'entreprise s'applique obligatoirement à l'ensemble des salariés cadres et assimilés cadres et leurs ayants droit.

Les Garanties du Régime :

-(Avenant 24 sept. 2015, étendu ; Avenant 7 juin 2022, étendu) s'appliquent dès l'entrée dans l'entreprise, même pour le cadre ou l'assimilé cadre accomplissant un travail de courte durée ou un travail à temps partiel, sous réserve qu'il ait signé une déclaration individuelle d'affiliation dont il conserve un exemplaire ;

— (Avenant 16 janv. 2014, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) s'arrêtent le jour où le cadre ou l'assimilé cadre cesse de faire partie de l'entreprise sauf dans les cas particuliers de maintien des droits énoncés dans chacun des chapitres et sans préjudice, par ailleurs, «des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité).»

II. Cotisations

Mod. par Avenant 18 nov. 2024, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2025, à l'exception I de l'art. 2, qui entreront en vigueur le 1^{er} jour du trimestre suivant la date de publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

Les garanties sont assurées en contrepartie d'une part, d'une cotisation forfaitaire en euros indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale» sont supprimés*) et d'autre part, d'une cotisation assise sur la rémunération annuelle brute, y compris les éléments variables (gratifications, mois double...), de chaque assuré retenue comme assiette pour le calcul des cotisations de la sécurité sociale.

A) Taux de cotisation du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO)

1) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

Risque	Prévoyance	Frais de soins de santé		Total	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	1,41 %	0,48 %	20,36 €	1,89 %	20,36 €
Salarié	0 %	0,29 %	20,36 €	0,29 %	20,36 €
Total	1,41 %	0,77 %	40,72 €	2,18 %	40,72 €
* À compter du 1 ^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1 ^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.					

2) Pharmacies situées en Alsace-Moselle

Risque	Prévoyance	Frais de soins de santé		Total	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	1,41 %	0,37 %	14,25 €	1,78 %	14,25 €
Salarié	0 %	0,17 %	14,25 €	0,17 %	14,25 €
Total	1,41 %	0,54 %	28,50 €	1,95 %	28,50 €
* À compter du 1 ^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1 ^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.					

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

1) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

À compter du 1 ^{er} janvier 2026					
Risque	Prévoyance	Frais de soins de santé		Total	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	1,41 %	0,48 %	23,36 €	1,89 %	23,36 €
Salarié	0 %	0,29 %	23,36 €	0,29 %	23,36 €
Total	1,41 %	0,77 %	46,72 €	2,18 %	46,72 €
*Au 1 ^{er} janvier 2027, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 52,72 €, dont 26,36 € pour le salarié et 26,36 € pour l'employeur ; Au 1 ^{er} janvier 2028, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 58,72 €, dont 29,36 € pour le salarié et 29,36 € pour l'employeur ; Au 1 ^{er} janvier 2029, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 64,72 €, dont 32,36 € pour le salarié et 32,36 € pour l'employeur.					

2) Pharmacies situées en Alsace-Moselle

À compter du 1 ^{er} janvier 2026					
Risque	Prévoyance	Frais de soins de santé		Total	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	1,41 %	0,37 %	17,25 €	1,78 %	17,25 €
Salarié	0 %	0,17 %	17,25 €	0,17 %	17,25 €
Total	1,41 %	0,54 %	34,50 €	1,95 %	34,50 €
*Au 1 ^{er} janvier 2027, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 40,50 €, dont 20,25 € pour le salarié et 20,25 € pour l'employeur ; Au 1 ^{er} janvier 2028, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 46,50 €, dont 23,25 € pour le salarié et 23,25 € pour l'employeur ; Au 1 ^{er} janvier 2029, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 52,50 €, dont 26,25 € pour le salarié et 26,25 € pour l'employeur.					

Pour chaque salarié exerçant une activité à temps partiel :

- les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré ;
- la cotisation en euros afférente aux frais de soins de santé et indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale» sont supprimés) est une somme forfaitaire. Elle est due dans son intégralité, sans proratisation en fonction de la durée de travail stipulée au contrat de travail.

4) Salariés multi-employeurs

Pour les salariés à employeurs multiples :

- les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré chez chaque employeur ;
- la cotisation en euros afférente aux frais de soins de santé et indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale» sont supprimés) est une somme forfaitaire. Elle est due en intégralité chez chaque employeur, sans proratisation en fonction de la durée du travail stipulée au contrat de travail. Les salariés à employeurs multiples peuvent solliciter, le cas échéant, une dispense d'adhésion au régime Frais de soins de santé en application des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale ou du F du III de la présente Annexe.

B) Taux de cotisation additionnels du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) et du régime supplémentaire cadres et assimilés avec franchise réduite (RSF+)

B1- Régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF)

Les cotisations du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) s'ajoutent aux cotisations du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO). La quote-part de cotisation en euros indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale est une somme forfaitaire. Elle est due en intégralité, sans proratisation en fonction de la durée du travail stipulée au contrat de travail et, le cas échéant, chez chaque employeur.

Risque	Prévoyance	Frais de soins de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	0,09 %	11,60 €
Salarié	0,09 %	11,60 €
Total	0,18 %	23,20 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
Risque	Prévoyance	Frais de soins de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	0,09 %	11,60 €
Salarié	0,09 %	11,60 €
Total	0,18 %	23,20 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

B2- Régime supplémentaire cadres et assimilés avec franchise réduite (RSF+)

Les cotisations du régime supplémentaire cadres et assimilés avec franchise réduite (RSF+) s'ajoutent aux cotisations du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO). La quote-part de cotisation en euros indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale est une somme forfaitaire. Elle est due en intégralité, sans proratisation en fonction de la durée du travail stipulée au contrat de travail et, le cas échéant, chez chaque employeur.

Risque	Prévoyance	Frais de soins de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	0,81 %	11,60 €
Salarié	0,09 %	11,60 €
Total	0,90 %	23,20 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
Risque	Prévoyance	Frais de soins de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Cotisation forfaitaire mensuelle*
Employeur	0,81 %	11,60 €
Salarié	0,09 %	11,60 €
Total	0,90 %	23,20 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

C) Cas des salariés en arrêt de travail (incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité/adoption/deuil d'un enfant)

Les indemnités ou rentes versées par le régime en complément des indemnités journalières ou pensions d'invalidité servies par la sécurité sociale sont exclues de l'assiette des cotisations afférentes au présent régime pour la couverture du risque Prévoyance.

Toutefois, en cas d'arrêt de travail d'un assuré dont le contrat de travail n'est pas rompu donnant lieu au paiement de prestations en espèces de la sécurité sociale, les cotisations afférentes au risque Frais de soins de santé assises sur le traitement sont dues sur le salaire ou fraction de salaire versé à l'assuré, la cotisation assise sur le plafond de la sécurité sociale (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «la cotisation assise sur le plafond de la sécurité sociale» sont remplacés par les termes «la cotisation forfaitaire en euros»*) étant due en totalité tant qu'il existe une cotisation sur salaire ou tant que le salarié bénéficie de prestations du présent régime versées par l'intermédiaire de l'employeur comme indiqué au 3) du A du IV ci-après.

D) Adhérents facultatifs Frais de soins de santé

La cotisation des adhérents facultatifs est une somme forfaitaire en euros indexée sur l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale. Elle varie selon le niveau de couverture choisi et le régime d'appartenance.

1) Cotisation pour les garanties du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO)

Cotisation forfaitaire mensuelle*	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	77,39 €	54,17 €
Par adulte retraité	119,33 €	82,68 €
Par enfant non à charge	46,43 €	32,18 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

2) Cotisation pour les garanties du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (cotisations du régime de base obligatoire cadres et assimilés - RPO - incluses)

Cotisation forfaitaire mensuelle*	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	101,82 €	78,61 €
Par adulte retraité	139,29 €	102,23 €
Par enfant non à charge	61,09 €	46,84 €

* À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

1) Cotisation pour les garanties du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO)

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
Cotisation forfaitaire mensuelle *	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	77,39 €	54,17 €
Par adulte retraité	119,33 €	82,68 €
Par enfant non à charge	46,43 €	32,18 €

À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

2) Cotisation pour les garanties du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (cotisations du régime

de base obligatoire cadres et assimilés - RPO - incluses)

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
Cotisation forfaitaire mensuelle *	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	101,82 €	78,61 €
Par adulte retraité	139,29 €	102,23 €
Par enfant non à charge	61,09 €	46,84 €
À compter du 1 ^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1 ^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N - 2 et l'année N - 1.		

III. Frais de soins de santé (prestations en nature)

(Avenant 7 juin 2022, étendu)

Mod. par Accord 12 déc. 2005, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct., applicable à compter du 1^{er} janv. 2006

Mod. par Accord 2 juill. 2009, étendu par arr. 17 mai 2010, JO 26 mai, applicable à compter de sa signature

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 30 avr., applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 17 déc. 2015, étendu par arr. 10 nov. 2016, JO 17 nov., applicable à compter du 1^{er} janv. 2016⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

PAHARMCIE LABM FO.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter du 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill. 2023, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

A) (Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Bénéficiaires

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Ont droit aux prestations du régime, le cadre ou l'assimilé cadre assuré dans les conditions prévues au I - Assurés

- de la présente Annexe, ainsi que ses ayants droit à charge.

Sont considérés comme ayants droit à charge au sens du présent régime :

— Conjoint à charge : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et d'être en mesure de prouver l'absence de perception d'un revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition ;

— Enfants à charge :

— enfants de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité sociale de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin, ainsi que les enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation de moins de 18 ans ;

— enfants de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin à charge :

— de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;

— de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;

— (Avenant 20 mai 2019, étendu) sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ;

— les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré, bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

B) Maintien des garanties gratuitement pendant 1 an

Mod. par Avenant 20 mars 2017, étendu par arr. 25 mai 2018, JO 1^{er} juin, applicable à compter du 1^{er} avr. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Sant' sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

En cas de décès de l'assuré, les ayants droit définis au A - Bénéficiaires - sont maintenus gratuitement dans le régime pendant une durée maximale d'un an.

C) Maintien des garanties gratuitement pendant 6 mois à compter de la rupture du contrat de travail

Mod. par Accord 12 déc. 2005, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct., applicable à compter du 1^{er} janv. 2006

Mod. par Accord 2 juill. 2009, étendu par arr. 17 mai 2010, JO 26 mai, applicable à compter de sa signature

Mod. par Avenant 17 mars 2010, étendu par arr. 17 mai 2011, JO 24 mai, applicable à compter du 1^{er} avr. 2010

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable au 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill. 2023, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) C1 - Salariés dont la rupture du contrat de travail a pris effet avant le 1^{er} juillet 2019

C1. a (Avenant 5 déc. 2022, étendu) - Est maintenu gratuitement dans le régime Frais de soins de santé pendant 6 mois :

* le Cadre ou l'Assimilé Cadre qui est en arrêt de travail et privé d'emploi à la suite d'un licenciement. Ce cadre ou Assimilé Cadre devra justifier d'un versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale.

(Avenant 16 janv. 2014, étendu) * le cadre ou l'assimilé cadre bénéficiaire «d'un contrat de sécurisation professionnelle». Ce salarié devra justifier d'une inscription « à Pôle Emploi » (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «Pôle Emploi» sont remplacés par les mots «l'Assurance chômage»)).

* (Avenant 17 mars 2010, étendu) Le Cadre ou l'Assimilé Cadre privé d'emploi, à la suite d'un licenciement. Ce salarié devra justifier d'une attestation de paiement « à Pôle Emploi » (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «Pôle Emploi» sont remplacés par les mots «l'Assurance chômage»)).

Pour tout maintien des droits, le salarié doit avoir cotisé au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de cessation de son dernier contrat de travail, et ceci de façon continue dans une ou plusieurs entreprises.

Il n'existe ni franchise ni période d'attente autre que celle éventuellement nécessaire à l'acquisition des droits à prestations Maladie et Invalidité de la Sécurité sociale, ni maximum de remboursement pour une période donnée. En aucun cas le total des remboursements effectués par la Sécurité sociale et par le régime ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

Les actes médicaux intervenus avant la date de rupture du contrat de travail donnent lieu à remboursement.

(Avenant 16 janv. 2014, étendu) Le maintien des garanties lié «aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité),» s'effectue sans préjudice du maintien des garanties maladie - chirurgie - maternité auquel les anciens salariés peuvent prétendre au titre du présent régime de prévoyance.

(Accord 2 juill. 2009 étendu) Les anciens salariés ne sauraient toutefois prétendre, pour une même demande de prise en charge, au doublement des prestations par l'effet d'une application cumulée de ces dispositifs de maintien des garanties.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) C1.b - Les bénéficiaires de la portabilité des garanties prévoyance et santé bénéficient du maintien des garanties dans les conditions et pour la durée prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

C2 - Salariés dont la rupture du contrat de travail a pris effet à compter du 1^{er} juillet 2019 :

Les bénéficiaires de la portabilité des garanties prévoyance et santé bénéficient du maintien des garanties dans les conditions et pour la durée prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

D) (Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Adhérents facultatifs

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Moyennant le paiement d'une cotisation, peuvent également bénéficier des couvertures Frais de soins de santé sous réserve d'en faire la demande, les ayants droit non à charge de l'assuré ainsi que les assurés dont le contrat de travail est suspendu pour cause, notamment, de congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé sans solde ou congé de formation et qui ne peuvent bénéficier du régime à un autre titre :

Sont considérés comme ayants droit non à charge au sens du présent régime :

— conjoint non à charge : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré ne remplissant pas la définition du conjoint à charge fixée au A, sous réserve de justifier de sa qualité d'assuré social ;

— enfants non à charge :

— (Avenant 3 juill. 2023, étendu) les enfants du conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin non à charge :

— de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;

— de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;

— (Avenant 20 mai 2019, étendu) sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ;

— les enfants de l'assuré, de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin à charge ou non à charge, dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Leur adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois consécutifs ou non ;

— les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayant droit d'un assuré ou d'un adhérent facultatif.

E) (Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Tableaux des garanties Frais de soins de santé

Les tableaux des garanties Frais de soins de santé sont présentés en Annexe IV-3.

F) Dispenses d'affiliation au Régime Frais de soins de santé

Mod. par Avenant 20 mars 2017, étendu par arr. 25 mai 2018, JO 1^{er} juin, applicable à compter du 1^{er} avr. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Sans préjudice des cas de dispense d'affiliation prévus aux articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale, les salariés employés à temps partiel dont l'affiliation au présent régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation «Frais de soins de santé» au moins égale à 10 % de leur rémunération brute peuvent bénéficier, sur demande, et quelle que soit la date de leur embauche, d'une dispense d'affiliation. Cette dispense est valable tant que les conditions prévues au présent alinéa sont remplies.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La dispense d'affiliation n'est pas irrévocable et n'empêche pas le salarié qui a souhaité en bénéficier de s'affilier par la suite au régime.

IV. Arrêts de travail (prestations en espèces)

Mod. par Avenant 17 mars 2010, étendu par arr. 17 mai 2011, JO 24 mai, applicable à compter du 1^{er} avr. 2010

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 30 avr., applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFTC ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Avenant 7 juin 2022, non étendu, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

(Avenant 24 sept. 2015, étendu ; Avenant 2 oct. 2017, étendu) Le régime assure le paiement d'indemnités journalières complémentaires en cas d'arrêt total de travail du cadre ou de l'assimilé cadre ouvrant droit au versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale.

A) Incapacité temporaire et maternité-paternité/adoption/deuil d'un enfant

(Avenant 7 juin 2022, étendu)

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

(Avenant 16 oct. 2023, étendu, Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - Incapacité temporaire

Lorsque l'arrêt de travail fait suite à une maladie ou à un accident, autre qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle, il est indemnisé dans les conditions suivantes :

— pour les cadres et assimilés cadres ayant moins d'un an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

RPO et RSF	TA	TB
À partir du 4 ^{ème} jour (inclus)*	40 %	90 %
* : Conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-1 du code de la sécurité sociale, en cas de décès de son enfant âgé de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont l'assuré avait la charge effective et permanente, l'indemnité journalière complémentaire versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail est accordée dès le premier jour d'arrêt de travail, sous réserve que cet arrêt intervienne dans un délai de treize semaines à compter du décès et que la sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des indemnités journalières correspondantes. Il en va de même, conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique.		

— pour les assimilés cadres ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail :

RPO et RSF	TA	TB
À partir du 31 ^{ème} jour (inclus)	40 %	90 %

RSF+	TA	TB
À partir du 4 ^{ème} jour (inclus)*	40 %	90 %
* : Conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-1 du code de la sécurité sociale, en cas de décès de son enfant âgé de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont l'assuré avait la charge effective et permanente, l'indemnité journalière complémentaire versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail est accordée dès le premier jour d'arrêt de travail, sous réserve que cet arrêt intervienne dans un délai de treize semaines à compter du décès et que la sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des indemnités journalières correspondantes. Il en va de même, conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique.		

— pour les cadres ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail :

RPO	TA	TB
À partir du 61 ^{ème} jour (inclus)	40 %	90 %

RSF	TA	TB
À partir du 51 ^{ème} jour (inclus)	40 %	90 %

RSF+	TA	TB
À partir du 4 ^{ème} jour (inclus)*	40 %	90 %

* : Conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-1 du code de la sécurité sociale, en cas de décès de son enfant âgé de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont l'assuré avait la charge effective et permanente, l'indemnité journalière complémentaire versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail est accordée dès le premier jour d'arrêt de travail, sous réserve que cet arrêt intervienne dans un délai de treize semaines à compter du décès et que la sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des indemnités journalières correspondantes. Il en va de même, conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

Lorsque l'arrêt de travail fait suite à une maladie ou à un accident, autre qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle, il est indemnisé dans les conditions suivantes :

- pour les cadres et assimilés cadres ayant moins d'un an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail :

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
RPO et RSF	TA	TB
À partir du 4 ^{ème} jour (inclus) *	52 %	90 %

* : Conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-1 du code de la sécurité sociale, en cas de décès de son enfant âgé de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont l'assuré avait la charge effective et permanente, l'indemnité journalière complémentaire versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail est accordée dès le premier jour d'arrêt de travail, sous réserve que cet arrêt intervienne dans un délai de treize semaines à compter du décès et que la sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des indemnités journalières correspondantes. Il en va de même, conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique.

- pour les assimilés cadres ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail :

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
RPO et RSF	TA	TB
À partir du 31 ^{ème} jour (inclus)	52 %	90 %

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
RSF+	TA	TB
À partir du 4 ^{ème} jour (inclus)*	52 %	90 %
* : Conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-1 du code de la sécurité sociale, en cas de décès de son enfant âgé de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont l'assuré avait la charge effective et permanente, l'indemnité journalière complémentaire versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail est accordée dès le premier jour d'arrêt de travail, sous réserve que cet arrêt intervienne dans un délai de treize semaines à compter du décès et que la sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des indemnités journalières correspondantes. Il en va de même, conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique.		

• pour les cadres ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail :

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
RPO	TA	TB
À partir du 61 ^{ème} jour (inclus)	52 %	90 %

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
RSF	TA	TB
À partir du 51 ^{ème} jour (inclus)	52 %	90 %

À compter du 1 ^{er} juillet 2025		
RSF+	TA	TB
À partir du 4 ^{ème} jour (inclus)*	52 %	90 %
* : Conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-1 du code de la sécurité sociale, en cas de décès de son enfant âgé de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont l'assuré avait la charge effective et permanente, l'indemnité journalière complémentaire versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail est accordée dès le premier jour d'arrêt de travail, sous réserve que cet arrêt intervienne dans un délai de treize semaines à compter du décès et que la sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des indemnités journalières correspondantes. Il en va de même, conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique.		

Les dispositions des tableaux du présent 1) s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail relatives à l'indemnité complémentaire servie par l'employeur aux salariés ayant, entre autres conditions, une année d'ancienneté dans l'entreprise.

En cas d'arrêt de travail pour accident ou maladie professionnelle, le régime assure le paiement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale de façon à garantir 90 % du salaire journalier dans la limite de TA et TB dans les mêmes conditions que ci-dessus.

En cas d'arrêt de travail continu se chevauchant sur deux années civiles, la franchise applicable à la seconde année sera décomptée à partir du premier jour d'arrêt.

En cas d'arrêts multiples dans la même année civile, les absences se cumulent pour l'appréciation de l'ouverture du droit à indemnité journalière. Lorsque cette disposition a joué, tout nouvel arrêt de travail survenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des indemnités journalières à compter du :

— 1^{er} jour d'arrêt de travail pour la même cause, si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail, est inférieure à deux mois ;

— 4^{ème} jour si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail, est égale ou supérieure à deux mois.

La cure thermale acceptée par la sécurité sociale, même sans versement des indemnités journalières par cette der-

nière, donne droit au paiement des indemnités prévues par le régime en cas d'arrêt de travail, sous réserve des mêmes conditions de franchise.

2- (Avenant 7 juin 2022, étendu) - Maternité/Paternité/Adoption/Deuil d'un enfant

En cas de maternité ou de paternité d'un salarié cadre ou assimilé-cadre, le régime assure, dès le premier jour d'arrêt de travail, le paiement d'indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale pendant la période du congé légal de maternité ou de paternité.

Ces dispositions s'appliquent également au congé d'adoption, au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après la naissance dans une ou plusieurs unités de soins spécialisés ainsi qu'au congé attribué en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 25 ans ou d'une personne âgée de moins de 25 ans qui était à la charge effective et permanente du salarié, sous réserve que la sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des prestations correspondantes.

Le montant des indemnités servies par le régime est égal à 100 % du salaire brut de référence, le cumul de ces indemnités avec les prestations servies par la sécurité sociale, après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne pouvant excéder une somme égale à TA nette de cotisations sociales.

L'indemnité est versée pendant la durée du congé légal considéré et pour toute la durée d'attribution des prestations par la sécurité sociale.

3- Dispositions communes

(Avenant 20 mai 2019, étendu) Le versement des indemnités journalières s'effectue par l'intermédiaire de l'employeur ou, en cas de rupture du contrat de travail, directement à l'assuré.

Le total des sommes perçues par l'assuré, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut en aucun cas excéder 100 % du traitement de référence ayant servi de base au calcul des indemnités ou rentes servies. Le dépassement éventuel réduit d'autant la prestation garantie. Le traitement de référence s'entend après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu. Il est, le cas échéant, revalorisé conformément aux dispositions du D ci-après, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Quand l'arrêt de travail intervient pendant une période de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation par l'employeur, le total des sommes perçues par l'assuré ne peut excéder le montant net du revenu de remplacement versé au titre de la suspension du contrat de travail. Si l'arrêt de travail se poursuit au-delà de la période de suspension du contrat de travail, la limitation s'effectue, au terme de ladite suspension, selon les règles fixées à l'alinéa précédent.

L'excédent éventuel d'indemnités journalières complémentaires versées par le régime doit être reversé à ce dernier. L'assureur fait toute diligence pour récupérer ces sommes.

Les indemnités journalières versées au titre du présent régime sont assujetties en tout ou partie aux divers prélèvements sociaux et fiscaux, conformément aux dispositions légales en vigueur, à l'exception des cotisations afférentes au présent régime dans les conditions précisées au II, C.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) Si la sécurité sociale accorde à l'intéressé l'autorisation d'une reprise partielle d'activité et maintient de ce fait une partie des indemnités journalières normales, les prestations sont réduites dans les mêmes proportions. La limitation prévue ci-dessus s'applique. Toutefois, 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.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse :

- en cas de reprise du travail à temps complet, ou à temps partiel sans maintien de l'indemnité journalière par la sécurité sociale ;
- (Avenant 7 juin 2022, étendu) au terme du congé légal de maternité, de paternité, d'adoption ou de deuil d'un enfant indemnisé par la sécurité sociale
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale, ou de la reconnaissance d'une incapacité permanente professionnelle ;
- à la date d'attribution de la pension de vieillesse ;
- en cas de décès.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) En cas d'arrêt de travail pour incapacité temporaire ou maternité/paternité/adoption/deuil d'un enfant ayant débuté avant le départ du cadre ou de l'assimilé cadre de l'entreprise, le versement des prestations se poursuit au-delà de la date de rupture du contrat de travail tant que dure l'arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale. Il en va de même en cas de classement en invalidité d'un cadre ou assimilé cadre qui se trouvait en incapacité de travail à la date de la rupture de son contrat de travail.

B) Invalidité permanente

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable au 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

Les invalides sont classés par la sécurité sociale comme suit :

- 1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^{ème} catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

L'invalidité permanente classée par la sécurité sociale en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie donne droit au versement d'une rente dont le montant, sous déduction de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne), est égal à :

- 90 % de TA + 90 % de TB.

La rente du régime cesse d'être due au plus tard :

- (Avenant 3 juill. 2023, étendu) lorsque l'assuré n'ouvre plus droit à une pension d'invalidité de la sécurité sociale ;
- lorsque l'assuré n'ouvre plus droit à une rente de la sécurité sociale au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail donnant droit à une rente complémentaire au titre du présent régime ;
- lors de la liquidation de la pension de vieillesse par la sécurité sociale ou de la pension pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès.

En cas d'arrêt de travail pour invalidité ayant débuté avant le départ du cadre ou de l'assimilé cadre de l'entreprise, le versement des prestations se poursuit au-delà de la date de rupture du contrat de travail tant que dure l'arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale.

L'invalidité permanente classée par la sécurité sociale dans la 1^{ère} catégorie donne droit au versement d'une rente calculée comme celle de la 2^{ème} ou de la 3^{ème} catégorie, le montant ainsi déterminé étant réduit de 25 %.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Les invalidités résultant d'accident du travail ou de maladie professionnelle peuvent donner droit à une rente du régime, complémentaire à celle de la sécurité sociale, dont le montant est variable en fonction du taux de rente appliqué au salaire reconstitué retenu par la sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Si le taux d'incapacité déterminé par la sécurité sociale est :

- inférieur à 40 %, aucune rente n'est versée ;
- égal ou supérieur à 40 % et inférieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de la 1^{ère} catégorie ;
- égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) Le versement des rentes invalidité prévues au présent régime est effectué directement à l'assuré.

La rente invalidité versée au titre du présent régime vient compléter :

- la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale ;
- le salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel, le cas échéant ;
- le montant des allocations versées par Pôle emploi (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «Pôle Emploi» sont remplacés par les mots «l'Assurance chômage»*) dans le cas d'une invalidité permettant d'exercer une activité rémunérée, le cas échéant ;
- et, s'il y a lieu, les indemnités journalières versées au titre de la garantie incapacité temporaire de travail prévue au régime pour le salarié cadre ou assimilé cadre classé en 1^{ère} catégorie.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) En aucun cas, le montant total des sommes versées au salarié en invalidité, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur à 100 % du traitement de référence ayant servi de base au calcul des indemnités ou rentes servies. Le dépassement réduit d'autant la prestation garantie. Le traitement de référence s'entend après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu.

L'excédent éventuel de rente versée par le régime doit être reversé à ce dernier. L'assureur fait toute diligence pour récupérer ces sommes.

(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Lorsque l'assuré cumule une rente d'invalidité et un revenu d'activité, la limitation prévue au paragraphe ci-dessus s'applique. Toutefois, les augmentations de salaire éventuellement accordées dans le cadre de l'emploi occupé ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime.

C) Rentes éducation

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Une rente éducation est accordée aux enfants à charge, tels que définis au VI, d'un cadre ou d'un assimilé cadre classé par la sécurité sociale parmi les invalides de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie ou bénéficiaire d'une rente d'incapacité d'un taux supérieur ou égal à 50 % du salaire reconstitué retenu par la sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

La rente éducation prend effet le premier jour du mois civil suivant celui de la notification de la sécurité sociale. Elle est payable par annuité au cours du premier trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1^{er} octobre de l'année précédente au 30 septembre de l'année considérée).

Elle cesse dès que le cadre ou l'assimilé cadre ne peut plus prétendre au versement de la rente d'invalidité du présent régime.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu, Avenant 20 mai 2019, étendu) Le montant annuel de la rente (le montant de la rente «RSF et RSF+» incluant le montant de la rente RPO) est égal à :

	RPO	«RSF et RSF+» (Avenant 20 mai 2019, étendu)
Enfants à charge âgés de moins de 11 ans au 31 décembre de l'année	243 €	365 €
Enfants à charge âgés de 11 ans et plus et de moins de 18 ans au 31 décembre de l'année	405 €	624 €
(Avenant 5 nov. 2018, étendu) Enfants à charge âgés de 18 ans et plus et de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année	608 €	908 €

D) Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence

Mod. par Accord 8 déc. 2011, étendu par arr. 19 déc. 2012, JO 23 déc.⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FO ;

CFTC ;

CFE-CGC.

Mod. par Le CE a annulé l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012 portant extension de l'accord du 8 décembre 2011 désignant l'IPGM comme organisme assureur et gestionnaire du régime de prévoyance (CE, 7 déc. 2016, n° 366345⁽²⁾, voir la rubrique «Jurisprudence»). Cette annulation prend effet à compter du 1

(2)

Décision du Conseil d'État du 7 décembre 2016

N° 366345

Par une décision du 20 mars 2015, le Conseil d'État, statuant au contentieux sur la requête de la société Allianz IARD et de la société Allianz Vie tendant à l'annulation pour excès de pouvoir de l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012, a sursis à statuer jusqu'à ce que la Cour de cassation se soit prononcée sur le pourvoi dirigé contre l'arrêt de la cour d'appel de Paris du 16 octobre 2014.

Par un arrêt n° 15-12276 et 15-12796 du 1^{er} juin 2016, la Cour de cassation a statué sur ce pourvoi.

Les parties ont été invitées à indiquer au Conseil d'État quelles seraient les conséquences d'une annulation rétroactive de l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012.

Vu les autres pièces du dossier, y compris celles visées par la décision du Conseil d'État du 20 mars 2015 ;

Vu :

- le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ;
- le code du travail ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code de justice administrative ;
- la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel ;
- l'arrêt C-25/14 et C-26/14 du 17 décembre 2015 de la Cour de justice de l'Union européenne ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M. Frédéric Puigserver, maître des requêtes,
- les conclusions de M. Rémi Decout-Paolini, rapporteur public.

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Gatineau, Fattacini, avocat de l'Institution de prévoyance du groupe Mornay - IPGM.

Vu la note en délibéré, enregistrée le 21 novembre 2016, présentée pour Klesia prévoyance ;

1. En vertu de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, les «garanties collectives dont bénéficient les salariés», qui ont notamment pour objet, aux termes de l'article L. 911-2 du même code, de prévoir «la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité» en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale, peuvent notamment être déterminées par voie de conventions ou d'accords collectifs. En vertu de l'article L. 911-3 du même code, ces accords peuvent être étendus dans les conditions prévues par le code du travail, sous réserve des dispositions spécifiques applicables lorsqu'ils ont pour objet exclusif la détermination de telles garanties collectives. En vertu de l'article L. 912-1 de ce code, dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, restée applicable au litige conformément à la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, ces accords peuvent prévoir une mutualisation des risques dont ils organisent la couverture auprès d'une entreprise régie par le code des assurances, d'une institution relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou d'une mutuelle relevant du code de la mutualité, à laquelle adhèrent alors obligatoirement les entreprises relevant du champ d'application de ces accords, sous réserve de comporter une clause fixant les conditions et la périodicité, ne pouvant excéder cinq ans, du réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques.

2. Par l'article 15 de l'arrêté attaqué du 19 décembre 2012, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social a étendu l'accord collectif national du 8 décembre 2011 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés, conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, qui a notamment pour objet de désigner l'Institution de prévoyance du groupe Mornay (IPGM) comme l'unique organisme gestionnaire de ce régime complémentaire de prévoyance, portant sur la couverture des risques décès, invalidité et incapacité de travail et le remboursement de frais de soins de santé.

Sur la légalité de l'arrêté attaqué :

3. Aux termes du premier alinéa de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne : «Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation».

4. Dans un arrêt C-25/14 et C-26/14 du 17 décembre 2015, la Cour de justice de l'Union européenne a rappelé, s'agissant des prestations de services qui impliquent une intervention des autorités nationales, que l'obligation de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne s'applique non pas à toute opération, mais uniquement à celles qui présentent un intérêt transfrontalier certain, du fait qu'elles sont objectivement susceptibles d'intéresser des opérateurs économiques établis dans d'autres États membres. Elle a dit pour droit que cette obligation de transparence s'oppose à l'extension, par un État membre, à l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité, d'un accord collectif, conclu par les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs salariés pour une branche d'activité, qui confie à un unique opérateur économique, choisi par les partenaires sociaux, la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire obligatoire institué au profit des travailleurs salariés, sans que la réglementation nationale prévoit une publicité adéquate permettant à l'autorité publique compétente de tenir pleinement compte des informations soumises, relatives à l'existence d'une offre plus avantageuse.

5. En premier lieu, les prestations objet de l'avenant du 8 décembre 2011 peuvent être légalement proposées par des entreprises d'assurance établies dans d'autres États membres de l'Union européenne. L'extension de cet avenant donne vocation à l'organisme désigné à assurer durant cinq ans, pour l'ensemble des salariés cadres et assimilés des pharmacies d'officine, la couverture des risques décès, invalidité et incapacité de travail et le remboursement de frais de santé, en complément des prestations de la sécurité sociale. Il ressort de l'avis d'appel d'offres publié au Journal officiel de l'Union européenne le 28 avril 2011 que le montant estimé des cotisations s'élève à 43 266 000 euros hors taxes par an, calculé comme le montant des cotisations pour 2009 majoré de 5 %. Eu égard à l'importance des montants que représentent les cotisations des employeurs et des salariés à ce régime, à la taille nationale du marché considéré et à l'avantage que représente la désignation pour proposer d'autres services d'assurance, l'octroi du droit de gérer ce régime présente un intérêt transfrontalier certain. Par suite, l'obligation de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne lui est applicable.

6. En second lieu, pour assurer le respect de l'obligation de transparence, l'autorité ministérielle, qui envisage d'étendre, en application de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, un accord collectif instituant un régime de prévoyance collective, conclu dans le cadre des articles L. 911-1 et L. 911-2 du même code, et désignant, conformément à l'article L. 912-1 du code, dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, un unique organisme gestionnaire de ce régime, doit s'assurer que sa décision a été précédée d'un degré de publicité adéquat permettant, d'une part, une ouverture à la concurrence et, d'autre part, le contrôle de l'impartialité de la procédure d'attribution. Si l'obligation de transparence n'impose pas nécessairement de procéder à un appel d'offres pour sélectionner l'organisme gestionnaire du régime, il exige en revanche, lorsqu'un tel appel d'offres a été organisé afin de mettre en concurrence les entreprises et que l'avis d'appel à candidatures rendu public comporte les critères de sélection des offres et, le cas échéant, leurs modalités de mise en œuvre, de respecter les règles ainsi posées au vu desquelles l'offre la plus avantageuse doit être sélectionnée.

7. D'une part, il ressort des pièces du dossier que, par un avis d'appel d'offres publié le 28 avril 2011 au Journal officiel de l'Union européenne, les «entreprises d'assurance relevant du code des assurances, institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité» ont été invitées à présenter une offre pour la gestion du régime de prévoyance en cause. Selon les termes de cet avis, la gestion du régime serait attribuée à l'entreprise ayant présenté l'«offre économiquement la plus avantageuse appréciée en fonction des critères énoncés dans le cahier des charges». Le cahier des charges imposait aux candidats d'apporter des

réponses à des questions regroupées en quatre rubriques, relatives à l'activité et l'environnement du candidat, à sa solvabilité, à son expérience et au régime à assurer, les trois dernières faisant l'objet d'une notation assortie de pondérations figurant dans une «méthode de notation des candidats». Il résulte de ce qui a été dit au point 6 que le choix de l'offre la plus avantageuse devait s'exercer sur le fondement de ces critères et de la méthode de notation rendus publics, au vu desquels les entreprises étaient appelées à présenter leurs offres.

8. Cependant, le même avis mentionnait également que les modalités d'organisation du marché «sont précisées par le protocole d'accord joint au dossier de candidature» et la note de présentation de l'appel d'offres remise aux candidats rappelait que le protocole d'accord du 18 avril 2011 relatif à l'organisation d'un appel d'offres en vue de désigner une ou plusieurs entreprises d'assurance chargées d'assurer le régime de prévoyance considéré, de même que l'accord collectif national étendu du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, faisaient partie du dossier de candidature. Par son arrêt du 16 octobre 2014, confirmé sur ce point par l'arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 1^{er} juin 2016, la cour d'appel de Paris a interprété ces accords en ce sens que le choix final du ou des assureurs revenait aux seuls partenaires sociaux composant la commission paritaire nationale, qui n'étaient pas liés par la notation attribuée aux différentes offres. La cour d'appel a en conséquence estimé, eu égard au choix discrétionnaire que s'étaient réservés les partenaires sociaux, que ces derniers s'étaient conformés à leurs propres règles en choisissant l'offre de l'Institution de prévoyance du groupe Mornay, pourtant classée en troisième position à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

9. Ainsi, eu égard à la contradiction entre, d'une part, les critères clairement énoncés par l'avis d'appel d'offres lui-même, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre, qui devaient normalement conditionner le choix de l'offre la plus avantageuse et, d'autre part, le choix discrétionnaire que se réservaient les partenaires sociaux, par le renvoi de cet avis aux stipulations des accords du 2 décembre 2009 et du 18 avril 2011, la publicité assurée avant la conclusion de l'accord du 8 décembre 2011 n'a pas permis d'assurer le respect des exigences de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

10. D'autre part, l'article D. 2261-3 du code du travail prévoit que l'adoption d'un arrêté d'extension doit être précédée de la publication au Journal officiel de la République française d'un avis, qui indique le lieu où l'accord a été déposé et invite les organisations et personnes intéressées à faire connaître leurs observations dans un délai de quinze jours. Toutefois, en l'absence de disposition explicite ou de pratique en ce sens, les opérateurs ne pouvaient raisonnablement envisager que le ministre chargé du travail refuse l'extension sollicitée par les signataires de l'accord au motif qu'une offre plus avantageuse aurait été portée à sa connaissance. Dans ces conditions, ni la mise à disposition du public de l'avenant, ni la publication au Journal officiel de la République française le 9 février 2012 de l'avis prévu par l'article D. 2261-3 du code du travail, ne peuvent, même prises ensemble, être regardées comme une publicité adéquate permettant au ministre de tenir compte de l'existence d'une offre plus avantageuse. Dans ces conditions, la décision du ministre chargé du travail n'a pas été précédée d'une publicité de nature à assurer le respect des exigences découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

11. Par suite, les sociétés requérantes sont fondées à soutenir, par un moyen utilement soulevé, que le ministre chargé du travail ne pouvait, sans méconnaître l'obligation de transparence, procéder à l'extension de l'accord collectif en cause.

12. Il résulte de ce qui précède que la société Allianz IARD et la société Allianz Vie sont fondées à demander l'annulation de l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012.

Sur les conséquences de l'illégalité de l'arrêté attaqué :

13. Dans son arrêt du 17 décembre 2015, la Cour de justice de l'Union européenne a dit pour droit que les effets de cet arrêt ne concernent pas les accords collectifs portant désignation d'un organisme unique pour la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire ayant été rendus obligatoires par une autorité publique pour l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité avant la date de prononcé de cet arrêt, sans préjudice des recours juridictionnels introduits avant cette date. Elle a précisé au point 52 de son arrêt que le maintien des effets des décisions d'extension en cause au principal se justifiait, essentiellement, au regard de la situation des employeurs et des travailleurs salariés qui ont souscrit, sur le fondement des conventions collectives étendues en cause, un contrat de prévoyance complémentaire s'inscrivant dans un contexte social particulièrement sensible et qui ont ainsi conclu des engagements contractuels leur accordant des garanties de prévoyance complémentaire en se fondant sur une situation juridique que la Cour n'a précisée, en ce qui concerne la portée concrète de l'obligation de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, que dans cet arrêt. Dès lors, eu égard à ces motifs, il y a lieu de différer l'annulation de l'article 15 de l'arrêté attaqué au 1^{er} juillet 2017 et de prévoir que les effets des dispositions annulées doivent être regardés comme définitifs y compris pour la période restant à courir, sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement, engagées avant l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne, soit le 17 décembre 2015.

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

14. Il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de l'État le versement à la société Allianz IARD et à la société Allianz Vie d'une somme de 1 500 euros chacune. Les dispositions de cet article font obstacle à ce qu'une somme soit mise au même titre à la charge de la société Allianz IARD et de la société Allianz Vie, qui ne sont pas, dans la présente instance, les parties perdantes.

Décide :

Article 1^{er} : L'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012 est annulé. Cette annulation prendra effet le 1^{er} juillet 2017.

Article 2 : Les effets produits antérieurement au 1^{er} juillet 2017 par les dispositions de l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012 doivent être réputés définitifs, sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015.

Article 3 : L'État versera à la société Allianz IARD et à la société Allianz Vie une somme de 1 500 euros chacune au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : Les conclusions de Klesia prévoyance, de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, de la Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC), de la Fédération nationale de la pharmacie (Force ouvrière), de la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) et de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à la société Allianz IARD, à la société Allianz Vie et à la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Copie en sera adressée à Klesia prévoyance, à la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, à la Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC), à la Fédération nationale de la pharmacie (Force ouvrière), à la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) et à l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

1^{er} juillet 2017. Les effets produits antérieurement au 1^{er} juillet 2017 par l'extension sont réputés définitifs (sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015).

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable au 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

*CFE CGC ;
FO ;
CFDT ;
CFTC.*

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 30 avr., applicable à compter du 1^{er} oct. 2015⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
UNPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFTC ;
FNSCIC CFE CGC ;
Pharmacie LABM FO.*

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC Santé sociaux ;
FNSCIC CFE CGC.*

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC Santé Sociaux ;
FNSCIC CFE CGC ;
Pharmacie LABM FO.*

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter du 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC.*

(Avenant 2 oct. 2017, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu ; Avenant 7 juin 2022, étendu) Chaque année, en fonction des résultats techniques et financiers du régime de Prévoyance, et du montant de la provision pour égalisation et de la réserve générale, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine se prononce sur la revalorisation des prestations en cours de service et du traitement de référence.

(Avenant 2 oct. 2017, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) Lorsqu'elle arrête le niveau de la revalorisation annuelle des rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service, la commission paritaire nationale prend en compte révolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, du point conventionnel de salaire sur la base duquel sont calculés les salaires minima des salariés cadres et assimilés cadres de la Pharmacie d'officine ainsi que l'évolution du taux de l'indice INSEE des prix à la consommation en France, hors tabac, selon les modalités prévues à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite du montant de la provision pour participation aux excédents arrêtée au 31 décembre de l'exercice précédent. Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite de la somme du montant de la provision pour égalisation et de la réserve générale arrêtées au 31 décembre de l'exercice précédent. Le traitement de référence est revalorisé comme les rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service.

(Avenant 2 oct. 2017, étendu) Si la décision de revaloriser est prise, le montant d'origine des prestations en cours de service, indemnité quotidienne, rente d'invalidité et rentes éducation, ainsi que le traitement de référence, sont

revalorisés. La première revalorisation s'applique au plus tôt, six mois jour pour jour, après l'arrêt de travail de l'assuré. Toutes les entreprises sont tenues de faire bénéficier leurs salariés et anciens salariés d'une revalorisation au moins égale à la revalorisation ainsi arrêlée.

(Avenant 16 janv. 2014, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) En cas de décès de l'assuré mettant en œuvre la garantie temporaire relative au décès du conjoint survivant, le traitement de référence servant de base au calcul du capital garanti est revalorisable dans les mêmes conditions, la première revalorisation s'appliquant au plus tôt, six mois après la date du décès du participant.

(Accord 8 déc. 2011, étendu)⁽¹⁾

(1) Le CE a annulé l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012 portant extension de l'accord du 8 décembre 2011 désignant l'IPGM comme organisme assureur et gestionnaire du régime de prévoyance (CE, 7 déc. 2016, n° 366345, voir la rubrique «Jurisprudence»). Cette annulation prend effet à compter du 1^{er} juillet 2017. Les effets produits antérieurement au 1^{er} juillet 2017 par l'extension sont réputés définitifs (sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015).

(Al. précédent remplacé par Avenant 2 oct. 2017, étendu) En cas de changement d'organisme assureur, l'organisme assureur est tenu d'assurer le service des rentes en cours au niveau qu'elles avaient atteint à la date à partir de laquelle il n'assure plus le régime. Il est également tenu d'assurer la charge du maintien de la garantie décès aux personnes en arrêt de travail ou en invalidité à cette date. Le ou les nouveaux organismes assureurs sont tenus d'assurer la charge des revalorisations futures des rentes en cours de service.

E) Dispositions diverses

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable au 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

En cas de dénonciation de l'accord collectif ayant institué le présent régime, les conventions d'assurance souscrites auprès de l'organisme assureur du régime sont résiliées au terme de la période légale de survie de l'accord collectif. Les rentes et indemnités journalières en cours de service sont alors maintenues au niveau qu'elles avaient atteint à cette date (majorées des revalorisations successivement acquises) et se poursuivent jusqu'au terme prévu pour chaque prestation, aucune revalorisation complémentaire n'étant attribuée postérieurement.

En cas de non paiement des cotisations par une entreprise, et indépendamment des actions en recouvrement des cotisations dues qu'il peut engager dans ce cas, l'organisme assureur est tenu de poursuivre le versement des rentes et indemnités journalières en cours de service et d'assumer, dans ce cas, la charge des revalorisations futures, sous réserve de l'application des dispositions de l'alinéa précédent.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) Exception faite du maintien de la couverture de frais de soins de santé à titre gratuit en vertu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), ne bénéficient plus de la couverture du régime obligatoire frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine :

— les personnes classées en invalidité de 1^{ère} catégorie dont le contrat de travail a été rompu ;

— (Avenant 20 mai 2019, étendu) les personnes classées en invalidité de 2^{ème} catégorie dont le contrat de travail a été rompu «ou celles classées en invalidité de 3^{ème} catégorie dont le contrat de travail a été rompu » ;

— les salariés cadres ou assimilés cadres en arrêt de travail et percevant des indemnités quotidiennes de travail de la sécurité sociale avec rupture du contrat de travail durant cette période.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) Au terme du maintien de la couverture de frais de soins de santé en vertu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), les personnes mentionnées à l'alinéa précédent peuvent adhérer à titre individuel au contrat de frais de soins de santé qui est proposé aux anciens salariés. La cotisation afférente à ce contrat est intégralement à leur charge.

V. Décès

Mod. par Avenant 22 nov. 1999, étendu par arr. 6 mars 2000, JO 16 mars

Accord 12 déc. 2005, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct., applicable à compter du 1^{er} janv. 2006

Mod. par Accord 2 juill. 2009, étendu par arr. 17 mai 2010, JO 26 mai, applicable à compter de sa signature

Mod. par Avenant 17 mars 2010, étendu par arr. 17 mai 2011, JO 24 mai, applicable à compter du 1^{er} avr. 2010

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020 ; JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

A) (Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré

En cas de décès de l'assuré ou s'il est atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, le régime prévoit le versement d'un capital et d'une rente éducation aux enfants à sa charge lors de son décès.

B) (Avenant 20 mai 2019, étendu) - Montant du capital

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020 ; JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

En cas de décès :

Il est versé au bénéficiaire un capital fixé en pourcentage du salaire de référence TA + TB (le capital versé par le RSF et le RSF+ incluant le capital versé par le RPO) :

En pourcentage du salaire de référence TA + TB	RPO	RSF et RSF+
S'il est célibataire, veuf, divorcé sans enfants à charge	200 %	300 %
S'il est marié, sans personne à charge	250 %	375 %

En pourcentage du salaire de référence TA + TB	RPO	RSF et RSF+
S'il est célibataire, veuf, divorcé ou marié avec une personne à charge	250 %	400 %
Par personne à charge supplémentaire	0 %	25 %

En cas de décès par accident un capital complémentaire, calculé en pourcentage du salaire de référence limité à la tranche A, est versé. Il est calculé comme suit :

En pourcentage du salaire de référence limité à la TA	RPO	RSF et RSF+
S'il est célibataire, veuf, divorcé sans enfants à charge	100 %	100 %
S'il est marié, sans personne à charge	150 %	150 %
S'il est célibataire, veuf, divorcé ou marié avec une personne à charge	150 %	150 %

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

Les capitaux décès prévus ci-dessus en cas de décès sont versés au profit de l'assuré lui-même.

Rente éducation en cas de décès :

Une rente éducation est accordée aux enfants, tels que définis au VI, qui étaient à la charge de l'assuré lors de son décès.

Le montant annuel de la rente (le montant de rente versée par le RSF et le RSF+ incluant le montant de la rente versée par le RPO) est fixé à :

	RPO	RSF et RSF+
Enfants à charge âgés de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année	5 % du traitement de référence TA + TB avec un minimum de 3 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès	6 % du traitement de référence TA + TB avec un minimum de 3 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès

Le montant de la rente est doublé si l'enfant est orphelin de père et de mère ou s'il est handicapé au sens des dispositions du d) du A du VI.

Cette rente est payable par annuité au cours du 1^{er} trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1^{er} octobre de l'année précédente au 30 septembre de l'année considérée).

La rente est versée au bénéficiaire ou à son représentant légal, tant que l'enfant remplit les conditions pour être enfant à charge.

La rente est viagère lorsque l'enfant est handicapé au sens des dispositions du d) du A du VI.

Le montant des rentes d'éducation est susceptible d'être revalorisé dans les conditions déterminées au D du IV.

C) Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant

Mod. par Avenant 30 janv. 2008, étendu par arr. 27 oct. 2008, JO 6 nov., applicable à compter du 1^{er} avr. 2008

Mod. par Avenant 17 mars 2010, étendu par arr. 17 mai 2011, JO 24 mai, applicable à compter du 1^{er} avr. 2010

Mod. par Avenant 20 mars 2017, étendu par arr. 25 mai 2018, JO 1^{er} juin, applicable à compter du 1^{er} avr. 2017⁽¹⁾

(1) *Signataires :*

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020 ; JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

(Avenant 30 janv. 2008, étendu ; Avenant 17 mars 2010, étendu) Lorsque l'Assuré décède en laissant à la charge de son conjoint un ou plusieurs enfants, un capital est garanti sur la tête du conjoint. Cette assurance conserve ses effets tant que l'un quelconque de ses enfants demeure à charge du conjoint.

(Avenant 5 nov. 2018, étendu, Avenant 20 mai 2019 étendu) Ce capital est fixé comme suit, en pourcentage du salaire de référence TA + TB ayant servi à la détermination du capital décès de l'assuré (le capital indiqué pour le «RSF et RSF+» incluant le capital RPO) :

	RPO	«RSF et RSF+» (Avenant 20 mai 2019, étendu)
* conjoint ayant UN enfant à charge lors de son propre décès	137,50 %	227,50 %
* par enfant à charge supplémentaire, majoration de	27,50 %	40,00 %

Si le conjoint décède pendant la garantie temporaire, le capital est versé au bénéfice des enfants effectivement à charge au moment où intervient le décès du conjoint, par parts égales entre eux.

D) Décès du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge de l'assuré

Mod. par Avenant 17 mars 2010, étendu par arr. 17 mai 2011, JO 24 mai, applicable à compter du 1^{er} avr. 2010

Une allocation est versée à l'Assuré lui-même ; elle a le caractère d'une indemnité forfaitaire pour frais d'obsèques pour les enfants de moins de 12 ans. Le montant est fixé comme suit :

* (Avenant 17 mars 2010, étendu) Décès du conjoint : 20 % du salaire de référence « TA + TB », plus 10 % par personne à charge,

* (Avenant 17 mars 2010, étendu) Décès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge : 20 % du salaire de référence « TA + TB ».

E) Frais d'obsèques

Mod. par Accord 12 déc. 2005, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct., applicable à compter du 1^{er} janv. 2006

Mod. par Avenant 17 mars 2010, étendu par arr. 17 mai 2011, JO 24 mai, applicable à compter du 1^{er} avr. 2010

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable au 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

(Avenant 16 janv. 2014, étendu) Le décès d'un assuré, de son conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à

charge, ouvre droit au versement d'une allocation dont le montant est plafonné à 750 euros.

Cette allocation est versée dans tous les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives des frais exposés.

F) Maintien gratuit de la garantie décès de l'assuré

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable à compter du 1^{er} mars 2014⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmaciens de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CFE CGC ;

FO ;

CFDT ;

CFTC.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

Bénéficient gratuitement de la couverture de l'assurance décès, pendant un délai maximum de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail (préavis effectué ou non) à condition qu'ils aient cotisé au régime au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de cessation de leur dernier contrat de travail, et ceci, de façon continue, dans une ou plusieurs entreprises, qu'ils soient inscrits à Pôle Emploi (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «Pôle Emploi» sont remplacés par les mots «l'Assurance chômage»*) et qu'ils perçoivent une indemnisation par Pôle Emploi, et ce quelle que soit la durée de cette indemnisation :

— le salarié licencié ;

— le salarié ayant accepté le bénéfice d'un contrat de sécurisation professionnelle et qui perçoit l'allocation spécifique de sécurisation professionnelle ;

— le salarié démissionnaire, dont la démission a été reconnue comme légitime par Pôle Emploi (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «Pôle Emploi» sont remplacés par les mots «l'Assurance chômage»*).

Le salarié en arrêt de travail par suite de maladie ou d'accident lors de son licenciement bénéficie également des dispositions du présent article (C) s'il se trouve en chômage à l'issue de son incapacité et avant la fin de la période de 6 mois susvisée.

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, le capital décès est toujours celui prévu en cas de décès par maladie.

Une attestation d'inscription de l'assuré à Pôle Emploi (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les termes «Pôle Emploi» sont remplacés par les mots «l'Assurance chômage»*) doit être fournie à l'appui de toute demande.

Le maintien des garanties réalisé en application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité) s'effectue sans préjudice du maintien de la garantie décès auquel les anciens salariés peuvent prétendre au titre du présent régime de prévoyance.

Les anciens salariés ne sauraient toutefois prétendre, pour une même demande de prise en charge, au doublement des prestations par l'effet d'une application cumulée de ces dispositifs de maintien des garanties.

VI. Définitions

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020 ; JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

A) (Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Personnes à charge pour les garanties prévoyance

Chaque fois que les garanties ou le montant des prestations en tiennent compte, il faut entendre par :

Enfants à charge

— «a)» (Avenant 20 mai 2019, étendu) enfants de l'assuré de moins de 18 ans à charge au sens de la sécurité sociale ;

— «b)» (Avenant 20 mai 2019, étendu) enfants de l'assuré de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;

— «c)» (Avenant 20 mai 2019, étendu) enfants de l'assuré de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;

(Avenant 20 mai 2019, étendu) d) enfants de l'assuré sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne.

Pour la seule application des dispositions du V - Décès - les enfants de l'assuré nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré sont considérés comme à charge au jour du décès.

Personnes à charge

— les enfants remplissant les conditions ci-dessus ;

— les ascendants directs du salarié ou de son conjoint, bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité et vivant au foyer de l'assuré.

B) Bénéficiaires

Il appartient à l'Assuré de désigner le (ou les) bénéficiaire(s) du capital décès prévu par le régime.

L'Assuré peut, à tout moment, modifier la désignation du ou des bénéficiaires du capital décès à l'aide de l'imprimé prévu à cet effet.

À défaut de désignation, ou lorsque la désignation faite devient caduque, les capitaux garantis sont attribués à son conjoint, à défaut ses enfants, à défaut à ses père et mère, à défaut à ses héritiers.

En tout état de cause, lorsque le montant du capital décès est déterminé en tenant compte des enfants à charge et des descendants à charge de l'Assuré, la majoration du capital correspondante ne peut profiter qu'aux dits enfants et ascendants.

C) (Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Perte totale et irréversible d'autonomie

L'assuré est considéré comme étant en Perte totale et irréversible d'autonomie dès lors qu'il est prouvé qu'il est, de façon irréversible, dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie soit au moins deux des quatre opérations suivantes : se laver, s'habiller, s'alimenter ou se déplacer. C'est notamment le cas :

— s'il est classé par la sécurité sociale dans la 3^{ème} catégorie des invalides (invalides qui, étant absolument inca-

pables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne) ;
— ou, en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle, s'il est atteint d'une incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne, reconnue par la sécurité sociale.

D) Salaire de référence TA + TB

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

Au sens du présent régime, le salaire annuel de référence TA + TB pris en considération pour le calcul d'un capital ou d'une prestation de prévoyance *ainsi que pour la détermination de l'assiette des cotisations afférentes aux présents régimes, (termes ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu)*, correspond à la rémunération brute perçue par l'assuré au cours des 12 derniers mois civils, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...), précédant le mois du décès ou le 1^{er} jour d'arrêt de travail, reconstitué le cas échéant si le salaire a été réduit ou supprimé pendant la période de référence. La tranche A (TA) correspond à la tranche de rémunération limitée au plafond mensuel du régime général de la sécurité sociale et la tranche B (TB) à la tranche de rémunération comprise entre le plafond mensuel du régime général de la sécurité sociale et quatre fois ce plafond.

Lorsqu'un assuré a moins de 12 mois de présence dans une officine, le traitement de base est reconstitué sur une base annuelle à partir des salaires ayant donné effectivement lieu à cotisations.

E) Conjoint

Mod. par Avenant 17 mars 2010, étendu par arr. 17 mai 2011, JO 24 mai, applicable à compter du 1^{er} avr. 2010

Pour l'ensemble des prestations servies au titre du régime incapacité - invalidité - décès, est assimilée au conjoint la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) au salarié cadre ou assimilé affilié au régime de prévoyance.

VII. (Avenant 5 déc. 2022, étendu) Contrat proposé aux anciens assurés, et salariés dont le contrat de travail est suspendu, en vue du maintien des garanties Frais de soins de santé»

(Avenant 7 juin 2022, étendu)

Mod. par Accord 12 déc. 2005, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct., applicable à compter du 1^{er} janv. 2006

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, , applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC Santé Sociaux ;
FNSCIC CFE CGC ;
Pharmacie LABM FO.*

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter du 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Mod. par Avenant 18 nov. 2024, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2025⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;
CGT ;
CGT-FO ;
UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;
UNSA ;
FO ;
CFE-CGC.

A) Bénéficiaires

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC Santé sociaux ;
FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;
Pharmacie LABM FO.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Peuvent bénéficier du maintien des garanties Frais de soins de santé s'ils en font la demande :

- les anciens salariés, radiés du régime et qui bénéficient :
 - soit des indemnités journalières, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité de la sécurité sociale ;
 - soit d'une pension de retraite ou de pré-retraite de la sécurité sociale ;
 - soit d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi ;
 - soit d'une allocation spécifique de sécurisation professionnelle pour les bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle ;
- les ayants droit, au sens du présent régime, des anciens salariés énoncés ci-dessus ;
- en cas de décès d'un ancien salarié, ses ayants droit au sens du présent régime, sous réserve du respect des conditions d'admission de la demande d'adhésion présentées ci-après ;
- les salariés en congé sans solde ou en congé individuel de formation ;
- (Avenant 5 déc. 2022, étendu) les salariés bénéficiaires d'un congé parental d'éducation, d'un congé sabbatique, ou de tout autre cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation de l'employeur (hors congé sans solde d'au plus 30 jours ouvrables), moyennant le paiement de la cotisation fixée au b) du C.

B) Demande d'adhésion

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

La demande d'adhésion est admise si elle est présentée :

* (Avenant 20 mai 2019, étendu) dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail pour l'ancien salarié et «ses ayants droit» à garantir,

* (Avenant 20 mai 2019, étendu) dans les 6 mois suivant la date de décès du salarié en ce qui concerne «ses ayants droit» bénéficiant du régime,

* (Avenant 20 mai 2019, étendu) dans les 6 mois suivant la date de cessation d'un maintien des droits pour l'ancien salarié ou «ses ayants droit» bénéficiant du régime,

(Avenant 5 nov. 2018, étendu) dans les trois mois suivant la date de suspension du contrat de travail dans les autres cas.

Sous réserve du paiement de la cotisation, la garantie devient effective :

* dès le 1^{er} jour de cessation de la garantie du régime des actifs si la demande est présentée dans les délais précisés ci-dessus,

* le lendemain de la demande si celle-ci est présentée au-delà des délais.

C) Cotisations

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} juill. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC.*

Mod. par Avenant 5 déc. 2022, étendu par arr. 10 juill. 2023, JO 26 juill., applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;*

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;*

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*CFDT ;
CFE-CGC ;
CGT ;
CGT-FO ;
UNSA.*

Mod. par Avenant 18 nov. 2024, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2025⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*CFDT ;
CFE-CGC ;
CGT ;
CGT-FO ;
UNSA.*

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*CFDT ;
UNSA ;
FO ;
CFE-CGC.*

Les cotisations sont payables trimestriellement et d'avance pour toute personne à garantir.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Leur montant est révisable par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé.

a) (Avenant 18 nov. 2024, étendu, *Avenant 28 avr. 2025, non étendu*) La cotisation annuelle et par personne est déterminée en fonction de l'antériorité de l'adhésion de l'assuré au dispositif de maintien des garanties Frais de soins

de santé. Cette cotisation est fixée comme suit :

a1 - cotisation pour le régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) - Bénéficiaires hors Alsace-Moselle

À compter du 1 ^{er} janvier 2025						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	627,60 €	781,20 €	940,80 €	1 114,80 €	1 294,80 €	502,80 €
Anciens assurés non retraités	627,60 €	721,20 €	835,20 €	961,20 €	1 095,60 €	502,80 €

À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

À compter du 1 ^{er} janvier 2026						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	699,60 €	853,20 €	1 012,80 €	1 186,80 €	1 366,80 €	574,80 €
Anciens assurés non retraités	699,60 €	793,20 €	907,20 €	1 033,20 €	1 167,60 €	574,80 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2027						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	771,60 €	925,20 €	1 084,80 €	1 258,80 €	1 438,80 €	646,80 €
Anciens assurés non retraités	771,60 €	865,20 €	979,20 €	1 105,20 €	1 239,60 €	646,80 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2028						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	843,60 €	997,20 €	1 156,80 €	1 330,80 €	1 510,80 €	718,80 €
Anciens assurés non retraités	843,60 €	937,20 €	1 051,20 €	1 177,20 €	1 311,60 €	718,80 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2029						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	915,60 €	1 069,20 €	1 228,80 €	1 402,80 €	1 582,80 €	790,80 €
Anciens assurés non retraités	915,60 €	1 009,20 €	1 123,20 €	1 249,20 €	1 383,60 €	790,80 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2025						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	481,20 €	574,80 €	680,40 €	788,40 €	897,60 €	349,20 €
Anciens assurés non retraités	481,20 €	554,40 €	627,60 €	694,80 €	762 €	349,20 €

À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

À compter du 1 ^{er} janvier 2026						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	553,20 €	646,80 €	752,40 €	860,40 €	969,60 €	421,20 €
Anciens assurés non retraités	553,20 €	626,40 €	699,60 €	766,80 €	834 €	421,20 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2027						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	625,20 €	718,80 €	824,40 €	932,40 €	1 041,60 €	493,20 €
Anciens assurés non retraités	625,20 €	698,40 €	771,60 €	838,80 €	906 €	493,20 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2028						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	697,20 €	790,80 €	896,40 €	1 004,40 €	1 113,60 €	565,20 €
Anciens assurés non retraités	697,20 €	770,40 €	843,60 €	910,80 €	978 €	565,20 €

af - cotisation pour le régime supplémentaire cadres et assimilés (RSP) et RSP(r) incluant la cotisation RPO - Modifications from Avenant-Miscell

À compter du 1 ^{er} janvier 2029						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	769,20 €	862,80 €	968,40 €	1 076,40 €	1 185,60 €	637,20 €
Anciens assurés non retraités	769,20 €	842,40 €	915,60 €	982,80 €	1 050 €	637,20 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2025						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	882 €	1 014 €	1 148,40 €	1 329,60 €	1 508,40 €	662,40 €
Anciens assurés non retraités	882 €	955,20 €	1 041,60 €	1 148,40 €	1 281,60 €	662,40 €

À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

À compter du 1 ^{er} janvier 2026						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	954 €	1 086 €	1 220,40 €	1 401,60 €	1 580,40 €	734,40 €
Anciens assurés non retraités	954 €	1 027,20 €	1 113,60 €	1 220,40 €	1 353,60 €	734,40 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2027						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	1 026 €	1 158 €	1 292,40 €	1 473,60 €	1 652,40 €	806,40 €
Anciens assurés non retraités	1 026 €	1 099,20 €	1 185,60 €	1 292,40 €	1 425,60 €	806,40 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2028						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	1 098 €	1 230 €	1 364,40 €	1 545,60 €	1 724,40 €	878,40 €
Anciens assurés non retraités	1 098 €	1 171,20 €	1 257,60 €	1 364,40 €	1 497,60 €	878,40 €

et cotisation pour le régime supplémentaire (sauf si cotisant (RSE et RSE+) incluant la cotisation RSE) - Réévaluation : Ancien-Membre

À compter du 1 ^{er} janvier 2029						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	1 170 €	1 302 €	1 436,40 €	1 617,60 €	1 796,40 €	950,40 €
Anciens assurés non retraités	1 170 €	1 243,20 €	1 329,60 €	1 436,40 €	1 569,60 €	950,40 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2025						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	733,20 €	808,80 €	888 €	1 002 €	1 111,20 €	508,80 €
Anciens assurés non retraités	733,20 €	788,40 €	835,20 €	882 €	949,20 €	508,80 €

À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

(Avenant 28 avr. 2025, non étendu)

À compter du 1 ^{er} janvier 2026						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	805,20 €	880,80 €	960 €	1 074 €	1 183,20 €	580,80 €
Anciens assurés non retraités	805,20 €	860,40 €	907,20 €	954 €	1 021,20 €	580,80 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2027						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	877,20 €	952,80 €	1 032 €	1 146 €	1 255,20 €	652,80 €
Anciens assurés non retraités	877,20 €	932,40 €	979,20 €	1 026 €	1 093,20 €	652,80 €

À compter du 1 ^{er} janvier 2028						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	949,20 €	1 024,80 €	1 104 €	1 218 €	1 327,20 €	724,80 €
Anciens assurés non retraités	949,20 €	1 004,40 €	1 051,20 €	1 098 €	1 165,20 €	724,80 €

Si Les bénéficiaires d'un congé parental d'attente, d'un congé sabbatique ou de tout autre cas de suspension du contrat de travail ne demandent pas leur 3^{ème} indemnité de l'employeur (dans congé sans solde d'un plus 30 jours consécutifs), peuvent bénéficier

À compter du 1 ^{er} janvier 2029						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^{ème} enfant)
Anciens assurés retraités	1 021,20 €	1 096,80 €	1 176 €	1 290 €	1 399,20 €	796,80 €
Anciens assurés non retraités	1 021,20 €	1 076,40 €	1 123,20 €	1 170 €	1 237,20 €	796,80 €

(Avenant 3 juill. 2023, étendu) Le montant de la cotisation annuelle est fixé, pour l'assuré et ses ayants droit à charge, à 800 € en RPO et à 900 € en RSF et RSF+.

D) (Avenant 5 nov. 2018, étendu) - Montant des prestations

Les prestations sont identiques à celles du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) ou du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF), en fonction de la garantie souscrite par l'officine dont relèvent les bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties.

Les tableaux des garanties sont présentés en Annexe IV.3.

E) Retraités cadres et assimilés, ayant adhéré, avant le 1^{er} janvier 1994, à un contrat d'assurance mettant

en œuvre les garanties de frais de soins de santé définies au III

Mod. par Accord 1^{er} déc. 2010, étendu par arr. 13 juill. 2011, JO 22 juill.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FDPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

a- Retraités ayant adhéré avant le 1^{er} janvier 1994 au contrat proposé par Allianz IARD (ex-AGF)

Les anciens membres du personnel cadre ou assimilé cadre des entreprises adhérentes qui, au 31 décembre 1993, étaient retraités et bénéficiaient, à ce titre, d'une pension vieillesse de la sécurité sociale, et qui, au 31 décembre 2009, adhéraient, à titre individuel, au contrat défini en annexe de la convention d'assurance n° 35.92.0000 «Chirurgie-Maladie-Maternité» souscrite auprès des Assurances générales de France (AGF), aujourd'hui Allianz IARD, peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de soins de santé en adhérant au contrat proposé aux anciens salariés de la Pharmacie d'officine, dans les conditions prévues ci-après.

Les remboursements de frais de soins de santé relatifs à cette adhésion individuelle sont identiques à ceux prévus au régime des salariés cadres de la Pharmacie d'officine, selon le choix qui avait été effectué par le retraité lors de son adhésion (RPO ou RSF).

Par dérogation au C., le montant des cotisations dues en contrepartie des prestations versées est fixé comme suit à compter du 1^{er} janvier 2011, selon le taux d'abattement pratiqué par Allianz IARD :

Maintien du «Régime professionnel obligatoire»					
Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %)	Évolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)				
	2011	2012	2013	2014	2015
7 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
14 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
21 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
28 %	93 %	95 %	98 %	100 %	100 %
35 %	83 %	85 %	87 %	89 %	91 %
42 %	75 %	78 %	81 %	84 %	86 %
49 %	67 %	71 %	74 %	78 %	82 %
56 %	59 %	64 %	68 %	73 %	77 %
63 %	52 %	57 %	62 %	68 %	73 %
70 %	44 %	50 %	56 %	63 %	69 %
100 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %
(*) Le montant de cette cotisation est révisable chaque année, en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance, sur proposition du comité de gestion. (Avenant 2 oct. 2017, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) (*) Le montant de cette cotisation est révisable, en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé, par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine.					

Maintien du «Régime professionnel obligatoire»					
Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %)	Évolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)				
	2016	2017	2018	2019	2020
7 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
14 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Maintien du «Régime professionnel obligatoire»					
Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %)	Évolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)				
	2016	2017	2018	2019	2020
21 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
28 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
35 %	93 %	94 %	96 %	98 %	100 %
42 %	89 %	92 %	95 %	98 %	100 %
49 %	85 %	89 %	92 %	96 %	100 %
56 %	82 %	86 %	91 %	95 %	100 %
63 %	79 %	84 %	89 %	95 %	100 %
70 %	75 %	82 %	88 %	94 %	100 %
100 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %

(Avenant 2 oct. 2017, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) (*) Le montant de cette cotisation est révisable, en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé, par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine.

Maintien du «Régime supplémentaire facultatif»					
Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %)	Évolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)				
	2011	2012	2013	2014	2015
35 %	87 %	89 %	90 %	92 %	93 %
42 %	78 %	80 %	83 %	85 %	88 %
49 %	68 %	72 %	75 %	79 %	82 %
56 %	59 %	64 %	68 %	73 %	77 %
63 %	50 %	55 %	61 %	66 %	72 %
70 %	40 %	47 %	53 %	60 %	67 %
100 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %

(Avenant 2 oct. 2017, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) (*) Le montant de cette cotisation est révisable, en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé, par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine.

Maintien du «Régime supplémentaire facultatif»					
Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %)	Évolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)				
	2016	2017	2018	2019	2020
35 %	94 %	96 %	97 %	99 %	100 %
42 %	90 %	93 %	95 %	97 %	100 %
49 %	86 %	89 %	93 %	96 %	100 %
56 %	82 %	86 %	91 %	96 %	100 %
63 %	78 %	83 %	89 %	94 %	100 %
70 %	73 %	80 %	87 %	93 %	100 %

Maintien du «Régime supplémentaire facultatif»					
Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %)	Évolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)				
	2016	2017	2018	2019	2020
100 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
(Avenant 2 oct. 2017, étendu ; Avenant 5 nov. 2018, étendu) (*) Le montant de cette cotisation est révisable, en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé, par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine.					

Les dispositions du présent a) sont également applicables aux membres de la famille à charge du retraité cadre ou assimilé cadre au sens des dispositions du A.

b- Retraités ayant adhéré avant le 1^{er} janvier 1994 au contrat proposé par Generali Vie (ex-France Vie)

Les anciens membres du personnel cadre ou assimilé cadre des entreprises adhérentes qui, au 31 décembre 1993, étaient retraités et bénéficiaient à ce titre d'une pension vieillesse de la sécurité sociale, et qui, au 31 décembre 2009, adhéraient à titre individuel à la convention d'assurance collective n° 1532 souscrite auprès de la Compagnie La France Vie, aujourd'hui Générali Vie, peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de soins de santé en adhérant au contrat proposé aux anciens salariés de la Pharmacie d'officine, dans les conditions prévues ci-après. Le montant des prestations garanties au titre de cette adhésion individuelle est identique à celui prévu au régime des salariés cadres de la Pharmacie d'officine.

Par dérogation au C., il est institué à compter du 1^{er} janvier 2011 une cotisation à la charge des retraités définis au premier paragraphe du présent b) dont le montant est fixé comme suit :

Maintien du «Régime professionnel obligatoire»					
Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %)	Évolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)				
	2011	2012	2013	2014	2015
100 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %
(Avenant 2 oct. 2017, étendu) (*) Le montant de cette cotisation est révisable, en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé, par la commission paritaire nationale.					

Maintien du «Régime professionnel obligatoire»					
Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %)	Évolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)				
	2016	2017	2018	2019	2020
100 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
(Avenant 2 oct. 2017, étendu) (*) Le montant de cette cotisation est révisable, en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé, par la commission paritaire nationale.					

Les dispositions du présent b) sont également applicables aux membres de la famille à charge du retraité cadre ou assimilé cadre au sens des dispositions du A.

c- Cessation des garanties

Les retraités et les membres de leur famille à charge, tels que définis au a) et b), qui décideront de ne pas renouveler leur adhésion dans les conditions respectivement fixées au a) et b) en vue de bénéficier des garanties déterminées au VIII., doivent le notifier à leur assureur dans les meilleurs délais. Ces derniers cesseront de bénéficier du maintien des garanties de frais de soins de santé à compter du 1^{er} juillet 2011.

Les intéressés pourront cependant demander, au plus tard le 31 décembre 2011, l'adhésion individuelle à un contrat de frais de soins de santé proposé par l'assureur qui, jusqu'à cette date, leur assurait une couverture complémentaire de frais de soins de santé, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical. Ce contrat est indépendant du régime de frais de soins de santé de la branche et est proposé sous la seule responsabilité de l'un ou l'autre des coassureurs.

VIII. Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime

Mod. par Avenant 16 janv. 2014, étendu par arr. 6 juill. 2015, JO 14 juill., applicable à compter du 1^{er} mars 2014

Mod. par Avenant 24 sept. 2015, étendu par arr. 28 avr. 2017, JO 30 avr., applicable à compter du 1^{er} oct. 2015

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc. 2019, applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter du 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

(Avenant 24 sept. 2015, étendu ; Avenant 7 juin 2022, étendu) Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, des garanties prévoyance et frais de soins de santé, est mis en œuvre, sans supplément de cotisation, par les régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la Pharmacie d'officine, y compris en cas d'acceptation, par le bénéficiaire des prestations, d'un contrat de sécurisation professionnelle.

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

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

IX. Maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter du 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur (notamment congés payés, arrêts de travail pour maladie ou accident, arrêts de travail pour maternité, paternité ou adoption, activité partielle...), les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit à charge au sens du présent régime, bénéficient du maintien de l'ensemble des garanties des régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé prévues par la présente Annexe IV-2.

Par indemnisation de l'employeur, il convient d'entendre les situations dans lesquelles le salarié bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire par son employeur ou bien de tout revenu de remplacement (indemnité d'activité partielle, indemnités journalières complémentaires, rente d'invalidité...) financé au moins pour partie par l'employeur ou versé directement par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

Sans préjudice de dispositions plus favorables de la présente Annexe IV-2 prévoyant un maintien gratuit des garanties, ce maintien donne lieu au paiement, par les employeurs comme par les salariés, des cotisations afférentes aux régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé calculées conformément aux taux fixés au II - Cotisations - de la présente Annexe IV-2.

Sans préjudice des cotisations forfaitaires, dont le montant demeure inchangé durant la période de maintien, l'assiette

à retenir pour le calcul des cotisations est constituée de l'indemnisation dont bénéficie le salarié dans le cadre de la suspension du contrat de travail (maintien total ou partiel du salaire par l'employeur, indemnisation légale ou conventionnelle complétée, le cas échéant, d'une indemnisation complémentaire versée par l'employeur).

Le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas de décès ou d'arrêt de travail intervenu pendant la période de suspension du contrat de travail non rémunérée est calculé conformément aux règles fixées par la présente Annexe IV-2.

X. Maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé en cas de congé sans solde d'une durée d'au plus 30 jours ouvrables

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 1^{er} juin 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

En cas de congé sans solde, pris en une ou plusieurs fois, d'une durée d'au plus 30 jours ouvrables par année civile, le salarié et, le cas échéant, ses ayants droit à charge au sens du présent régime, bénéficient du maintien de l'ensemble des garanties des régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé prévues par la présente Annexe IV-2.

Ce maintien donne lieu au paiement, par les employeurs comme par les salariés, de la seule cotisation forfaitaire «Frais de soins de santé» assise sur le plafond mensuel de la sécurité sociale (*Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «de la seule cotisation forfaitaire «Frais de soins de santé» assise sur le plafond mensuel de la sécurité sociale» sont remplacés par les termes «de la seule quote-part forfaitaire de cotisation «Frais de soins de santé» exprimée en euros»*), calculée conformément aux taux et selon la clé de répartition fixés par la présente Annexe IV-2.

Le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas de décès ou d'arrêt de travail intervenu pendant la période de suspension du contrat de travail non rémunérée est calculé conformément aux règles fixées par la présente Annexe IV-2.

Accord du 2 décembre 2009

[Étendu par arr. 1^{er} déc. 2010, JO 8 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2010]

Mod. par Accord 1^{er} déc. 2010, étendu par arr. 13 juill. 2011, JO 22 juill.

Vu la convention collective nationale étendue du 3 décembre 1997 de la Pharmacie d'officine, notamment, en son annexe IV, les dispositions relatives au régime de prévoyance des cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine ;

Considérant que le régime de prévoyance des cadres de la Pharmacie d'officine a été institué par avenant du 22 juin 1965 à la convention collective nationale des cadres de la Pharmacie d'officine du 1^{er} avril 1964, alors en vigueur, ledit régime, devenu le régime de prévoyance des cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine, résultant aujourd'hui des termes de l'article 9 des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective susvisée ;

Étant rappelé que, pour assurer la mise en œuvre de ce régime et décharger les pharmacies d'officine de leurs obligations en matière de prévoyance, les parties signataires de la convention collective susvisée ou celles qui y ont adhéré ont, après en avoir défini les cotisations et les prestations, considéré que ce régime pouvait être assuré, selon le choix opéré par chaque pharmacie d'officine, par l'adhésion aux contrats proposés d'une part, par les Assurances Générales de France (AGF), société d'assurance régie par le code des assurances, aujourd'hui dénommée Allianz et, d'autre part, par La France Vie devenue Generali Vie, dans le cadre d'un contrat d'assurance de groupe souscrit par l'Association de Prévoyance du Groupe Mornay Europe (APGME) auprès de cette société d'assurance ; qu'ils ont,

à cet effet, mentionné les AGF à l'annexe IV de la convention collective ; que les signataires de la convention collective susvisée ou ceux qui y ont adhéré ont constamment veillé à ce que ces contrats offrent, a minima, les prestations définies par ladite convention collective, que chacune des sociétés d'assurance présente annuellement à un Comité de gestion, composé paritairement de représentants des organisations syndicales signataires de la convention collective susvisée les résultats techniques et financiers de ces contrats ; qu'ils se sont constamment assurés que ces contrats étaient financièrement équilibrés et que les excédents techniques et financiers dégagés par les contrats d'assurance souscrits revenaient bien au régime ; qu'ils ont procédé, à plusieurs reprises et en dernier lieu en 2008, à des améliorations de garanties motivées par les réserves suffisantes dont dispose ledit régime ; qu'ils ont, enfin, procédé régulièrement au réexamen du choix des organismes assureurs mentionnés ci-dessus, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ;

Soucieuses de renforcer et d'améliorer le régime de prévoyance mis en place, les parties signataires du présent accord ont décidé de procéder à l'unification complète des garanties proposées par chacune des sociétés d'assurance - cette unification des garanties, pour les bénéficiaires, étant réalisée sur la base de l'avantage le plus favorable - et d'assurer une pleine et entière mutualisation des risques couverts par le régime, d'une part par la constitution de réserves uniques (provision d'égalisation et provision pour participation aux excédents) et, d'autre part, par la conclusion, entre les deux assureurs concernés, d'une convention de coassurance ;

Les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des points suivants :

Article 1er

Améliorations des garanties relatives au régime de prévoyance

Mod. par Accord 1^{er} déc. 2010, étendu par arr. 13 juill. 2011, JO 22 juill.

a

Unification des garanties de prévoyance

Il est retenu parmi les garanties prévues antérieurement au 31 décembre 2009 respectivement par le ou les contrats souscrits d'une part par l'Association de Prévoyance du Groupe Mornay Europe (APGME), association de la loi de 1901 dont le siège social est situé 5 à 9, rue Van Gogh, 75591, Paris Cedex 12 auprès de Generali Vie, société d'assurance régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé au 11, boulevard Haussmann 75009 Paris, et, d'autre part, auprès d'Allianz, société d'assurance régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 87, rue de Richelieu, 75002, Paris, celles qui sont les plus favorables aux salariés cadres et assimilés des pharmacies d'officine.

Le tableau joint en annexe au présent accord fixe les garanties appelées à se substituer, dès lors qu'elles sont plus favorables à leurs bénéficiaires, aux garanties actuelles du régime de prévoyance des cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine figurant à l'annexe IV de la convention collective susvisée.

b

Définition d'un régime unique de remboursement des frais de soins de santé pour les retraités de la Pharmacie d'officine

(Accord 1^{er} déc. 2010, étendu) Un régime unique de remboursement des frais de soins de santé pour les retraités de la Pharmacie d'officine sera défini, par voie d'accord collectif, avant le 31 décembre 2010, en fonction des éléments juridiques et techniques obligatoirement transmis aux signataires du présent accord avant le 31 janvier 2010, par les assureurs mettant en œuvre ces garanties. Les résultats éventuellement dus par ceux-ci au titre des assurés ayant pris leur retraite avant le 1^{er} janvier 1994 devront être affectés à la provision pour participation aux excédents avant le 31 mars 2010.

Article 2

Mutualisation intégrale des risques entre les organismes assureurs mettant en œuvre le régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine et constitution de réserves communes

a

Mise en œuvre du régime

(Voir Introduction de l'annexe IV relative au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine)

b

Conventions de coassurance entre les deux organismes assureurs

La gestion du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine est réalisée, à compter du 1^{er} janvier 2010, dans le cadre de deux conventions de coassurance, l'une pour les garanties décès et incapacité - invalidité et l'autre, pour les remboursements de frais de soins de santé, conclues entre Allianz et Generali Vie. Les risques ainsi assurés, pour chacune des conventions de coassurance, sont répartis sur la base des encaissements constatés en 2008, soit 2/3 pour Generali Vie et 1/3 pour Allianz, cette dernière société d'assurance étant

désignée comme apériteur de la coassurance.

En cas de regroupements de pharmacies d'officine au sens des dispositions de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique, les salariés cadres et assimilés sont affiliés à l'organisme assureur au choix de l'officine issue du regroupement. Il en va de même en cas de création d'une nouvelle officine de pharmacie, ou de première affiliation d'un salarié cadre ou assimilé dans une officine de pharmacie.

c

Comité de gestion

(Voir art. 9 des dispositions particulières applicables aux cadres et relatif au contrat de prévoyance)(Voir Introduction de l'annexe IV relative au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine)

d

Réserves du régime

Les provisions d'égalisation et provisions pour participation aux excédents constituées par chacune des sociétés d'assurance Allianz et Generali vie sont mises en commun à compter du 1^{er} janvier 2010.

Article 3

Modifications contractuelles

Les pharmacies d'officine adhérentes aux contrats proposés avant le 31 décembre 2009 par Allianz et par Generali Vie, pour cette dernière par l'intermédiaire de l'APGME, adhérent, à compter du 1^{er} janvier 2010, d'une part à la convention de coassurance relative à la couverture des risques décès et incapacité - invalidité et, d'autre part, à la convention de coassurance relative aux remboursements complémentaires de frais de soins de santé.

Les conventions de coassurance mentionnées au premier alinéa du présent article préciseront notamment les points suivants :

- maintien de la garantie décès aux assurés en incapacité de travail ou en invalidité ;
- modalités et délais du transfert de la provision d'égalisation et de la provision pour participation aux excédents.

Article 4

Modification de la clause de réexamen de la mutualisation des risques

(Voir art. 9 des dispositions particulières applicables aux cadres et relatif au contrat de prévoyance)

Les dispositions du 9 de l'article 9 - Contrat de prévoyance - des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée ainsi modifiées, s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2011.

Article 5

Mise en concurrence des organismes assureurs participant à la coassurance du régime

Il sera organisé, avant le 31 décembre 2010, une mise en concurrence entre les organismes assureurs mentionnés au présent accord et tout organisme assureur habilité pour le régime décès et incapacité - invalidité et le régime de frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine aux fins de s'assurer que les organismes assureurs actuellement désignés fournissent aux pharmacies d'officine et à leurs salariés cadres et assimilés le meilleur service possible.

Sous réserve de l'application intégrale des dispositions prévues au b de l'article 1^{er} du présent accord et de la mise en place, avec effet au 1^{er} janvier 2010, des deux conventions de coassurance conformément aux dispositions de l'article 3, Generali, Allianz et l'IPGM, en sa qualité d'institution à gestion paritaire membre du Groupe Mornay, pourront présenter une proposition dans le cadre de cette mise en concurrence.

Article 6

Prise d'effet et formalités d'extension

Le présent accord prendra effet au 1^{er} janvier 2010 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Annexe

En application de l'article 1er de l'accord collectif national du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine, les garanties ci-après énoncées se substituent, en tant qu'elles améliorent le niveau de certaines des garanties du régime de prévoyance des cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, à celles ayant le même objet mentionnées dans l'annexe IV à la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

I- Maladie - Chirurgie - Maternité (prestations en nature)

A- Régime professionnel obligatoire - Montant des remboursements

Les remboursements au titre du régime professionnel obligatoire sont effectués sur la base des frais réellement exposés par l'assuré et sont limités à des plafonds ci-après définis :

Nature des prestations	Prestations assurées
Frais d'honoraires médicaux ⁽¹⁾ :	
- consultation médecin généraliste	115 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- visite médecin généraliste	115 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- consultation médecin spécialiste	144 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- visite médecin spécialiste	161 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- consultation médecin psychiatre	114 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- visite médecin psychiatre	195 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- consultation médecin cardiologue	175 % du tarif de convention (en complément des prestations versées par la sécurité sociale)
Frais d'honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux)	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Radiologie en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽²⁾
Radiologie en secteur non conventionné	330 % du remboursement de la sécurité sociale
Échographie en secteur conventionné	255 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Échographie en secteur non conventionné	1 594 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽²⁾
⁽¹⁾ Sans que le montant des prestations ne puisse être inférieur à 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.	
⁽²⁾ Ces prestations sont versées par le régime sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.	

B- Régime supplémentaire facultatif - Montant des remboursements

Les remboursements au titre du régime supplémentaire facultatif sont effectués sur la base des frais réellement exposés par l'assuré et sont limités à des plafonds ci-après définis :

Nature des prestations	Prestations assurées
Frais d'honoraires médicaux ⁽¹⁾ :	
- consultation médecin généraliste	115 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- visite médecin généraliste	115 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- consultation médecin spécialiste	157 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- visite médecin spécialiste	175 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- consultation médecin psychiatre	123 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- visite médecin psychiatre	215 % du tarif de convention ⁽¹⁾
- consultation médecin cardiologue	175 % du tarif de convention (en complément des prestations versées par la sécurité sociale)
Frais d'honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux)	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Radiologie en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽²⁾
Radiologie en secteur non conventionné	330 % du remboursement de la sécurité sociale
Échographie en secteur conventionné	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale

Nature des prestations	Prestations assurées
Échographie en secteur non conventionné	1 738 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽²⁾
⁽¹⁾ Sans que le montant des prestations ne puisse être inférieur à 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale. ⁽²⁾ Ces prestations sont versées par le régime sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.	

II- Arrêts de travail (prestations en espèces)

A- Invalidité permanente

(Voir B relatif à l'invalidité permanente, chapitre IV de l'annexe IV)

B- Exonération du paiement des cotisations relatives aux frais de soins de santé en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

L'exonération du paiement des cotisations relatives aux frais de soins de santé en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité joue pendant la période d'incapacité de travail ou d'invalidité indemnisée par la Sécurité sociale tant que le contrat de travail est maintenu et dans la limite d'une durée maximale de trois années à compter de l'arrêt de travail, sous réserve que l'entreprise adhérente continue à cotiser au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés pour le personnel en activité.

III- Rentes éducation

A- Montant annuel de la rente éducation servie en cas d'invalidité

(Voir C «Rente éducation», Chapitre IV de l'annexe IV)

B- Montant annuel de la rente éducation servie en cas de décès

(Voir «Rente éducation en cas de décès», Chapitre V de l'annexe IV)

Mise en concurrence pour la gestion du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés

Accord du 2 décembre 2009

[Étendu par arr. 1^{er} déc. 2010, JO 8 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2010]

Exposé

Vu la convention collective nationale étendue du 3 décembre 1997 de la Pharmacie d'officine, notamment, en son annexe IV, les dispositions relatives au régime de prévoyance des cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine ;

Vu les dispositions de l'accord collectif national du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine, notamment son article 4 ;

Désireuses d'améliorer la qualité de la gestion technique, financière et administrative du régime par une mise en concurrence, qui devra intervenir avant la fin de l'exercice 2010, des organismes assureurs ;

Les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des points suivants :

Accord

Article 1er

Mise en concurrence des organismes assureurs

Il sera organisé une mise en concurrence entre les organismes assureurs mentionnés à l'accord collectif du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine et tout organisme assureur habilité pour le régime décès et incapacité- invalidité et le régime de frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine aux fins de s'assurer que les organismes assureurs actuellement désignés fournissent aux pharmacies d'officine et à leurs salariés cadres et assimilés le meilleur service possible en ce qui concerne notamment :

- la qualité du provisionnement des engagements ;
- la participation des assurés aux excédents ou bénéfices techniques et financiers ;
- la protection des provisions et réserves affectées au régime ;
- le caractère suffisant du tarif ;
- les frais de gestion ;

la capacité, par une organisation suffisante, à rechercher et à couvrir l'ensemble des pharmacies d'officine de la branche, notamment dans les DOM ;

— la qualité des contrats proposés, notamment des clauses relatives aux droits des assurés, et de l'information délivrée à ceux-ci ;

— la qualité des informations fournies par les organismes assureurs au comité de gestion ;

— la solvabilité globale des organismes assureurs ou du groupe auquel ils appartiennent ;

— la qualité de leur organisation et des services qu'ils apportent aux entreprises adhérentes comme aux participants.

Cette mise en concurrence devra intervenir avant le 31 décembre 2010.

Article 2

Principes applicables à la mise en concurrence

La mise en concurrence prévue à l'article 1er sera réalisée conformément aux principes de transparence et de non discrimination entre les candidats à la gestion des régimes précisés notamment par la communication interprétative de la Commission européenne relative au droit communautaire applicable aux passations de marchés non soumises ou partiellement soumises aux directives «marchés publics» (2006/C 179/02).

Les modalités d'organisation de la mise en concurrence seront précisées dans un protocole particulier qui sera soumis pour validation aux autorités administratives compétentes.

Article 3

Définition des critères de choix

Un cahier des charges comportant la description détaillée des garanties à mettre en œuvre et des critères qui seront utilisés pour apprécier les propositions des candidats à la gestion des régimes sera élaboré et annexé au protocole mentionné à l'article 2 ci-dessus.

Dans le cas où le nombre des candidats à la gestion des régimes serait supérieur à cinq, les signataires du présent accord se réservent la possibilité d'opérer, sur la base des critères de choix qu'ils auront définis préalablement, une présélection conduisant à retenir au maximum cinq organismes assureurs afin d'opérer leur choix final.

Article 4

Prise d'effet et formalités d'extension

Le présent accord prendra effet au 1^{er} janvier 2010 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Règlement intérieur du Comité de gestion du régime de prévoyance

Accord du 17 mars 2010

[Non étendu]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FNSS CFDT ;

FNPF FO ;

FNPEC CFE-CGC ;

FNSSS CFTC.

Article 1er

Objet

Le présent règlement intérieur fixe les missions, la composition et les règles de fonctionnement du Comité de gestion prévu par l'article 9 des dispositions particulières applicables aux cadres et assimilés de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, étendue par arrêté ministériel du 13 août 1998, modifié notamment par l'accord collectif national du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine.

Il se substitue en son entier aux précédents règlements intérieurs qu'il remplace en toutes leurs dispositions.

Article 2

Rôle du comité

Le Comité de gestion constitue l'organe paritaire de surveillance et de contrôle des opérations des organismes d'assurance désignés pour mettre en œuvre le régime de prévoyance complémentaire déterminé par la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ainsi que des délégataires de gestion.

Il exerce en toute indépendance ses attributions, telles que définies à l'article 3, dans l'intérêt des pharmacies d'officine, de leurs salariés cadres et assimilés et des bénéficiaires de prestations.

Il rend compte, chaque année et aussi souvent que nécessaire, de ses travaux à la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine qui a, seule, compétence pour apporter au régime de prévoyance de la branche les modifications nécessaires par la voie d'avenants à la convention collective.

Article 3

Attributions du comité

Le Comité de gestion exerce notamment les attributions suivantes :

1^o il s'assure en permanence de la stricte conformité de la ou des conventions d'assurance souscrites par les pharmacies d'officine au profit de leurs salariés cadres et assimilés avec la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine ainsi qu'avec les textes légaux et réglementaires et les accords collectifs nationaux interprofessionnels relatifs aux régimes de protection sociale complémentaire.

2^o il demande aux organismes d'assurance désignés de lui présenter, chaque année, une note d'analyse exposant les modifications apportées au cours de l'année aux textes légaux et réglementaires ainsi qu'aux accords collectifs nationaux interprofessionnels applicables ou susceptibles de s'appliquer au régime de prévoyance de la branche et aux opérations d'assurance (garantie des risques et gestion administrative) nécessaires à sa mise en œuvre.

Lorsque les modifications sont d'application immédiate ou d'application rapprochée, il veille à ce que les organismes assureurs, dans le cadre de leur obligation de conseil et d'information, en informent et en saisissent sans délai le Comité de gestion.

3^o Au plus tard dans le mois qui suit la réception des documents mentionnés à l'article 4, le Comité de gestion se réunit pour procéder à leur examen. Les organismes assureurs sont alors convoqués afin de présenter les résultats de l'exercice passé et les documents transmis et répondre aux questions posées par les membres du Comité de gestion.

Le Comité de gestion peut se faire assister d'un ou plusieurs experts. Il peut également demander à ces experts une note d'analyse des documents transmis par les organismes assureurs. Cette note est alors remise à chacun des membres du Comité de gestion 7 jours au plus tard avant la tenue de la réunion relative à l'examen des comptes et du rapport sur les comptes. Elle est communiquée, sur décision du Comité de gestion, aux organismes assureurs.

Le Comité de gestion se prononce sur les comptes, au plus tard avant le 30 juin de chaque année, hors de la présence des organismes assureurs. Il peut soit approuver les comptes, soit exprimer une ou plusieurs réserves sur ceux-ci.

Après approbation des comptes, le Comité de gestion se prononce sur les propositions d'affectation, après dotation des réserves légales et prévues contractuellement, des résultats de l'exercice écoulé. Il peut à cette occasion élaborer toute proposition de modification du régime. Ces décisions et propositions du Comité de gestion sont communiquées aux organismes assureurs et transmises à la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine qui se prononce sur les propositions du Comité de gestion lors de sa plus prochaine réunion.

4^o Le Comité de gestion peut décider de confier à un ou plusieurs experts une mission d'audit auprès du ou des assureurs ou délégataires de gestion du régime.

Cette mission ne peut concerner que les opérations d'assurance et de gestion administrative relatives au régime de prévoyance complémentaire de la branche. Elle peut notamment porter sur l'état des adhésions des pharmacies d'officine aux contrats des organismes assureurs, l'encaissement des cotisations, la liquidation et le service des prestations, les systèmes informatiques, l'information délivrée aux pharmacies d'officine et aux salariés et bénéficiaires de prestations, la garantie, par des provisions suffisantes, des engagements, la gestion financière des actifs, la conformité de la restitution des excédents aux dispositions contractuelles, la réassurance et l'action sociale.

Lorsque le Comité de gestion décide de faire effectuer un audit par un ou des experts de son choix, il en informe les organismes assureurs par lettre recommandée avec demande d'avis de réception avant le début de la mission d'audit afin que soient tenus à la disposition des experts missionnés les documents nécessaires à l'exercice de leur mission.

Au terme de la mission d'audit, le ou les experts établissent un rapport qui est remis et présenté au Comité de gestion. Celui-ci en adresse une copie aux organismes assureurs et, si nécessaire, aux délégataires de gestion.

Le ou les organismes assureurs et délégataires de gestion peuvent présenter des observations écrites à la suite du rapport d'audit. S'ils demandent à être entendus par le Comité de gestion, en présence ou hors de la présence du ou des experts ayant réalisé la mission d'audit, le Comité de gestion est tenu de satisfaire à leur demande dans un délai de quinze jours à compter de celle-ci.

5° Le Comité de gestion propose pour l'exercice à venir le montant des cotisations afférentes au maintien des garanties à titre individuel des anciens salariés cadres ou assimilés d'entreprises adhérentes. Le Président du Comité de gestion soumet ces propositions à la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine.

6° Le Comité de gestion examine les demandes d'adhésion d'entreprises ou de personnes morales qui, sans relever de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine, ont un lien direct avec la branche et décide, après examen, de leur admission ou du rejet de leur demande.

7° Le Comité de gestion procède aux études en vue de la négociation par les partenaires sociaux des modifications à apporter au régime de prévoyance en tenant compte, notamment, des évolutions législatives et réglementaires en matière de protection sociale ainsi que des résultats du régime. Il adresse à la Commission paritaire toute proposition qui lui paraît utile.

8° Le Comité de gestion assure la gestion du Fonds de Solidarité du Régime.

Le Fonds de Solidarité est financé par un prélèvement sur le solde créditeur général du compte de résultats de l'exercice considéré dont le Comité de gestion détermine le montant après approbation des comptes.

Ce Fonds de Solidarité est destiné à permettre l'attribution, à l'appréciation et sur décision du Comité de gestion, d'allocations exceptionnelles en complément des remboursements déjà effectués par la Sécurité Sociale et le régime complémentaire de frais de soins de santé, à des salariés qui ont dû faire face à des dépenses de santé particulièrement importantes eu égard à leurs ressources familiales. En outre, et compte tenu du niveau de ressources familiales du bénéficiaire, des allocations peuvent être attribuées, exceptionnellement, pour des dépenses de santé non remboursées par la Sécurité Sociale lorsqu'il s'agit de techniques, de soins ou de médicaments non inscrits dans la nomenclature de la Sécurité Sociale.

9° Le Comité de gestion détermine les modalités relatives à l'indemnisation de ses membres pour les réunions auxquelles ils participent. À ce titre, les membres du Comité de gestion ont droit au remboursement des frais de déplacement ou de séjour ainsi que des pertes de salaires et de ressources subies à l'occasion de leur participation à ces réunions.

10° Lorsqu'il constate des manquements graves à la mise en œuvre du régime ou aux obligations d'information et d'analyse figurant au présent règlement, le Comité de gestion peut proposer à la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine de procéder au réexamen du choix du ou des organismes assureurs. Dans ce cas, il établit un rapport motivé qu'il transmet à la Commission paritaire nationale qui est tenue d'inscrire ce point à l'ordre du jour de sa plus prochaine réunion.

Article 4

Comptes annuels et rapport sur les comptes des conventions d'assurance

Le Comité de gestion s'assure que les organismes assureurs établissent chaque année des comptes séparés d'une part, pour chaque convention d'assurance et d'autre part, au sein de chaque convention, en distinguant entre le régime obligatoire pour l'ensemble des entreprises de la branche (régime professionnel obligatoire) et le régime facultatif proposé aux entreprises de la branche (régime supplémentaire facultatif).

Il veille également à ce que les organismes assureurs lui adressent, chaque année, conformément aux dispositions de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et de l'article 3 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les comptes du régime de prévoyance de la branche ainsi qu'un rapport sur celui-ci.

Le rapport annuel sur les comptes de chaque convention d'assurance comprend notamment :

- une note technique détaillée présentant et justifiant les conditions et modalités selon lesquelles les engagements sont déterminés et garantis par des provisions suffisantes ainsi que leur évolution au cours des cinq derniers exercices,
- une note détaillant les différents postes relatifs aux charges de gestion administrative du régime et, plus particulièrement, les charges communes de gestion imputées au régime,
- une note analysant les résultats de la politique de gestion financière du ou des organismes assureurs au cours des cinq derniers exercices,
- une note présentant la politique de réassurance du régime et ses résultats au cours des cinq derniers exercices,
- des éléments statistiques relatifs notamment au nombre de pharmacies d'officine et de salariés couverts, aux bénéficiaires de prestations et aux évolutions de la sinistralité pour chacun des risques couverts,
- les résultats par convention d'assurance et par régime et leur affectation conformément aux dispositions contrac-

tuelles,

- un état de l'action sociale du régime,

- une note présentant la situation du ou des organismes assureurs en ce qui concerne d'une part leur solvabilité au titre de l'exercice passé et des trois prochains exercices et d'autre part la situation et les évolutions du groupe auquel ils appartiennent. Cette note est accompagnée des états C5, C6 et de l'état récapitulatif des placements.

Le Comité de gestion veille à ce que ces documents lui soient adressés, au plus tard, le 31 mai de chaque exercice.

Article 5

Relations avec les organismes assureurs

Le Comité de gestion fait toute diligence pour que les assureurs :

a) appliquent strictement les dispositions de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine et s'abstiennent de toute initiative qui pourrait mettre en cause sa force obligatoire, telle qu'elle résulte de la négociation collective entre organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés et des arrêtés ministériels pris pour son extension,

b) fournissent au Comité de gestion l'ensemble des éléments d'information et d'analyse prévus par le présent Règlement,

c) ne fassent pas obstacle aux demandes et aux contrôles du Comité de gestion,

d) respectent l'indépendance des membres du Comité de gestion et de la Commission paritaire nationale.

Article 6

Obligation de discrétion

Pour l'exercice des attributions mentionnées au 8° de l'article 3, les membres du Comité de gestion ainsi que toute personne appelée à participer aux réunions du Comité, sont tenus à la discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président du Comité.

Article 7

Composition du comité de gestion

Le Comité de gestion est composé, à parité, de représentants des organisations syndicales signataires de la convention collective ci-dessus, ou y ayant adhéré.

Il comprend :

- Un collège des salariés composé de trois membres pour chacune des organisations syndicales C.G.T., C.G.T.-F.O., C.F.T.C, C.F.E.-C.G.C, C.F.D.T.,

- Un collège des employeurs composé à part égale de représentants de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (F.S.P.F.), de l'Union Nationale des Pharmacies de France (U.N.P.F), de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (U.S.P.O.), dont le nombre ne peut être supérieur ensemble au nombre total des membres représentant l'ensemble des organisations syndicales de salariés.

Avant la première réunion de chaque exercice, chaque organisation communique aux organismes assureurs la liste et les coordonnées des personnes devant siéger au sein du Comité de gestion.

Les représentants des organismes assureurs du régime de prévoyance assistent aux réunions du Comité de gestion en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour, ainsi que l'aide matérielle nécessaire à son fonctionnement.

Peuvent également assister aux réunions du Comité de gestion des experts missionnés conjointement par les organisations syndicales signataires de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine ou y ayant adhéré.

Article 8

Représentation des membres du comité de gestion

Tout membre du Comité de gestion empêché de participer à une réunion du comité peut se faire représenter par un membre appartenant au même collège auquel il aura donné pouvoir à cet effet.

Article 9

Bureau

1

Composition du Bureau

Chaque année, lors de sa première réunion, le Comité de gestion élit parmi ses membres un Bureau comprenant :

- Un Président,

- Un Vice-président,

-
- Un Secrétaire,
 - Un Secrétaire adjoint.

Le Président doit appartenir alternativement au collège des salariés ou au collège des employeurs, sauf désistement exprès du collège auquel devrait revenir la présidence.

Le Vice-président doit appartenir au collège des employeurs lorsque le Président appartient au collège des salariés et au collège des salariés lorsque le Président appartient au collège des employeurs.

Le Secrétaire doit appartenir au même collège que le Président.

Le Secrétaire adjoint doit appartenir au même collège que le Vice-président.

Dans le cas où un membre du Bureau cesserait ses fonctions de membre du Bureau pour quelque cause que ce soit, il sera procédé à une élection en vue de son remplacement par un membre appartenant au même collège ; le mandat du remplaçant expirera à la fin de l'exercice en cours.

2 **Élection du Bureau**

Le Président et le Vice-président sont élus à l'unanimité des deux collèges, la position de chaque collège étant au préalable déterminée au moyen d'un vote exprimé dans les conditions prévues à l'article 11 ci-dessous. Si l'unanimité ne se réalise pas au cours du premier tour de scrutin, il est organisé autant de tours qu'il est nécessaire.

Le collège auquel appartient le Président, votant séparément, conformément aux dispositions de l'article 11 ci-dessous, élit le Secrétaire. L'autre collège votant séparément, conformément aux dispositions de l'article 11 ci-dessous élit le Secrétaire adjoint.

3 **Rôle du Bureau**

Le Bureau, pris en la personne du Président, peut, sur demande du Comité de gestion, assumer certaines démarches en son nom et suivre la bonne exécution de ses décisions. À moins d'une délégation de pouvoir expresse du Comité, limitée à certains sujets particuliers, le Président n'a de pouvoir de décision que pour statuer sur les demandes urgentes d'aide exceptionnelle présentées au titre du Fonds de solidarité du régime.

Article 10 **Fonctionnement du comité**

Dans le cadre de l'exécution de ses attributions telles que définies à l'article 3 ci-dessus, le Comité de gestion se réunit, sur convocation de son Président, aussi souvent que l'intérêt du régime l'exige et au moins une fois par an.

Lors de la dernière réunion d'un exercice, le Comité de gestion détermine la périodicité et le calendrier des réunions de l'exercice suivant. En dehors des dates ainsi fixées, le Comité se réunit éventuellement, en cas de nécessité, après accord entre le Président et le Vice-président, sur convocation écrite mentionnant l'ordre du jour et sous préavis de 15 jours au moins.

Le Secrétaire procède à la relecture du procès-verbal de chaque réunion rédigé par l'assureur du régime, ou en cas de coassurance, par l'apériteur désigné. Le Président doit faire approuver ce procès-verbal à la réunion suivante du Comité de gestion.

Dans le cas où il est empêché d'assumer ses fonctions, le Président doit avertir au préalable le Vice-président, afin qu'il puisse assurer son remplacement. Dans le cas où le Président et le Vice-président sont empêchés, il appartient au Comité de gestion de désigner parmi les membres présents un Président de séance dans les formes prévues à l'article 11 ci-dessous.

Dans le cas où la Présidence est assurée par le Vice-président, ou à défaut par un autre membre du Comité, le secrétariat revient à un membre du même collège.

Article 11 **Votes**

Les décisions du Comité de gestion sont prises par accord constaté entre les deux collèges, chaque collège disposant à cet effet d'une voix.

Préalablement au vote prévu à l'alinéa précédent, chaque collège détermine séparément sa position.

À cet effet, les membres présents ou représentés procèdent entre eux à un vote à la majorité des voix valablement exprimées sans qu'il soit tenu compte des abstentions. Le résultat de ce vote détermine la position du collège.

Au cas où une majorité ne se dégagerait pas au sein d'un collège, la décision sera reportée à la prochaine réunion du Comité de gestion. Si, à nouveau, aucune majorité ne peut se dégager au sein du collège concerné, celui-ci sera considéré comme s'abstenant et, en pareil cas, la décision du Comité de gestion sera régulièrement prise en fonction de la majorité dégagée au sein de l'autre collège.

Au cas où une majorité ne se dégagerait pas au sein du Comité de gestion, la décision sera reportée à la prochaine réunion du Comité de gestion. Si, à nouveau, aucune décision ne peut se dégager, la décision du Comité de gestion sera prise par vote individuel des membres du comité.

Article 12
Entrée en vigueur

Le présent règlement intérieur entrera en vigueur au jour de sa conclusion.

**Annexe IV-3 - Tableaux des garanties des régimes frais de soins de santé
des salariés de la pharmacie d'officine**

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 6 juill. 2020, étendu par arr. 21 mai 2021, JO 4 juin, applicable à compter du 1^{er} oct. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CG ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter du 5 avr. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

(Avenant 20 mai 2019, étendu) Les tableaux des garanties Frais de soins de santé comportent deux niveaux :

— le niveau 1 correspond au régime de base obligatoire du personnel non cadre (RPO) (termes ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu) défini à l'Annexe IV-1 ainsi qu'au régime de base obligatoire du personnel cadre et assimilé (RPO) défini à l'Annexe IV-2 ;

— le niveau 2 correspond au régime supplémentaire Frais de soins de santé du personnel non cadre (RSF) (termes ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu) défini à l'Annexe IV-1 ainsi qu'au régime supplémentaire du personnel cadre et assimilé (RSF) et au régime supplémentaire du personnel cadre et assimilé avec franchise réduite (RSF+) définis à l'Annexe IV-2.

I. (Avenant 20 mai 2019, étendu) - Précisions communes à l'ensemble des niveaux de couvertures et à l'ensemble des assurés (hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle)

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

A) Le terme «bénéficiaire» utilisé dans les tableaux ci-dessous vise l'assuré, ses ayants droit à charge au sens du régime ainsi que les adhérents facultatifs.

Le terme «assuré» vise l'assuré à titre obligatoire et les adhérents facultatifs.

Lorsqu'un forfait est exprimé «par bénéficiaire», il s'applique pour chaque bénéficiaire au sens ci-dessus.

Lorsqu'un forfait est exprimé «par assuré» il s'applique pour chaque assuré à titre obligatoire et pour chaque adhérent facultatif.

B) Les garanties couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier «100 % Santé», conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et aux dispositions prises pour son application.

Les remboursements sont versés en fonction du respect par les bénéficiaires du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant et dans la limite des frais réellement engagés. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre des contrats dits «responsables» (article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et aux dispositions prises pour son application).

(Avenant 6 juill. 2020, étendu) La participation forfaitaire («forfait 1 €») (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «(«forfait 1 €»)» sont supprimés) et la franchise mentionnées à l'article «L. 160-13» du code de la sécurité sociale ainsi que les dépassements d'honoraires et majorations à la charge de l'assuré consécutifs à des frais engagés

«hors parcours de soins» ne sont pas garantis par les régimes.

Sauf mention contraire, les prestations s'entendent en ce compris les prestations versées par le régime obligatoire, c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO) de sécurité sociale dont dépend l'assuré, qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, de la maternité ou du régime Accidents du travail / Maladies professionnelles.

Les prestations du régime supplémentaire comprennent celles du régime de base.

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

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

Dans tous les cas, le total des remboursements du RO, du régime de Frais de soins de santé de la Pharmacie d'officine et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

C) OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO). Il s'agit de dispositifs négociés par l'assurance maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins conventionnés. Le montant des remboursements peut varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO.

D) Dans certains cas, les frais de soins orthodontiques et de prothèses dentaires refusés par la sécurité sociale peuvent donner lieu à remboursement sur présentation impérative du refus notifié par cet organisme, dans les conditions suivantes :

- sont d'abord calculées les prestations qui auraient été versées par la sécurité sociale si elle les avait prises en charge, celles-ci ne faisant en aucun cas l'objet d'un règlement ;
- est ensuite déterminé et réglé le montant des indemnités prévues dans les tableaux ci-dessous.

E) Abréviations utilisées dans les tableaux de garanties

- BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, application du tarif d'autorité ;
- BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenue le Régime Obligatoire s'il était intervenu ;
- FR : Frais réels ;
- (Avenant 6 juill. 2020, étendu) HLF : Honoraires Limites de Facturation fixés pour certains actes du panier 100 % santé ou du panier maîtrisé en dentaire ;
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée ;
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique ;
- PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- RO : Régime Obligatoire de sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire ;
- RSS : Remboursement du Régime Obligatoire de sécurité sociale.

II. Tableau des garanties hors Alsace-Moselle

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) *Signataires :*

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 6 juill. 2020, étendu par arr. 21 mai 2021, JO 4 juin, applicable à compter du 1^{er} oct. 2020⁽¹⁾

(1) *Signataires :*

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CG ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 5 avr. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

(Avenant 6 juill. 2020, étendu)

Nature des garanties	Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»)		Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»)	
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Frais de séjour				
Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % BR - RSS		120 % BR - RSS	
Séjour en établissement public de santé	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Honoraires	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et actes	355 % BR - RSS	200 % BR - RSS	380 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Chambre particulière	75 € par jour		75 € par jour	

Nature des garanties	Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»)		Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»)	
Lit d'accompagnement d'un enfant à charge	30 € par jour		30 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : poste remplacé par «Participation forfaitaire (forfaits «actes lourds» et «patient urgences»)»)	Frais réels		Frais réels	
Soins courants				
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
(Avenant 7 juin 2022, étendu) Séances d'accompagnement psychologique prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Consultations et visites de médecins généralistes	185 % BR - RSS	115 % BR - RSS	245 % BR - RSS	115 % BR - RSS
Consultations et visites de médecins spécialistes	245 % BR - RSS	161 % BR - RSS	265 % BR - RSS	175 % BR - RSS
(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Actes techniques médicaux et actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	325 % BR - RSS	200 % BR - RSS	350 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Actes d'imagerie médicale :				
Radiologie	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Échographie	325 % BR - RSS	200 % BR - RSS	350 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels	
Honoraires paramédicaux	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Médicaments				
(Avenant 3 juill. 2023, étendu) Médicaments, et actions d'accompagnement des patients, remboursés par le RO	100 % FR - RSS		100 % FR - RSS	
Vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables (4)	50 € par an et par assuré		60 € par an et par assuré	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)				
Prothèses orthopédiques, petit appareillage (4), prothèses non dentaires, petit matériel	150 % BR - RSS (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «150 % BR - RSS» sont remplacés par «100 % BR - RSS»)		190 % BR - RSS	
Grand appareillage (4)	230 % BR - RSS		250 % BR - RSS	
Prothèses capillaires (4)	525 € - RSS par an et par bénéficiaire		525 € - RSS par an et par bénéficiaire	
Aides auditives (d'origine)				
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter du dernier remboursement effectué par le RO (1).				
Équipement «100 % Santé»* à compter du 1 ^{er} janvier 2021	100 % FR (*)		100 % FR (*)	
Prothèses auditives (4) Tous les équipements jusqu'au 31 décembre 2020 - Équipements «hors 100 % Santé» à compter du 1 ^{er} janvier 2021				
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	580 € - RSS par an et par oreille appareillée		580 € - RSS par an et par oreille appareillée	

Nature des garanties	Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»)		Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»)	
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée		1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée	
Entretien et accessoires	190 % BR - RSS		190 % BR - RSS	
(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Aides auditives				
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter du dernier remboursement effectué par le RO (1).				
Équipement «100 % Santé»*	100 % FR (*)	100 % FR (*)		
Prothèses auditives hors «100 % Santé (4)				
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	580 € - RSS par an et par oreille appareillée	580 € - RSS par an et par oreille appareillée		
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité (4)	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée		
Entretien et accessoires	190 % BR - RSS	190 % BR - RSS		
Optique				
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et du dernier remboursement du RO, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception (2).				
Équipement «100 % Santé»*				
Monture, verres prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100 % FR (*)		100 % FR (*)	
Équipement hors «100 % Santé» - Tarif libre Monture :				
Par monture	100 € - RSS (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «100 € - RSS» sont remplacés par «80 € - RSS»)		100 € - RSS	
Verres :				
Par verre simple (3)	80 € - RSS		150 € - RSS	
Par verre complexe (3)	130 € - RSS		170 € - RSS	
Par verre hyper complexe (3)	200 € - RSS		250 € - RSS	
Prestations d'adaptation :	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)				
Remboursées par le RO (4)	200 € - RSS par an et par bénéficiaire		200 € - RSS par an et par bénéficiaire	
Non remboursées par le RO	130 € par an et par bénéficiaire		160 € par an et par bénéficiaire	
Chirurgie de l'œil	-		500 € par œil	
Dentaire				
Soins et prothèses dentaires «100 % Santé»*:	100 % FR (*)		100 % FR (*)	
Soins Hors «100 % Santé»				
Soins dentaires	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Inlays-Onlays	200 % BR - RSS		200 % BR - RSS	
Prothèses Hors «100 % Santé»				

Nature des garanties	Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»)	Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»)
Inlays-Core	195 % BR - RSS	195 % BR - RSS
Prothèses dentaires remboursées par le RO - tarif maîtrisé	375 % BR - RSS	100 % HLF - SS (**)
Prothèses dentaires remboursées par le RO - tarif libre	125 % BR - RSS (frais ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu)	420 % BR - RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	300 % BRR	465 % BRR
Orthodontie		
Remboursée par le RO	326 % BR - RSS (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «326 % BR - RSS» sont remplacés par «270 % BR - RSS»)	372 % BR - RSS
Non remboursée par le RO	326 % BRR (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «326 % BR - RSS» sont remplacés par «270 % BRR»)	372 % BRR
Autres prestations dentaires Implantologie dentaire (4)		
Prothèses sur implant	390 % BR - RSS	465 % BR - RSS
Pilier implantaire et implant	400 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	600 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
Autres garanties		
Transport		
Transport du malade	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Indemnités de déplacement (médecins - auxiliaires médicaux)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Natalité (4)		
Forfait naissance / adoption	250 € par enfant	250 € par enfant
Cure thermique (4)		
Remboursée par le RO	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS
Pratiques de soins non conventionnelles (4)		
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététique, psychologie, psychomotricité, podologie, ergothérapie, musicothérapie	-	90 € par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage		
Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du code de la sécurité sociale)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS

Nature des garanties	Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»)	Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»)
<p>(*) Tel que défini par la réglementation. Le 100 % santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. Dans la limite du prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limite de facturation (HLF) sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du panier «100 % Santé», la prise en charge s'effectuera à hauteur des soins et prothèses hors «100 % Santé».</p> <p>(**) Sont remboursées sur la base de 100 % des Honoraires Limites de Facturation et sous déduction du remboursement de la sécurité sociale, les prothèses pour lesquelles un Honoraire Limite de Facturation (HLF) est fixé dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes. L'Honoraire Limite de Facturation est le montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Pour les prothèses pour lesquelles aucun Honoraire Limite de Facturation n'est fixé dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes (cas des prothèses à tarif libre), le remboursement est effectué sur la base de 420 % de la Base de Remboursement sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Dans tous les cas, le remboursement est effectué dans la limite des frais réels sous déduction du remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(1) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>(2) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition, somme des variations de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries).</p> <p>En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.</p> <p>(3) Les présentes garanties sont responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits «responsables» fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les dispositions prises pour son application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux y afférents.</p> <p>On entend par :</p> <p>Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ; ou 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 ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.</p> <p>Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ; ou 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 ; ou 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 ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ; ou 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 ; ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.</p> <p>Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ou 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 ou 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 ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>		
(4) Précisions sur les garanties		
Médicaments non remboursés ou non remboursables	Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.	
Lentilles correctrices remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.	
Petit appareillage et grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire ou précision indiquée dans le tableau des garanties.	
Prothèses capillaires	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.	
Prothèses auditives (d'origine)	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.	
(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Prothèses auditives	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS. Cécité : s'entend d'une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction, selon l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.	
Prothèses dentaires	Les prothèses sur implant sont remboursées au niveau de la garantie «Implantologie dentaire»	

Nature des garanties	Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»</i>)	Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»</i>)
Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, il est pris en considération pour le versement de la prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé.	
Natalité	<p>Le forfait est versé en complément du remboursement des frais afférents à l'accouchement (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour...).</p> <p>Les suppléments pour chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant précisé dans le tableau des prestations, quel que soit le mode d'accouchement. En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants par l'assuré, l'indemnité forfaitaire ne peut être réglée que si le (ou les) enfant(s) est (sont) âgé(s) de moins de 12 ans le jour de l'adoption.</p> <p>En cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant, sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption.</p> <p>Ce forfait est versé aux deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise et sont assurés du régime à titre obligatoire ou facultatif à l'exclusion des ayants droit à charge.</p>	
Cure thermale	Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermale exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci au titre des autres garanties (frais de transport, d'hébergement, forfait de surveillance médicale, forfait thermal...).	
Pratiques de soins non conventionnelles	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «les pratiques listées» sont remplacés par les termes «les pratiques reconnues par l'État»</i>), dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile.	

III. Tableau des garanties Alsace-Moselle

Mod. par Avenant 20 mai 2019, étendu par arr. 30 juill. 2020, JO 12 août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 6 juill. 2020, étendu par arr. 21 mai 2021, JO 4 juin, applicable à compter du 1^{er} oct. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CG ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 13 déc. 2022, JO 6 janv. 2023, applicable à compter 5 avr. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 3 juill. 2023, étendu par arr. 30 nov. 2023, JO 9 déc., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 16 oct. 2023, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2024⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, voir art. 5 pour date d'application⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

(Avenant 6 juill. 2020, étendu)

Nature des garanties Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»</i>)			Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»</i>)	
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Frais de séjour				
Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % BR - RSS		120 % BR - RSS	
Séjour en établissement public de santé	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Honoraires	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et actes	355 % BR - RSS	200 % BR - RSS	380 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Chambre particulière	75 € par jour		75 € par jour	
Lit d'accompagnement d'un enfant à charge	30 € par jour		30 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels	
Soins courants				
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
(Avenant 7 juin 2022, étendu) Séances d'accompagnement psychologique prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	

Nature des garanties Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»</i>)			Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»</i>)	
Consultations et visites de médecins généralistes	205 % BR - RSS	115 % BR - RSS	265 % BR - RSS	115 % BR - RSS
Consultations et visites de médecins spécialistes	265 % BR - RSS	161 % BR - RSS	285 % BR - RSS	175 % BR - RSS
(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Actes techniques médicaux et actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	345 % BR - RSS	200 % BR - RSS	370 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Actes d'imagerie médicale :	-	-	-	-
Radiologie	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Échographie	345 % BR - RSS	200 % BR - RSS	370 % BR - RSS	200 % BR - RSS
(Participation forfaitaire (actes lourds) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : poste remplacé par «Participation forfaitaire (forfaits «actes lourds» et «patient urgences»»)»</i>)	Frais réels		Frais réels	
Honoraires paramédicaux	130 % BR - RSS		130 % BR - RSS	
Analyses et examens de laboratoire	130 % BR - RSS		130 % BR - RSS	
Médicaments				
(Avenant 3 juill. 2023, étendu) Médicaments, et actions d'accompagnement des patients, remboursés par le RO	100 % FR - RSS		100 % FR - RSS	
Vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables (4)	50 € par an et par assuré		60 € par an et par assuré	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)				
Prothèses orthopédiques, petit appareillage (4), prothèses non dentaires, petit matériel	150 % BR - RSS (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «150 % BR - RSS» sont remplacés par «100 % BR - RSS»</i>)		220 % BR - RSS	
Grand appareillage (4)	230 % BR - RSS		250 % BR - RSS	
Prothèses capillaires (4)	525 € - RSS par an et par bénéficiaire		525 € - RSS par an et par bénéficiaire	
(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Aides auditives				
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter du dernier remboursement effectué par le RO (1).				
Équipement «100 % Santé»*	100 % FR (*)	100 % FR (*)		
Prothèses auditives hors «100 % Santé (4)				
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	580 € - RSS par an et par oreille appareillée	580 € - RSS par an et par oreille appareillée		
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité (4)	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée		
Entretien et accessoires	190 % BR - RSS (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «190 % BR - RSS» sont remplacés par «220 % BR - RSS»</i>)	190 % BR - RSS (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «190 % BR - RSS» sont remplacés par «220 % BR - RSS»</i>)		
Optique				

Nature des garanties Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»</i>)			Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»</i>)
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et du dernier remboursement du RO, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception (2).			
Équipement «100 % Santé»*			
Monture, verres prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100 % FR (*)		100 % FR (*)
Équipement Hors «100 % Santé» - Tarif libre			
Monture :			
Par monture	100 € - RSS (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «100 € - RSS» sont remplacés par «80 € - RSS»</i>)		100 € - RSS
Verres :			
Par verre simple (3)	80 € - RSS		150 € - RSS
Par verre complexe (3)	130 € - RSS		170 € - RSS
Par verre hyper complexe (3)	200 € - RSS		250 € - RSS
Prestations d'adaptation :	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)			
Remboursées par le RO (4)	200 € - RSS par an et par bénéficiaire		200 € - RSS par an et par bénéficiaire
Non remboursées par le RO	130 € par an et par bénéficiaire		160 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	-		500 € par œil
Dentaire			
Soins et prothèses dentaires «100 % Santé»* :	100 % FR (*)		100 % FR (*)
Soins Hors «100 % Santé»			
Soins dentaires	120 % BR - RSS		120 % BR - RSS
Inlays-Onlays	200 % BR - RSS		200 % BR - RSS
Prothèses Hors «100 % Santé»			
Inlays-Core	195 % BR - RSS		195 % BR - RSS
Prothèses dentaires remboursées par le RO - tarif maîtrisé	375 % BR - RSS		100 % HLF - SS (**)
Prothèses dentaires remboursées par le RO - tarif libre	125 % BR - RSS (<i>Frais ajoutés par Avenant 28 avr. 2025, non étendu</i>)		420 % BR - RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	300 % BRR		465 % BRR
Orthodontie			
Remboursée par le RO	326 % BR - RSS (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «326 % BR - RSS» sont remplacés par «270 % BR - RSS»</i>)		372 % BR - RSS

Nature des garanties Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»</i>)			Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»</i>)
Non remboursée par le RO	326 % BRR (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les frais «326 % BRR» sont remplacés par «270 % BRR»</i>)		372 % BRR
Autres prestations dentaires			
Implantologie dentaire (4)			
Prothèses sur implant	390 % BR - RSS		465 % BR - RSS
Pilier implantaire et implant	400 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire		450 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire		250 € par an et par bénéficiaire
Autres garanties			
Transport			
Transport du malade	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS
Indemnités de déplacement (médecins - auxiliaires médicaux)	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS
Natalité (4)			
Forfait naissance / adoption	250 € par enfant		250 € par enfant
Cure thermique (4)			
Remboursée par le RO	20 € par jour + RSS		20 € par jour + RSS
Pratiques de soins non conventionnelles (4)			
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététique, psychologie, psychomotricité, podologie, ergothérapie, musicothérapie	-		90 € par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage			
Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du code de la sécurité sociale)	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS

Nature des garanties		Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»)	
Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»)			
<p>(*) Tel que défini par la réglementation. Le 100 % santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. Dans la limite du prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du panier «100 % Santé», la prise en charge s'effectuera à hauteur des soins et prothèses hors «100 % Santé».</p> <p>(**) Sont remboursées sur la base de 100 % des Honoraires Limites de Facturation et sous déduction du remboursement de la sécurité sociale, les prothèses pour lesquelles un Honoraire Limite de Facturation (HLF) est fixé dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes. L'Honoraire Limite de Facturation est le montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Pour les prothèses pour lesquelles aucun Honoraire Limite de Facturation n'est fixé dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes (cas des prothèses à tarif libre), le remboursement est effectué sur la base de 420 % de la Base de Remboursement sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Dans tous les cas, le remboursement est effectué dans la limite des frais réels sous déduction du remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(1) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>(2) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition, somme des variations de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries).</p> <p>En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.</p> <p>(3) Les présentes garanties sont responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits «responsables» fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les dispositions prises pour son application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux y afférents.</p> <p>On entend par :</p> <p>Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ; ou 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 ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.</p> <p>Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ; ou 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 ; ou 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 ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ; ou 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 ; ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.</p> <p>Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ou 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 ou 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 ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>			
(4) Précisions sur les garanties			
Médicaments non remboursés ou non remboursables	Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.		
Lentilles correctrices remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.		
Petit appareillage et grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire ou précision indiquée dans le tableau des garanties.		
Prothèses capillaires	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.		
(Avenant 16 oct. 2023, étendu) Prothèses auditives	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS. Cécité : s'entend d'une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction, selon l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.		
Prothèses dentaires	Les prothèses sur implant sont remboursées au niveau de la garantie «Implantologie dentaire».		
Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, il est pris en considération pour le versement de la prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé.		

Nature des garanties Supplémentaire non cadres & Supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Supplémentaire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RSF et RSF+)»</i>)			Base obligatoire non cadres & Base obligatoire cadres et assimilés (RPO) (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : titre remplacé par «Base obligatoire non-cadres, assimilés cadres, cadres (RPO)»</i>)
Natalité	<p>Le forfait est versé en complément du remboursement des frais afférents à l'accouchement (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour...).</p> <p>Les suppléments pour chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant précisé dans le tableau des prestations, quel que soit le mode d'accouchement. En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants par l'assuré, l'indemnité forfaitaire ne peut être réglée que si le (ou les) enfant(s) est (sont) âgé(s) de moins de 12 ans le jour de l'adoption.</p> <p>En cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant, sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption.</p> <p>(Avenant 3 juill. 2023, étendu) Ce forfait est versé aux deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise et sont assurés du régime à titre obligatoire ou facultatif à l'exclusion des ayants droits à charge.</p>		
Cure thermique	Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermique exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci au titre des autres garanties (frais de transport, d'hébergement, forfait de surveillance médicale, forfait thermal ...).		
Pratiques de soins non conventionnelles	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées (<i>Avenant 28 avr. 2025, non étendu : les mots «les pratiques listées» sont remplacés par les termes «les pratiques reconnues par l'État»</i>), dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile.		

Régime de prévoyance des cadres - Désignation de l'organisme assureur *Accord du 8 décembre 2011*

[Étendu par arr. 19 déc. 2012, JO 23 déc.]

Mod. par Le CE a annulé l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012 portant extension de l'accord du 8 décembre 2011 désignant l'IPGM comme organisme assureur et gestionnaire du régime de prévoyance (CE, 7 déc. 2016, n° 366345⁽¹⁾)

(1)

Décision du Conseil d'État du 7 décembre 2016

N° 366345

Sect. du Contentieux, 1^e et 6^e ch. Réunies

Société Allianz IARD, Sociétés Allianz Vie

Vu la procédure suivante :

Par une décision du 20 mars 2015, le Conseil d'État, statuant au contentieux sur la requête de la société Allianz IARD et de la société Allianz Vie tendant à l'annulation pour excès de pouvoir de l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012, a sursis à statuer jusqu'à ce que la Cour de cassation se soit prononcée sur le pourvoi dirigé contre l'arrêt de la cour d'appel de Paris du 16 octobre 2014.

Par un arrêt n° 15-12276 et 15-12796 du 1^{er} juin 2016, la Cour de cassation a statué sur ce pourvoi.

Les parties ont été invitées à indiquer au Conseil d'État quelles seraient les conséquences d'une annulation rétroactive de l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012.

Vu les autres pièces du dossier, y compris celles visées par la décision du Conseil d'État du 20 mars 2015 ;

Vu :

- le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ;
- le code du travail ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code de justice administrative ;
- la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel ;
- l'arrêt C-25/14 et C-26/14 du 17 décembre 2015 de la Cour de justice de l'Union européenne ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M. Frédéric Puigserver, maître des requêtes,
- les conclusions de M. Rémi Decout-Paolini, rapporteur public.

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Gatineau, Fattaccini, avocat de l'Institution de prévoyance du groupe Mornay - IPGM.

Vu la note en délibéré, enregistrée le 21 novembre 2016, présentée pour Klesia prévoyance ;

1. En vertu de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, les «garanties collectives dont bénéficient les salariés», qui ont notamment pour

objet, aux termes de l'article L. 911-2 du même code, de prévoir «la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité» en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale, peuvent notamment être déterminées par voie de conventions ou d'accords collectifs. En vertu de l'article L. 911-3 du même code, ces accords peuvent être étendus dans les conditions prévues par le code du travail, sous réserve des dispositions spécifiques applicables lorsqu'ils ont pour objet exclusif la détermination de telles garanties collectives. En vertu de l'article L. 912-1 de ce code, dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, restée applicable au litige conformément à la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, ces accords peuvent prévoir une mutualisation des risques dont ils organisent la couverture auprès d'une entreprise régie par le code des assurances, d'une institution relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou d'une mutuelle relevant du code de la mutualité, à laquelle adhèrent alors obligatoirement les entreprises relevant du champ d'application de ces accords, sous réserve de comporter une clause fixant les conditions et la périodicité, ne pouvant excéder cinq ans, du réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques.

2. Par l'article 15 de l'arrêté attaqué du 19 décembre 2012, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social a étendu l'accord collectif national du 8 décembre 2011 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés, conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, qui a notamment pour objet de désigner l'Institution de prévoyance du groupe Mornay (IPGM) comme l'unique organisme gestionnaire de ce régime complémentaire de prévoyance, portant sur la couverture des risques décès, invalidité et incapacité de travail et le remboursements de frais de soins de santé.

Sur la légalité de l'arrêté attaqué :

3. Aux termes du premier alinéa de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne : «Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation».

4. Dans un arrêt C-25/14 et C-26/14 du 17 décembre 2015, la Cour de justice de l'Union européenne a rappelé, s'agissant des prestations de services qui impliquent une intervention des autorités nationales, que l'obligation de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne s'applique non pas à toute opération, mais uniquement à celles qui présentent un intérêt transfrontalier certain, du fait qu'elles sont objectivement susceptibles d'intéresser des opérateurs économiques établis dans d'autres États membres. Elle a dit pour droit que cette obligation de transparence s'oppose à l'extension, par un État membre, à l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité, d'un accord collectif, conclu par les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs salariés pour une branche d'activité, qui confie à un unique opérateur économique, choisi par les partenaires sociaux, la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire obligatoire institué au profit des travailleurs salariés, sans que la réglementation nationale prévoie une publicité adéquate permettant à l'autorité publique compétente de tenir pleinement compte des informations soumises, relatives à l'existence d'une offre plus avantageuse.

5. En premier lieu, les prestations objet de l'avenant du 8 décembre 2011 peuvent être légalement proposées par des entreprises d'assurance établies dans d'autres États membres de l'Union européenne. L'extension de cet avenant donne vocation à l'organisme désigné à assurer durant cinq ans, pour l'ensemble des salariés cadres et assimilés des pharmacies d'officine, la couverture des risques décès, invalidité et incapacité de travail et le remboursement de frais de santé, en complément des prestations de la sécurité sociale. Il ressort de l'avis d'appel d'offres publié au Journal officiel de l'Union européenne le 28 avril 2011 que le montant estimé des cotisations s'élève à 43 266 000 euros hors taxes par an, calculé comme le montant des cotisations pour 2009 majoré de 5 %. Eu égard à l'importance des montants que représentent les cotisations des employeurs et des salariés à ce régime, à la taille nationale du marché considéré et à l'avantage que représente la désignation pour proposer d'autres services d'assurance, l'octroi du droit de gérer ce régime présente un intérêt transfrontalier certain. Par suite, l'obligation de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne lui est applicable.

6. En second lieu, pour assurer le respect de l'obligation de transparence, l'autorité ministérielle, qui envisage d'étendre, en application de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, un accord collectif instituant un régime de prévoyance collective, conclu dans le cadre des articles L. 911-1 et L. 911-2 du même code, et désignant, conformément à l'article L. 912-1 du code, dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, un unique organisme gestionnaire de ce régime, doit s'assurer que sa décision a été précédée d'un degré de publicité adéquat permettant, d'une part, une ouverture à la concurrence et, d'autre part, le contrôle de l'impartialité de la procédure d'attribution. Si l'obligation de transparence n'impose pas nécessairement de procéder à un appel d'offres pour sélectionner l'organisme gestionnaire du régime, il exige en revanche, lorsqu'un tel appel d'offres a été organisé afin de mettre en concurrence les entreprises et que l'avis d'appel à candidatures rendu public comporte les critères de sélection des offres et, le cas échéant, leurs modalités de mise en œuvre, de respecter les règles ainsi posées au vu desquelles l'offre la plus avantageuse doit être sélectionnée.

7. D'une part, il ressort des pièces du dossier que, par un avis d'appel d'offres publié le 28 avril 2011 au Journal officiel de l'Union européenne, les «entreprises d'assurance relevant du code des assurances, institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité» ont été invitées à présenter une offre pour la gestion du régime de prévoyance en cause. Selon les termes de cet avis, la gestion du régime serait attribuée à l'entreprise ayant présenté l'«offre économiquement la plus avantageuse appréciée en fonction des critères énoncés dans le cahier des charges». Le cahier des charges imposait aux candidats d'apporter des réponses à des questions regroupées en quatre rubriques, relatives à l'activité et l'environnement du candidat, à sa solvabilité, à son expérience et au régime à assurer, les trois dernières faisant l'objet d'une notation assortie de pondérations figurant dans une «méthode de notation des candidats». Il résulte de ce qui a été dit au point 6 que le choix de l'offre la plus avantageuse devait s'exercer sur le fondement de ces critères et de la méthode de notation rendus publics, au vu desquels les entreprises étaient appelées à présenter leurs offres.

8. Cependant, le même avis mentionnait également que les modalités d'organisation du marché «sont précisées par le protocole d'accord joint au dossier de candidature» et la note de présentation de l'appel d'offres remise aux candidats rappelait que le protocole d'accord du 18 avril 2011 relatif à l'organisation d'un appel d'offres en vue de désigner une ou plusieurs entreprises d'assurance chargées d'assurer le régime de prévoyance considéré, de même que l'accord collectif national étendu du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, faisaient partie du dossier de candidature. Par son arrêt du 16 octobre 2014, confirmé sur ce point par l'arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 1^{er} juin 2016, la cour d'appel de Paris a interprété ces accords en ce sens que le choix final du ou des assureurs revenait aux seuls partenaires sociaux composant la commission paritaire nationale, qui n'étaient pas liés par la notation attribuée aux différentes offres. La cour d'appel a en conséquence estimé, eu égard au choix discrétionnaire que s'étaient réservés les partenaires sociaux, que ces derniers s'étaient conformés à leurs propres règles en choisissant l'offre de l'Institution de prévoyance du groupe Mornay, pourtant classée en troisième position à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

9. Ainsi, eu égard à la contradiction entre, d'une part, les critères clairement énoncés par l'avis d'appel d'offres lui-même, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre, qui devaient normalement conditionner le choix de l'offre la plus avantageuse et, d'autre part, le choix discrétionnaire que se réservaient les partenaires sociaux, par le renvoi de cet avis aux stipulations des accords du 2 décembre 2009 et du 18 avril 2011, la publicité assurée avant la conclusion de l'accord du 8 décembre 2011 n'a pas permis d'assurer le respect des exigences de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

10. D'autre part, l'article D. 2261-3 du code du travail prévoit que l'adoption d'un arrêté d'extension doit être précédée de la publication au Journal officiel de la République française d'un avis, qui indique le lieu où l'accord a été déposé et invite les organisations et personnes intéressées à faire connaître leurs observations dans un délai de quinze jours. Toutefois, en l'absence de disposition explicite ou de pratique en ce sens, les opérateurs ne pouvaient raisonnablement envisager que le ministre chargé du travail refuse l'extension sollicitée par les signataires de l'accord au motif qu'une offre plus avantageuse aurait été portée à sa connaissance. Dans ces conditions, ni la mise à disposition du public de l'avenant, ni la publication au Journal officiel de la République française le 9 février 2012 de l'avis prévu par l'article D. 2261-3 du code du travail, ne peuvent, même prises ensemble, être regardées comme une publicité adéquate permettant au ministre de tenir compte de l'existence d'une offre plus avantageuse. Dans ces conditions, la décision du ministre chargé du travail n'a pas été précédée d'une publicité de nature à assurer le respect des exigences découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

11. Par suite, les sociétés requérantes sont fondées à soutenir, par un moyen utilement soulevé, que le ministre chargé du travail ne pouvait, sans méconnaître l'obligation de transparence, procéder à l'extension de l'accord collectif en cause.

12. Il résulte de ce qui précède que la société Allianz IARD et la société Allianz Vie sont fondées à demander l'annulation de l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012.

Sur les conséquences de l'illégalité de l'arrêté attaqué :

13. Dans son arrêt du 17 décembre 2015, la Cour de justice de l'Union européenne a dit pour droit que les effets de cet arrêt ne concernent pas les accords collectifs portant désignation d'un organisme unique pour la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire ayant été rendus obligatoires par une autorité publique pour l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité avant la date de prononcé de cet arrêt, sans préjudice des recours juridictionnels introduits avant cette date. Elle a précisé au point 52 de son arrêt que le maintien des effets des décisions d'extension en cause au principal se justifiait, essentiellement, au regard de la situation des employeurs et des travailleurs salariés qui ont souscrit, sur le fondement des conventions collectives étendues en cause, un contrat de prévoyance complémentaire s'inscrivant dans un contexte social particulièrement sensible et qu'ont ainsi conclu des engagements contractuels leur accordant des garanties de prévoyance complémentaire en se fondant sur une situation juridique que la Cour n'a précisée, en ce qui concerne la portée concrète de l'obligation de transparence découlant de l'article 56 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, que dans cet arrêt. Dès lors, eu égard à ces motifs, il y a lieu de différer l'annulation de l'article 15 de l'arrêté attaqué au 1^{er} juillet 2017 et de prévoir que les effets des dispositions annulées doivent être regardés comme définitifs y compris pour la période restant à courir, sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement, engagées avant l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne, soit le 17 décembre 2015.

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

14. Il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de l'État le versement à la société Allianz IARD et à la société Allianz Vie d'une somme de 1 500 euros chacune. Les dispositions de cet article font obstacle à ce qu'une somme soit mise au même titre à la charge de la société Allianz IARD et de la société Allianz Vie, qui ne sont pas, dans la présente instance, les parties perdantes.

Décide :

Article 1^{er} : L'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012 est annulé. Cette annulation prendra effet le 1^{er} juillet 2017.

Article 2 : Les effets produits antérieurement au 1^{er} juillet 2017 par les dispositions de l'article 15 de l'arrêté du 19 décembre 2012 doivent être réputés définitifs, sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015.

Article 3 : L'État versera à la société Allianz IARD et à la société Allianz Vie une somme de 1 500 euros chacune au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : Les conclusions de Klesia prévoyance, de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, de la Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC), de la Fédération nationale de la pharmacie (Force ouvrière), de la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) et de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à la société Allianz IARD, à la société Allianz Vie et à la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Copie en sera adressée à Klesia prévoyance, à la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, à la Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC), à la Fédération nationale de la pharmacie (Force ouvrière), à la Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) et à l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

, voir la rubrique «Jurisprudence»). Cette annulation prend effet à compter du 1^{er} juillet 2017. Les effets produits antérieurement au 1^{er} juillet 2017 par l'extension sont réputés définitifs (sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015).

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FO ;

CFTC ;

CFE-CGC.

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment l'article 23 des dispositions générales, l'article 9 des dispositions particulières applicables aux cadres et l'ensemble des dispositions relatives au régime de prévoyance des cadres de l'annexe IV ;

Vu l'accord collectif national étendu du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine, notamment son article 5 ;

Vu l'accord collectif national étendu du 2 décembre 2009 relatif à la mise en concurrence pour la gestion du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 17 mars 2010 portant règlement intérieur du comité de gestion du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national étendu du 1^{er} décembre 2010 relatif à l'instauration d'un régime unique de frais de soins de santé en faveur des cadres et assimilés cadres retraités de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 18 avril 2011 portant protocole d'accord relatif à l'organisation d'un appel d'offres en vue de désigner une ou plusieurs entreprises d'assurance chargées d'assurer le régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'avis de marché publié au Journal Officiel de l'Union Européenne le 28 avril 2011 sous la référence 2011/S 82-135268 ;

Vu les lettres d'engagement et les dossiers de candidature des organismes assureurs candidats ainsi que les éléments complémentaires à ces dossiers ;

Vu les déclarations de conflits d'intérêt de certains des membres de la Commission paritaire nationale de la Phar-

macie d'officine et la décision prise par cette dernière le 8 septembre 2011 ;

Vu l'audition des candidats, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine, le 21 septembre 2011 ;

Vu le rapport de la Sous-Commission Prévoyance de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine du 11 octobre 2011 ;

Considérant que l'appel d'offres mis en œuvre dans le cadre des dispositions de l'accord collectif national du 18 avril 2011 susvisé a pour objet d'améliorer la qualité de la gestion technique, financière et administrative du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine instauré en 1964, par une mise en concurrence des coassureurs mentionnés à l'accord collectif national du 2 décembre 2009 susvisé ;

Considérant que les candidats à cet appel d'offres ont été, préalablement au dépôt de leurs dossiers de candidatures, informés des conditions dans lesquelles celui-ci a été organisé ;

Considérant, enfin, que cet appel d'offres a été organisé sur la base des principes énoncés par la communication interprétative de la Commission européenne relative au droit communautaire applicable aux passations de marchés non soumises ou partiellement soumises aux directives «marchés publics» (n° 2006/C 179/02) ;

Les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des dispositions suivantes :

Article 1er

L'article 9 des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée est ainsi modifié (Voir cet article)

Article 2

L'introduction des dispositions relatives au régime de prévoyance des salariés cadres mentionné à l'annexe IV de la convention collective nationale susvisée est ainsi modifiée (Voir ce §)

Article 3

Voir le D de l'annexe IV de la présente convention collective nationale

Article 4

1. Les pharmacies d'officine relevant du champ d'application de la présente convention collective sont tenues d'adhérer simultanément, d'une part, au contrat type relatif à la couverture des risques, décès, invalidité, incapacité de travail et, d'autre part, au contrat type relatif aux remboursements de frais de soins de santé qui leur seront adressés par l'organisme assureur désigné, au plus tard le 1^{er} avril 2012 ou, à défaut, le 1^{er} jour du trimestre qui suit la publication de l'arrêté ministériel d'extension du présent accord, si celle-ci lui est postérieure. L'ensemble des salariés cadres et assimilés de chaque pharmacie d'officine est obligatoirement affilié à chacun de ces deux contrats à compter de la même date.

2. Par dérogation aux dispositions du 1. du présent article, les pharmacies d'officine qui, le 1^{er} avril 2012 ou, à défaut, le 1^{er} jour du trimestre qui suit la publication de l'arrêté ministériel d'extension du présent accord, si celle-ci lui est postérieure, avaient souscrit des contrats assurant la couverture de garanties inférieures à celles prévues par l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée sont tenues, au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2013, de se conformer intégralement aux dispositions du 1. du présent article.

Par garanties inférieures, on entend toute prestation ou remboursement inférieur aux garanties prévues par l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, sans qu'il soit distingué entre d'une part, les risques, décès, invalidité, incapacité de travail et d'autre part, les remboursements de frais de soins de santé. Pour l'application du présent 2., les dispositions relatives au maintien, en application de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, des garanties prévoyance et frais de santé prévues par les contrats des pharmacies d'officine relevant du présent paragraphe sont toujours considérées comme inférieures au dispositif prévu au IX - Financement de la portabilité des garanties du régime - du régime de prévoyance des cadres de la Pharmacie d'officine mentionné à l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, qui mutualise le financement de la portabilité dans la branche.

3. Les pharmacies d'officine qui, le 1^{er} avril 2012 ou, à défaut, le 1^{er} jour du trimestre qui suit la publication de l'arrêté ministériel d'extension du présent accord, si celle-ci lui est postérieure, n'avaient souscrit aucun contrat assurant la couverture, auprès d'un organisme assureur, de l'ensemble des garanties prévues à l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, sont tenues de se conformer intégralement aux dispositions du 1. du présent article.

4. Pendant la période transitoire prévue au 2. et antérieurement à la date de mise en conformité prévue au 3. du présent article, nonobstant les dispositions de l'article 7 de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, les pharmacies d'officine concernées demeurent directement responsables vis-à-vis de leurs salariés cadres et assimilés et des ayants droit de ceux-ci, du versement des prestations et rembourse-

sements prévus par l'annexeIV à la convention collective nationale susvisée pour la partie de ces prestations ou remboursements qui, le cas échéant, n'est pas prévue par les contrats qu'elles avaient souscrits ou, intégralement, lorsqu'elles n'avaient souscrit aucun contrat auprès d'un organisme assureur. Toutefois, jusqu'à ce qu'elles se soient conformées aux dispositions du 2. du présent article dans le délai prévu à cet effet, les dispositions des contrats qu'elles avaient antérieurement souscrits relatifs à la mise en œuvre de l'article14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail demeurent applicables.

5. Les pharmacies d'officine qui, antérieurement au 1^{er} avril 2012 ou, à défaut, au 1^{er} jour du trimestre qui suit la publication de l'arrêté ministériel d'extension du présent accord, si celle-ci lui est postérieure, avaient souscrit, au profit de leurs salariés cadres et assimilés, les garanties prévues par le régime supplémentaire facultatif (RSF) mentionné à l'annexeIV à la convention collective nationale susvisée, peuvent en conserver le bénéfice auprès de l'organisme assureur désigné à compter, selon les cas, de l'une ou l'autre de ces dates. Elles ne peuvent en aucun cas invoquer les dispositions du 1. du présent article pour dénoncer les avantages supplémentaires qu'elles avaient mis en place.

6. Les anciens salariés cadres et assimilés et leurs ayants droit qui, antérieurement au 1^{er} avril 2012 ou, à défaut, au 1^{er} jour du trimestre qui suit la publication de l'arrêté ministériel d'extension du présent accord, si celle-ci lui est postérieure, avaient adhéré au régime de remboursements de frais de soins de santé défini par l'annexeIV à la convention collective nationale susvisée, peuvent en conserver le bénéfice auprès de l'organisme assureur désigné à compter, selon les cas, de l'une ou l'autre de ces dates.

Lorsqu'il adresse, à l'une ou l'autre de ces dates, le contrat relatif aux remboursements de frais de soins de santé, l'organisme assureur désigné est tenu de les informer qu'ils ont la possibilité, dans un délai maximum de deux mois à compter de leur envoi, d'y mettre un terme par lettre recommandée avec avis de réception. Le courrier adressé par l'organisme assureur désigné comporte obligatoirement l'indication des conséquences que la résiliation éventuelle du contrat peut avoir d'une part sur la poursuite de la couverture, d'autre part sur ses modalités de financement.

7. Il ne peut en aucun cas être dérogé aux dispositions du 1. du présent article au motif que la pharmacie d'officine aurait, antérieurement au 1^{er} avril 2012 ou, à défaut, au 1^{er} jour du trimestre qui suit la publication de l'arrêté ministériel d'extension du présent accord, si celle-ci lui est postérieure, instauré un régime de prévoyance égal ou supérieur, prestation par prestation ou remboursement par remboursement, au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine défini par l'annexeIV à la convention collective nationale susvisée, conformément aux dispositions de l'articleL. 911-1 du code de la sécurité sociale, en souscrivant un ou plusieurs contrats auprès d'un organisme assureur, y compris l'organisme assureur désigné par ladite convention collective. Les pharmacies d'officine qui seraient dans cette situation sont tenues, au plus tard le 1^{er} janvier 2013, de se conformer intégralement aux dispositions du 1. du présent article, sans pouvoir invoquer ces dispositions pour dénoncer les avantages supplémentaires qu'elles avaient mis en place.

Article 5

Conformément aux conventions conclues entre, d'une part, les organisations syndicales d'employeurs et de salariés signataires ou adhérentes à la présente convention collective et, d'autre part, les organismes assureurs mentionnés à l'accord collectif national étendu du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine, ces derniers transfèrent, dans les conditions et délais prévus par ces conventions, les fichiers ainsi que les réserves et provisions techniques relatifs au présent régime à l'organisme assureur nouvellement désigné. Il est rendu compte par les organismes assureurs concernés de ces transferts au comité de gestion mentionné à l'article9 des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée.

Article 6

La présente désignation sera effective lorsque l'organisme assureur désigné aura communiqué à la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine, une déclaration sur l'honneur par laquelle il certifie qu'il satisfait aux conditions posées par le c) de l'article2 du protocole d'accord du 18 avril 2011 susvisé.

Article 7

Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés signataires de la convention collective nationale susvisée ou y ayant adhéré concluront avec l'IPGM, dans le mois qui suivra l'arrêté d'extension du présent accord, un protocole d'accord relatif à la mise en œuvre du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine auquel seront notamment annexés les contrats d'assurance type relatifs audit régime.

Article 8

Les dispositions du deuxième alinéa du C du VIII. à l'annexe IV sont modifié (Voir ce §).

Article 9

Le présent accord prendra effet à la date de sa signature et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité et des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité **Accord du 2 octobre 2017**

[Étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2018 pour une durée de cinq ans]

Mod. par Avenant 4 déc. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2018 pour une durée de 5 ans⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 24 sept. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 24 sept. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC SANTE SOCIAUX ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant, 10 janv. 2020, étendu par arr. 21 mai 2021, JO 9 juin, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 15 mars 2021, JO 24 mars, applicable à compter du 1^{er} juill. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;

CGT.

Signataires :**Organisation(s) patronale(s) :**

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 912-1, R. 912-1 et suivants et D. 912-1 et suivants ;

Vu le code du travail ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe IV - Régimes-Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 11 mai 2017 relatif aux Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu le cahier des charges relatif à la mise en concurrence en vue de recommander un ou plusieurs organismes assureurs pour les Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu les comptes rendus des réunions de la Sous-commission «Prévoyance» de la Pharmacie d'officine des 22 juin, 26 juin, 10 juillet et 26 septembre 2017 ;

Vu le rapport d'analyse et de notation des offres recevables et éligibles remis par le cabinet CAPS Actuariat le 26 septembre 2017 ;

Vu le compte rendu de la réunion de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine (partie «Prévoyance») du 2 octobre 2017 ;

Préambule

Soucieuses, d'une part, d'assurer aux employeurs et salariés de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine le bénéfice de régimes de prévoyance et de frais de soins de santé assis sur la mutualisation la plus large possible et d'instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité en faveur des salariés des entreprises officinales ;

Prenant acte, d'autre part, des travaux de la Sous-commission «Prévoyance» et du rapport d'analyse et de notation des offres recevables et éligibles remis par le cabinet CAPS Actuariat à l'issue de la procédure de mise en concurrence préalable prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

**Article 1er
Recommandation de l'APGIS**

L'Association de Prévoyance Générale Interprofessionnelle des Salariés (APGIS), institution de prévoyance régie par les dispositions des articles L. 931-1 et suivants du code de la sécurité sociale, est recommandée, à effet du 1^{er} janvier 2018, pour assurer :

— d'une part, le régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et le régime Frais de soins de santé du personnel non cadre de la Pharmacie d'officine, tels que définis par l'Annexe IV-1 de la convention collective nationale susvisée ;

— d'autre part, le régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et le régime Frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la Pharmacie d'officine, tels que définis par l'Annexe IV-2 de la convention collective nationale susvisée.

Les conditions de mise en œuvre de la présente recommandation feront l'objet de la conclusion d'un protocole technique et financier ainsi que de conventions-cadres d'assurance conclus entre l'APGIS d'une part, et les organisations syndicales d'employeurs et de salariés signataires du présent accord d'autre part, conformes aux exigences du cahier des charges susvisé.

Dans le cas où ce protocole technique et financier serait dénoncé par l'APGIS, la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine se réunira dans les plus brefs délais, en vue d'examiner l'opportunité de procéder à une nouvelle recommandation au terme de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

En application des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, l'APGIS adressera annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre de ces régimes, le contenu des éléments de solidarité et leur équilibre.

La recommandation de l'APGIS est valable pour une durée maximale de cinq ans, soit jusqu'au 31 décembre 2022 inclus. Les modalités d'organisation de la recommandation feront l'objet d'un réexamen qui interviendra, au plus tard, au cours de l'année 2022. Ce réexamen prendra la forme d'une mise en concurrence organisée conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Champ d'application de la recommandation

Mod. par Avenant 4 déc. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2018 pour une durée de 5 ans⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Afin de favoriser la mutualisation des risques et de maintenir la solidarité professionnelle entre les salariés et anciens salariés de la branche, les parties signataires du présent accord invitent les pharmacies d'officine à adhérer aux régimes conventionnels assurés par l'APGIS pour la couverture des risques Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Frais de soins de santé de leurs salariés.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, l'APGIS ne peut refuser l'adhésion d'une officine. Elle est tenue d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les officines et leurs salariés, en respectant les taux de cotisations et les niveaux de prestations fixés par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale susvisée.

(Al. exclu de l'extension par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc.) Les pharmacies d'officine qui décident d'adhérer à l'APGIS sont tenues de le faire à la fois pour l'ensemble des risques (Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité d'une part, Frais de soins de santé d'autre part) et pour l'ensemble de leur personnel (salariés non cadres d'une part, salariés cadres et assimilés cadres d'autre part).

Les pharmacies d'officine qui décident de ne pas adhérer à l'APGIS sont tenues de respecter les dispositions de la convention collective nationale susvisée relatives aux régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ainsi que celles, issues du présent accord, instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité. Elles doivent offrir à leurs salariés un niveau de garanties au moins égal à celui prévu par ladite convention collective, des taux de cotisation à la charge des salariés qui ne sauraient être moins favorables et, enfin, doivent s'assurer que leurs anciens salariés bénéficient des maintiens de couverture conventionnels.

(Avenant 4 déc. 2017, étendu) Dans la mesure où les protocoles et conventions d'assurance des régimes précédemment assurés par KLESIA Prévoyance ont été résiliés à effet du 31 décembre 2017, chaque officine de pharmacie doit donc adhérer avant le 1^{er} janvier 2018 aux régimes conventionnels assurés par l'APGIS, ou bien souscrire auprès d'un autre organisme assureur des contrats respectant notamment les dispositions prévues par l'Annexe IV de la convention collective nationale susvisée.

Article 3

Degré élevé de solidarité

Mod. par Avenant 4 déc. 2017, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2018 pour une durée de 5 ans⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 nov. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} janv. 2019⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant, 10 janv. 2020, étendu par arr. 21 mai 2021, JO 9 juin, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 15 mars 2021, JO 24 mars, applicable à compter du 1^{er} juill. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;

CGT.

Le présent accord institue des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité telles que définies à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

(Avenant 4 déc. 2017, étendu) Conformément aux dispositions de l'article 1^{er} de l'accord collectif national du 11 mai 2017 susvisé, et afin que tout salarié ou ancien salarié puisse en être, le cas échéant, bénéficiaire, les parties signataires décident, en application de l'article L. 912-1 IV du code de la sécurité sociale, que ces garanties seront financées et gérées de façon mutualisée pour l'ensemble des pharmacies d'officine, y compris celles n'ayant pas choisi d'adhérer à l'organisme recommandé en application de l'article 1^{er} du présent accord, et pour l'ensemble des salariés et anciens salariés non cadres, cadres et assimilés cadres.

(Avenant 4 déc. 2017, étendu ; Avenant 5 juin 2020, étendu) À cet effet, il est créé un fonds, désigné ci-après par les termes «Fonds HDS de la Pharmacie d'officine» auquel toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale susvisée sont tenues de cotiser, soit directement auprès du gestionnaire désigné à l'alinéa suivant, soit auprès de tout autre collecteur expressément mandaté à cet effet par ce gestionnaire. La convention de mandat conclue à cet effet doit, sous peine de nullité, être soumise par l'organisme gestionnaire à l'accord préalable de la CPPNI de la Pharmacie d'officine qui se détermine conformément aux dispositions de l'article 30 - Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation - des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée.

(Avenant 4 déc. 2017, étendu) Au terme de la procédure de mise en concurrence susvisée, la gestion du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine est confiée à l'APGIS, organisme recommandé pour assurer les régimes prévoyance et santé définis à l'Annexe IV de la convention collective de la Pharmacie d'officine. Les modalités de fonctionnement de ce fonds seront déterminées par accord collectif national, conformément aux dispositions de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale.

(Avenant 4 déc. 2017, étendu) Les garanties du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sont définies conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine. Elles comprennent, notamment pour l'année 2018, les prestations d'action sociale suivante :

— accompagnement et soutien dans les difficultés de la vie quotidienne : «FIL'APGIS» ;

— accompagnement à la suite d'un décès ou d'une maladie grave : «Pack Coups Durs» ;

— aide aux aidants d'un proche en situation de dépendance : «Pack Aidants» ;

— (Avenant 4 déc. 2017, étendu) fonds de solidarité : aide financière attribuée sur étude de dossier par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine.

Le Fonds HDS de la Pharmacie d'officine est financé à hauteur de 2 % des cotisations relatives aux régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Frais de soins de santé visés à l'Annexe IV de la convention collective nationale susvisée. Ce financement est assuré par une cotisation qui vient en déduction des cotisations prévoyance et santé fixées par la convention collective nationale susvisée. Cette cotisation est calculée comme suit :

(Avenant 10 janv. 2020, étendu)

Cotisations «HDS» salariés non cadres - Régime de base obligatoire		
	Employeur	Salarié
Hors Alsace-Moselle	0,039 % du traitement de base + 0,010 % du PMSS si employeur unique ⁽¹⁾	0,023 % du traitement de base + 0,010 % du PMSS si employeur unique ⁽²⁾
Alsace-Moselle	0,038 % du traitement de base + 0,007 % du PMSS si employeur unique ⁽³⁾	0,023 % du traitement de base + 0,007 % du PMSS si employeur unique ⁽⁴⁾
Salariés multi-employeurs	(1) : 0,005 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,004 % du PMSS si 3 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 4 employeurs et plus. (3) : 0,004 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,003 % si 3 employeurs et plus ; 0,002 % du PMSS si 4 employeurs et plus.	(2) : 0,005 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 3 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 4 employeurs et plus. (4) : 0,004 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,002 % si 3 employeurs et plus ; 0,002 % du PMSS si 4 employeurs et plus.

Cotisations «HDS» salariés cadres et assimilés - Régime de base obligatoire (RPO) -		
	Employeur	Salarié
Hors Alsace-Moselle	0,039 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,010 % du PMSS si employeur unique ⁽¹⁾	0,006 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,010 % du PMSS si employeur unique ⁽²⁾
Alsace-Moselle	0,037 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,007 % du PMSS si employeur unique ⁽³⁾	0,003 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,007 % du PMSS si employeur unique ⁽⁴⁾
Salariés multi-employeurs	(1) : 0,005 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,004 % du PMSS si 3 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 4 employeurs et plus. (3) : 0,004 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,003 % si 3 employeurs et plus ; 0,002 % du PMSS si 4 employeurs et plus.	(2) : 0,005 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 3 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 4 employeurs et plus. (4) : 0,004 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,002 % si 3 employeurs et plus ; 0,002 % du PMSS si 4 employeurs et plus.

Les prestations financées par le Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sont servies dans la limite de ses ressources.

Article 4 Dispositions diverses

Mod. par Avenant 24 sept. 2018, étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 24 sept. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1, du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables.

Le présent accord, conclu pour une durée maximale de cinq ans, prendra effet le 1^{er} janvier 2018. Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

(Avenant 24 sept. 2018, étendu) La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée presque exclusivement d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises. Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Accord du 18 juin 2018

[Étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter du 1^{er} juin 2018 et prendra fin, au plus tard, au terme de la recommandation instituée dans l'accord collectif national du 2 octobre 2017]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNESCIC CFE CGC.

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 912-3 ;

Vu le code du travail ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe IV - Régimes Décès, Incapacité de travail, invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017, modifié par avenant du 4 décembre 2017, portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité ;

Préambule

En application des dispositions du IV de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, l'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé a institué des garanties présentant un degré élevé de solidarité financées et gérées de façon mutualisée pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

À ce titre, et conformément aux dispositions de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale, a été créé un fonds, nommé «Fonds HDS de la Pharmacie d'officine», auquel toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale susvisée sont tenues de cotiser directement.

L'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé, tel que modifié par avenant du 4 décembre 2017, précisant que les modalités de fonctionnement de ce fonds seront déterminées par accord collectif national, conformément aux dispositions de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale, les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1er

Les conditions d'attribution et modalités de gestion des prestations relevant du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sont définies dans le règlement du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine annexé au présent accord, dans les limites et durées fixées par celui-ci.

Article 2

Le présent accord prendra effet le 1^{er} juillet 2018 et prendra fin, au plus tard, au terme de la recommandation instituée dans l'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé. Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée presque exclusivement d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises, sans qu'il soit nécessaire d'introduire les stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Annexe

Fonds «haut degré de solidarité» de la pharmacie d'officine

Règlement 2018

L'accord collectif national du 2 octobre 2017 portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine institue des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité (HDS) telles que définies à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

À cet effet, l'article 3 - degré élevé de solidarité - de cet accord crée un fonds mutualisé appelé «Fonds HDS de la Pharmacie d'officine» relevant des dispositions de l'article L. 912-1 IV du code de la sécurité sociale et dont la gestion est confiée exclusivement à l'APGIS.

Ce fonds est financé à hauteur de 2 % des cotisations relatives aux régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Frais de soins de santé visés à l'Annexe IV de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

Les garanties du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sont définies conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 et R. 912-3 du code de la sécurité sociale par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine. Elles comprennent, pour l'année 2018, les actions suivantes :

- FIL'APGIS : accompagnement et soutien dans les problèmes de la vie quotidienne ;
- Pack «Coups Durs» : accompagnement à la suite d'un décès, d'une hospitalisation d'au moins 5 jours continus ou d'une maladie grave ;
- Pack «Aidant» : aide aux aidants d'un proche en situation de dépendance ;
- Pack «Prévention» : remboursement des vaccins et tests de dépistage pour favoriser la prévention des maladies ;
- Fonds de solidarité : aide financière attribuée sur étude de dossier par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission «Prévoyance».

Le présent document, approuvé par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine dans sa réunion du 18 juin 2018, constitue le règlement du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine pour 2018.

Il précise les actions mises en œuvre pour 2018 et les conditions pour en bénéficier.

FIL'APGIS

Objet	Accompagnement et soutien en cas de difficultés de la vie quotidienne
Période de validité	Année 2018 (reconductible, le cas échéant, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine)
Bénéficiaires	Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit : <ul style="list-style-type: none">- les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation pour les frais de santé ;- les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine permettant de bénéficier d'un maintien gratuit ou payant du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ;- les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ul style="list-style-type: none">- le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ;- l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS.
Rôle du conseiller FIL'APGIS	Écouter, conseiller et informer sur les problématiques de la vie quotidienne et de la vie professionnelle. Le conseiller FIL'APGIS a pour rôle : <ul style="list-style-type: none">- d'écouter et de comprendre la situation ;- d'analyser la situation évoquée par le bénéficiaire ;- d'orienter le bénéficiaire et de rechercher des solutions adaptées à sa situation ;- d'accompagner le bénéficiaire tout au long de ses démarches ;- d'apporter un soutien au quotidien dans les situations difficiles.

Objet	Accompagnement et soutien en cas de difficultés de la vie quotidienne
Thématiques abordées	<ul style="list-style-type: none"> - la santé : parcours de soins, actions de dépistage aux différents âges de la vie, troubles du sommeil et de la vigilance... ; - la famille : à l'arrivée d'un enfant, dans les cas de ruptures familiales, aides aux aidants... ; - le logement : différentes aides possibles, relations bailleur/locataire, adaptation de l'habitat, questions liées aux travaux de rénovation énergétique... ; - la vie professionnelle : mobilité, retour au travail après un arrêt, phase de transition liée au passage à la retraite... ; - le budget : problème de surendettement, questions sur les différentes aides financières...
Modalités d'accès au service	<p>Sur simple appel téléphonique à FIL'APGIS,</p> <p>ou</p> <p>via un formulaire de contact disponible sur le site internet de l'APGIS.</p>

Pack «Coups durs»

Objet	Aide financière en cas de «coups durs» : maladie grave, décès d'un membre de la famille, hospitalisation d'au moins 5 jours continus.
Période de validité	Année 2018 (reconductible, le cas échéant, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine)
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine pour bénéficier d'un maintien gratuit ou payant au titre du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> 1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur : <ul style="list-style-type: none"> - date du décès d'un membre de la famille ; - date de début d'hospitalisation d'au moins 5 jours continus ; - date de la demande en cas de maladie grave (cf. définitions des maladies graves). 2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs démontrant l'existence de l'un des événements pris en charge (voir définitions) ; 4 - le fait générateur doit se situer pendant la période de validité du Pack «Coups durs» ; 5 - le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Pack «Coups durs» : <ul style="list-style-type: none"> - dans les 3 mois qui suivent le décès ; - dans les 15 jours qui suivent la sortie d'hospitalisation ; - pendant la période de validité du pack pour la maladie grave.
Montant de l'aide	<p>Montant maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Le plafond de 750 € s'applique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par décès d'un membre de la famille ; - pour une ou plusieurs hospitalisations d'au moins 5 jours continus chacune, sur une période de 12 mois de date à date à partir de la date de début de la 1^{ère} hospitalisation ; - pour une ou plusieurs maladies graves.

Objet	Aide financière en cas de «coups durs» : maladie grave, décès d'un membre de la famille, hospitalisation d'au moins 5 jours continus.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - la prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les 12 mois qui suivent la date du décès ; - dans les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation; - dans les 12 mois qui précèdent et/ou qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave, sans pouvoir être antérieure au 1^{er} janvier 2018. <p>c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Coups durs» (voir liste ci-après) ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...) ;</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Coups durs» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Coups durs»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Coups durs» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur (date de survenance)	<ul style="list-style-type: none"> - date du décès d'un membre de la famille ; - date de début d'hospitalisation d'au moins 5 jours continus; - date de la demande d'aide en cas de maladie grave.
Période éligible au remboursement	<p>en cas de décès : les 12 mois qui suivent la date du décès ;</p> <p>en cas d'hospitalisation : les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation ;</p> <p>en cas de maladie grave : les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave sans pouvoir être antérieure au 1^{er} janvier 2018.</p>
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS
Membres de la famille pouvant ouvrir droit à l'aide en cas de décès	<ul style="list-style-type: none"> - conjoint du bénéficiaire, concubin et partenaire de PACS; - enfants du bénéficiaire ou de son conjoint / concubin / partenaire de PACS (ainsi que les enfants des enfants visés ci-avant) ; - ascendants directs du bénéficiaire.

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Hospitalisations pouvant ouvrir droit à l'aide	Hospitalisation d'au moins 5 jours continus ; Toute nouvelle hospitalisation ayant débuté moins de 12 mois après une hospitalisation ayant ouvert droit à l'aide ne donne pas droit à un nouveau Pack.
Maladies graves pouvant ouvrir droit à l'aide	<p>Maladie non stabilisée figurant dans la liste ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accident vasculaire cérébral invalidant ; - cancer ; - démence sénile (Alzheimer...) ; - infarctus ou pathologie cardiaque invalidante ; - hémopathies ; - insuffisance hépatique sévère ; - diabète insulino-instable ; - myopathie ; - insuffisance respiratoire instable ; - parkinson non équilibré ; - mucoviscidose ; - insuffisance rénale dialysée décompensée ; - suite de transplantation d'organe ; - paraplégie non traumatique ; - polyarthrite rhumatoïde évolutive ; - sclérose en plaques ; - sclérose latérale amyotrophique ; - virus de l'immunodéficience humaine (VIH). <p>La liste ci-dessus pourra être mise à jour sur décision de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine.</p> <p>L'existence de la maladie grave doit être établie par un certificat médical rempli par le médecin traitant du demandeur (certificat HDS Maladie grave) et adressé sous pli confidentiel au service médical de l'APGIS à l'attention du médecin conseil.</p> <p>Le certificat médical ne sera pas conservé après traitement de la demande. L'information stockée sera uniquement celle précisant si le bénéficiaire bénéficie ou non d'un Pack «Coups durs» au titre d'une maladie grave.</p>

Liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Coups durs» et plafond unitaire pouvant être pris en charge (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la/les personnes concernées	Décès	Hospitalisation	Maladie grave	Plafond
Garde d'enfants	Les enfants du bénéficiaire	x	x	x	22 € / h
Accompagnement à l'école/ activités extra-scolaires		x	x	x	22 € / h
Garde des ascendants	Les ascendants du bénéficiaire	x	x	x	22 € / h
Aide ménagère	Le bénéficiaire	-	x	x	22 € / h
Garde malade		-	x	x	22 € / h
Livraison de courses		-	x	x	25 € / livraison
Portage de repas		-	x	x	
Livraison de médicaments		-	x	x	
Organisation de soins à domicile	Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aide et accompagnement du bénéficiaire pour favoriser la guérison et prévenir les rechutes.	-	x	x	250 €
Frais de transport	Pour les déplacements du bénéficiaire.	x	x	x	Frais réels dans la limite de 25 € par course
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire.	-	x	x	350 € / bilan

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la/les personnes concernées	Décès	Hospitalisation	Maladie grave	Plafond
Bilan nutritionnel	Bilan pour permettre au bénéficiaire de connaître les adaptations éventuelles à apporter à ses habitudes alimentaires.	-	x	x	50 €/ bilan 30 €/ consultation de suivi
Bilan social	Bilan permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement du bénéficiaire afin de le guider dans les mesures pouvant être mise en œuvre pour l'aider.	x	x	x	145 €/ bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins du bénéficiaire en matière d'accompagnement et soutien psychologique.	x	x	x	300 €/ bilan
Suivi psychologique	Le bénéficiaire	x	x	x	45 €/ h
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact du coup dur sur la vie quotidienne du bénéficiaire et actions à mettre en œuvre pour l'aider à y faire face / points d'échanges réguliers avec le coach/ bilan.	x	x	x	200 €/ coaching
Second avis médical	Le bénéficiaire	-	x	x	350 €/ dossier
Pour les dépenses non prévues dans la liste ou les montants qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de formuler une demande d'intervention au titre du fonds social (remplir une demande d'aide du fonds social)					

Pack «Aidant»

Objet	Aide financière à l'aidant d'un proche en situation de perte d'autonomie ou d'un enfant handicapé
Période de validité	Année 2018 (reconductible, le cas échéant, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine)
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'AnnexeIV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'annexeIV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'AnnexeIV-1 ou l'IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine permettant de bénéficier d'un maintien gratuit ou payant du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les annexesIV-1 et l'IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande d'aide ;</p> <p>2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de montrer qu'il est Aidant d'un enfant handicapé ou d'un proche en situation de perte d'autonomie (l'Aidé) pour lequel aucune demande de pack aidant n'a été acceptée antérieurement (voir définition de l'Aidant et de l'Aidé).</p> <p>Si le salarié ou l'ancien salarié et l'un de ses ayants droit aident la même personne, le Pack «Aidant» ne peut pas être déclenché plusieurs fois pour la même personne aidée.</p> <p>Si un Pack «Aidant» a déjà été attribué pour la personne aidée, l'octroi d'un second Pack «Aidant» n'est pas possible (le demandeur peut faire une demande au titre du fonds social).</p> <p>4 - le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide pendant la période de validité du Pack «Aidant» en remplissant le formulaire prévu à cet effet, disponible sur le site internet de l'APGIS, et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies.</p>
Montant	Montant maximum de l'aide = 750 € par personne aidée, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.

Objet	Aide financière à l'aidant d'un proche en situation de perte d'autonomie ou d'un enfant handicapé
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire au bénéfice de la personne aidée ou pour accompagner le bénéficiaire dans son rôle d'Aidant et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - la prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement (dans les 12 mois qui précèdent ou qui suivent la date de la demande d'aide sans pouvoir être antérieure au 1^{er} janvier 2018) ;</p> <p>c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Aidant» (cf. liste des prestations remboursables ci-après) ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...) ;</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Aidant» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Aidant»

Aidant	Personne qui apporte seule, ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche ou d'un enfant handicapé, et qui n'est pas rémunérée pour cette aide.
Aidé	<p>Enfant handicapé ou proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne et qui relève des droits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ou allocation adultes handicapés (AAE) ; - ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ; - ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 3.
Ayants droit	Ayant droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par l'Annexe IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Aidant» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur	Date de la demande d'aide telle que définie ci-dessus.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande d'aide, sans pouvoir être antérieurs au 1 ^{er} janvier 2018.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

Liste des dépenses remboursables et budget unitaire maximum de prise en charge au titre du Pack «Aidant» (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les personnes concernées	Plafond
Garde d'enfants	Concerne les enfants de l'Aidant afin de lui permettre de s'occuper de l'Aidé.	22 € / h
Accompagnement à l'école/ activités extra-scolaires		22 € / h
Aide ménagère	Concerne l'Aidé afin d'alléger la charge de travail de l'Aidant.	22 € / h
Garde des ascendants		22 € / h
Garde malade		22 € / h
Livraison de courses		25 € / livraison
Portage de repas		
Livraison de médicaments		
Organisation de soins à domicile	Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aides et accompagnement dispensés à l'Aidé dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie.	250 €

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les personnes concernées	Plafond
Frais de transport	Pour les déplacements de l'Aidé pour raison médicale.	Frais réels dans la limite de 25 € par course
	Pour les déplacements de l'Aidant pour se rendre auprès de l'Aidé.	Frais réels, dans la limite du plafond de 750 €
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile de l'Aidé.	350 € / bilan
Bilan nutritionnel	Bilan au bénéfice de l'Aidé pour permettre à l'Aidant de connaître les adaptations éventuelles à apporter aux habitudes alimentaires de l'Aidé + suivi éventuel.	50 € / bilan 30 € / consultation de suivi
Bilan social	Bilan au bénéfice de l'Aidé permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement en prenant en compte les problématiques de la personne concernée afin de guider l'Aidant dans les mesures à mettre en œuvre au bénéfice de l'Aidé.	145 € / bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins de l'Aidant en matière d'accompagnement et soutien psychologique	300 € / bilan
Suivi psychologique	Suivi au bénéfice de l'Aidant.	45 € / h
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact de la situation d'Aidant sur sa vie quotidienne et actions à mettre en œuvre pour faire face au rôle d'aideant / points d'échanges réguliers avec le coach/ bilan.	200 € / coaching
Téléassistance	Prise en charge des frais de téléassistance pour l'Aidé.	25 € / mois
Pour les dépenses non prévues dans la liste ou les montants qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de faire une demande d'intervention au titre du fonds social (remplir une demande d'aide du fonds social)		

Pack «Prévention»

Objet	Remboursement des vaccins et tests de dépistage pour favoriser la prévention des maladies.
Période de validité du Pack «Prévention»	Année 2018 (reconductible, le cas échéant, par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine).
Bénéficiaires	Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit : - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'AnnexeIV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'AnnexeIV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'AnnexeIV-1 ou l'AnnexeIV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine permettant de bénéficier d'un maintien gratuit ou payant du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les AnnexesIV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande de remboursement ; 2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3 - le Bénéficiaire doit adresser ses demandes de remboursement à l'APGIS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et à 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les justificatifs des dépenses engagées.
Prestations de prévention	Prévention des maladies : remboursement des vaccins non remboursés dans la limite de 50 € / an / bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Dépistage : remboursement des tests de dépistages non remboursés dans la limite de 150 € / an / bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Maternité : remboursement des tests d'ovulation et des tests de grossesse.

Objet	Remboursement des vaccins et tests de dépistage pour favoriser la prévention des maladies.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - la prestation doit avoir été réalisée pendant la période de validité du Pack «Prévention» ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées. Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans le respect du plafond en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Prévention» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Prévention»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par l'AnnexeIV-1 etIV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date du fait générateur (date de survenance)	Date à laquelle les frais ont été exposés (date d'achat / date du dépistage...).
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Prévention» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

Fonds social de la pharmacie d'officine

Objet	<p>Aide exceptionnelle ayant un caractère de secours, attribuée sur étude de dossier par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission «Prévoyance».</p> <p>L'aide au titre du fonds social est attribuée en fonction de critères objectifs (notamment revenus) pour aider le bénéficiaire à faire face aux dépenses rendues nécessaires par son état de santé ou son handicap. Elle intervient dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention des régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie et des autres aides sociales éventuelles obtenues par le bénéficiaire.</p> <p>Les décisions d'attribution des aides du fonds social ne sont susceptibles d'aucun recours.</p>
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'AnnexeIV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'AnnexeIV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui remplissent les conditions définies par l'AnnexeIV-1 ouIV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine permettant de bénéficier d'un maintien gratuit ou payant du régime frais de santé après la rupture de leur contrat de travail ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les annexesIV-1 etIV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande d'aide ;</p> <p>2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du fonds social en remplissant le formulaire prévu à cet effet disponible sur le site internet de l'APGIS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et à 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les documents nécessaires à l'étude du dossier par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine, et notamment la copie du dernier avis d'imposition.</p>
Montant de l'aide	Montant décidé par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine après étude de dossier et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.

Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - Dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - Les prestations à rembourser doivent correspondre aux prestations pour lesquelles la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine a accordé une aide. Les prestations susceptibles d'une aide au titre du fonds social sont notamment les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépenses de santé restant à charge du bénéficiaire après remboursement de l'Assurance maladie, du régime complémentaire frais de santé et du régime supplémentaire éventuel ; - dépenses engagées pour aménager le domicile en cas de handicap du bénéficiaire ; - dépenses remboursables au titre du Pack «Aidant», «Coups durs» ou «Prévention» lorsque le bénéficiaire a épuisé le forfait alloué au titre du Pack mais que sa situation nécessite une aide supplémentaire... ; <p>c - Lorsque l'intervention porte sur des dépenses non encore réalisées et pour lesquelles le bénéficiaire a fourni un devis. Le bénéficiaire doit transmettre les justificatifs des dépenses engagées dans les 12 mois suivant la date à laquelle la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine a accordé l'aide au titre du fonds social.</p>
Montant remboursé	<p>Montant accordé par la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine, dans la limite des frais réels exposés et restant à charge du bénéficiaire et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du fonds social

Définition des ayants droit au titre du HDS	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande d'intervention au titre du fonds social (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour payer la prestation	APGIS, sur décision de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission «Prévoyance».

Accord du 5 juin 2020

[Étendu par arr. 10 nov. 2021, JO 16 nov., applicable à compter du 1^{er} juill. 2020]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;

FO ;

CGT ;

UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017 étendu portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, modifié en dernier lieu par avenant du 5 juin 2020 ;

Préambule

Les partenaires sociaux de la Pharmacie d'officine ont souhaité optimiser les modalités de recouvrement des contributions dues au titre du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine, institué par l'accord collectif national étendu du 2 octobre 2017 susvisé, en autorisant l'APGIS, organisme gestionnaire de ce fonds, à mandater, le cas échéant, tout autre organisme pour collecter ces contributions en son nom et pour son compte.

À cet effet, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

Étant rappelé qu'aux termes de l'accord collectif national susvisé, toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale susvisée sont tenues de cotiser au Fonds HDS de la Pharmacie d'officine, les parties signataires s'accordent pour que le versement de leurs cotisations puisse s'effectuer soit directement auprès de l'APGIS, gestionnaire désigné de ce fonds par l'accord collectif national du 2 octobre 2017 étendu précité, soit auprès de tout autre collecteur expressément mandaté à cet effet par ce gestionnaire.

Conformément à l'accord collectif national susvisé, la convention de mandat conclue à cet effet doit, sous peine de nullité, être soumise par l'organisme gestionnaire à l'accord préalable de la CPPNI de la Pharmacie d'officine qui se détermine conformément aux dispositions de l'article 30 - Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation - des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée.

Article 2

Le présent accord prend effet à compter du 1^{er} juillet 2020 et prendra fin, au plus tard, au terme de la durée maximale de cinq ans mentionnée à l'article 4 de l'accord collectif national du 2 octobre 2017 étendu susvisé.

Le présent accord sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente. Il pourra être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2016). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 6 avril 2021

[Étendu par arr. 26 nov. 2021, JO 11 déc., applicable à compter du 6 avril 2021]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 912-3 ;

Vu le code du travail ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe IV - Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national étendu du 2 octobre 2017 portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité ;

Vu l'accord collectif national étendu du 18 juin 2018 portant règlement du Fonds «Haut Degré de Solidarité» de la Pharmacie d'officine.

Préambule

En application des dispositions du IV de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, l'accord collectif national étendu du 2 octobre 2017 susvisé a institué des garanties présentant un degré élevé de solidarité financées et gérées de façon mutualisée pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

À ce titre, et conformément aux dispositions de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale, a été créé un fonds, nommé «Fonds HDS de la Pharmacie d'officine», auquel toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale susvisée sont tenues de cotiser.

Les modalités de fonctionnement de ce fonds ont été déterminées par l'accord collectif national étendu du 18 juin 2018 susvisé, conformément aux dispositions de l'accord collectif national étendu du 2 octobre 2017 susvisé et aux dispositions de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale.

Afin de procéder à l'actualisation des conditions d'attribution et des modalités de gestion des actions relevant du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine, les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1er

Les conditions d'attribution et modalités de gestion des actions relevant du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sont définies, à compter du 1^{er} janvier 2021, dans le règlement du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine annexé au présent accord, dans les limites et durées fixées par celui-ci.

Article 2

Le présent accord se substitue à l'accord collectif national étendu du 18 juin 2018 précité.

Les demandes d'interventions du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine, dont le fait générateur est antérieur au 1^{er} janvier 2021, restent régies par l'accord collectif national étendu du 18 juin 2018 précité.

Article 3

Le présent accord prend effet le 6 avril 2021 et prendra fin, au plus tard, au terme de la recommandation instituée dans l'accord collectif national étendu du 2 octobre 2017 susvisé.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2017).

Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Annexe à l'accord collectif national du 6 avril 2021 portant règlement du Fonds «Haut degré de solidarité» de la Pharmacie d'officine

Fonds «Haut degré de solidarité» de la Pharmacie d'officine

Règlement au 1^{er} janvier 2021

L'accord collectif national du 2 octobre 2017 portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine institue des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité (HDS) telles que définies à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

À cet effet, l'article 3 - degré élevé de solidarité - de cet accord crée un fonds mutualisé appelé «Fonds HDS de la Pharmacie d'officine» relevant des dispositions de l'article L. 912-1 IV du code de la sécurité sociale et dont la gestion est confiée exclusivement à l'APGIS.

Ce fonds est financé à hauteur de 2 % des cotisations relatives aux régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité,

Maternité-Paternité et Frais de soins de santé visés à l'Annexe IV de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

Les garanties du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sont définies conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 et R. 912-3 du code de la sécurité sociale par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la Pharmacie d'officine. Elles comprennent à compter du 1^{er} janvier 2021, les actions suivantes :

I - Packs «Coups Durs» : accompagnement à la suite d'un décès (pack «coup dur décès»), d'une hospitalisation d'au moins 4 jours continus (pack «coup dur hospitalisation») ou d'une maladie grave (pack «coup dur maladie grave») ;

II - Pack «Aidant» : aide aux aidants d'un proche en situation de dépendance ;

III - Pack «Prévention» : remboursement des vaccins, des analyses médicales sur prescription médicale mais non remboursées par la sécurité sociale et des tests de dépistage non remboursés par la sécurité sociale pour favoriser la prévention des maladies, et prise en charge des troubles de l'orientation chez les enfants couverts par les régime conventionnels visés à l'Annexe IV précitée ;

IV - Fonds social de la Pharmacie d'officine :

IV.A - Fonds de solidarité : aide financière attribuée sur étude de dossier par la CPPNI de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission «Prévoyance» ;

IV.B - Prise en charge d'une partie des cotisations «frais de soins de santé» des salariés en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation.

Le présent document précise les actions mises en œuvre et les conditions pour en bénéficier.

En complément des actions individuelles détaillées ci-après, le Fonds HDS de la Pharmacie d'officine finance également une action de prévention collective pour favoriser la vaccination antigrippale. Le montant forfaitaire versé par salarié vacciné par l'officine est précisé chaque année par la CPPNI de la pharmacie d'officine.

I) Packs «coups durs»

I.A-

Pack «coup dur décès»

Objet	Aide financière en cas de décès d'un membre de la famille.
Période de validité	À compter du 1 ^{er} janvier 2021
Bénéficiaires	Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit : - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui cotaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail et qui remplissent l'une des conditions suivantes : * anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel frais de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur définie ci-après : date du décès d'un membre de la famille. 2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs démontrant l'existence de l'un des événements pris en charge (voir définitions) ; 4 - le fait générateur doit se situer pendant la période de validité du Pack «Coup dur décès» ; 5 - le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Pack «Coup dur décès» dans les 3 mois qui suivent le décès.
Montant de l'aide	Montant maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Le plafond de 750 € s'applique par décès d'un membre de la famille ou en cas de décès du salarié.

Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - la prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire dans les 12 mois qui suivent la date du décès ;</p> <p>c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Coup dur décès» (voir liste ci-après) ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...) ;</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Lorsque l'ouverture du droit à prestation a été validée par le gestionnaire du HDS, le bénéficiaire concerné conserve son droit à prestations dans la limite du montant de l'aide et jusqu'à l'expiration des délais mentionnés ci-avant pour présenter les demandes de remboursement, même s'il quitte l'entreprise et ne bénéficie plus du régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Coup dur décès» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Coup dur décès»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Coup dur décès» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur (date de survenance)	Date du décès d'un membre de la famille.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui suivent la date du décès.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS
Membres de la famille dont le décès ouvre droit à l'aide en cas de décès	<p>- conjoint du bénéficiaire, concubin et partenaire de PACS ;</p> <p>- enfants du bénéficiaire ou de son conjoint / concubin / partenaire de PACS (ainsi que les enfants des enfants visés ci-avant) ;</p> <p>- ascendants directs du bénéficiaire.</p>

I.B-

Pack «Coup dur Hospitalisation»

Objet	Aide financière en cas d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus.
Période de validité	À compter du 1 ^{er} janvier 2021
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <p>- les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ;</p> <p>- les anciens salariés concernés sont ceux qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail et qui remplissent l'une des conditions suivantes :</p> <p>* anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel frais de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>- les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.</p>

Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur définie ci-après : date de début d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus ;</p> <p>2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs démontrant l'existence de l'un des événements pris en charge (voir définitions) ;</p> <p>4 - le fait générateur doit se situer pendant la période de validité du Pack «Coup dur hospitalisation» ;</p> <p>5 - le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Pack «Coup dur hospitalisation» dans les 3 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation.</p>
Montant de l'aide	<p>Montant maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Le plafond de 750 € s'applique pour une ou plusieurs hospitalisations d'au moins 4 jours continus chacune, sur une période de 12 mois de date à date à partir de la date de début de la 1^{ère} hospitalisation.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - la prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire dans les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation ;</p> <p>c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Coup dur hospitalisation» (voir liste ci-après) ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...) ;</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Lorsque l'ouverture du droit à prestation a été validée par le gestionnaire du HDS, le bénéficiaire concerné conserve son droit à prestations dans la limite du montant de l'aide et jusqu'à l'expiration des délais mentionnés ci-avant pour présenter les demandes de remboursement, même s'il quitte l'entreprise et ne bénéficie plus du régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Coup dur hospitalisation» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Coup dur hospitalisation»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Coup dur hospitalisation» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur (date de survenance)	Date de début d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS
Hospitalisations pouvant ouvrir droit à l'aide	<p>Hospitalisation d'au moins 4 jours continus ;</p> <p>Toute nouvelle hospitalisation ayant débuté moins de 12 mois après une hospitalisation ayant ouvert droit à l'aide ne donne pas droit à un nouveau Pack.</p>

I.C-

Pack «Coup dur Maladie Grave»

Objet	Aide financière en cas de maladie grave
Période de validité	À compter du 1 ^{er} janvier 2021

Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail et qui remplissent l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> * anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel frais de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur : date de la demande du «pack Coup dur maladie grave» (cf. définitions des maladies graves).</p> <p>2- l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs démontrant l'existence de l'un des événements pris en charge (voir définitions) ;</p> <p>4 - le fait générateur doit se situer pendant la période de validité du Pack «Coup dur maladie grave» ;</p> <p>5 - le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Pack «Coup dur maladie grave» pendant la période de validité du pack pour la maladie grave.</p>
Montant de l'aide	<p>Montant maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même maladie ne peut ouvrir droit qu'à un seul pack «maladie grave». Si le bénéficiaire souhaite bénéficier d'une nouvelle aide après épuisement de son forfait au titre du pack «Coup dur maladie grave», il doit formuler une demande au titre du fonds social.</p> <p>En cas de polypathologie lors de la première demande, le médecin devra attester sur le formulaire prévu à cet effet (certificat médical HDS) que le bénéficiaire souffre de plusieurs maladies graves. Le bénéficiaire pourra alors demander un renouvellement du pack maladie grave après épuisement de son forfait si le dispositif «pack Coup dur maladie grave» est toujours en vigueur à la date de la demande de renouvellement (dans la limite d'un renouvellement).</p> <p>En cas de nouvelle maladie grave diagnostiquée postérieurement à la première demande, le médecin devra attester sur le formulaire prévu à cet effet (certificat médical HDS) que le bénéficiaire souffre d'une nouvelle maladie grave diagnostiquée depuis moins de 12 mois.</p> <p>Dans les cas non prévus ci-avant, le bénéficiaire pourra formuler une demande au titre du fonds social.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - la prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire dans les 12 mois qui précèdent et/ou qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave, sans pouvoir être antérieure à la date de début de la 1^{ère} période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur) ;</p> <p>c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Coup dur maladie grave» (voir liste ci-après) ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...) ;</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Lorsque l'ouverture du droit à prestation a été validée par le gestionnaire du HDS, le bénéficiaire concerné conserve son droit à prestations dans la limite du montant de l'aide et jusqu'à l'expiration des délais mentionnés ci-avant pour présenter les demandes de remboursement, même s'il quitte l'entreprise et ne bénéficie plus du régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Coup dur maladie grave» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Coups durs maladies graves»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Coup dur maladie grave» (date du courriel ou date du cachet de la poste).

Date du fait générateur (date de survenance)	Date de la demande d'aide.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande au titre de la maladie grave sans pouvoir être antérieure à la date de début de la 1 ^{ère} période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur).
Organisme compétent pour délivrer la presta- tion	APGIS
Maladies graves pou- vant ouvrir droit à l'aide	<p>Maladie non stabilisée figurant dans la liste ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accident vasculaire cérébral invalidant ; - cancer ; - démence sénile (Alzheimer...) ; - infarctus ou pathologie cardiaque invalidante ; - hémopathies ; - insuffisance hépatique sévère ; - diabète insulino-instable ; - myopathie ; - insuffisance respiratoire instable ; - parkinson non équilibré ; - mucoviscidose ; - insuffisance rénale dialysée décompensée ; - suite de transplantation d'organe ; - paraplégie non traumatique ; - polyarthrite rhumatoïde évolutive ; - sclérose en plaques ; - sclérose latérale amyotrophique ; - virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; - épilepsie ; - paraplégie traumatique ; - tétraplégie traumatique et non traumatique. <p>L'existence de la maladie grave doit être établie par un certificat médical rempli par le médecin traitant du demandeur (certificat HDS Maladie grave) et adressé sous pli confidentiel au service médical de l'APGIS à l'attention du médecin conseil.</p> <p>Le certificat médical ne sera pas conservé après traitement de la demande. L'information stockée sera uniquement celle précisant si le bénéficiaire bénéficie ou non d'un Pack «Coup dur maladie grave» pour une ou pour plusieurs maladies graves.</p>

Tableau commun aux packs coups durs décès, hospitalisation et maladie grave

Liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre des Packs «Coups durs» et plafond unitaire pouvant être pris en charge (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les per- sonnes concernées	Pack Dé- cès	Pack Hospita- li-sation	Pack Mala- die grave	Plafond
Garde d'enfants	les enfants du bénéficiaire	x	x	x	22 € / h
Accompagnement à l'école/ activités extra- scolaires		x	x	x	22 € / h
Garde des ascendants	les ascendants du bénéficiaire	x	x	x	22 € / h
Aide ménagère	le bénéficiaire	-	x	x	22 € / h
Garde-malade		-	x	x	22 € / h
Livraison de courses		-	x	x	25 € / livraison
Portage de repas		-	x	x	
Livraison de médica- ments		-	x	x	

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les personnes concernées	Pack Décès	Pack Hospitalisation	Pack Maladie grave	Plafond
Organisation de soins à domicile	Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aide et accompagnement du bénéficiaire pour favoriser la guérison et prévenir les rechutes.	-	x	x	250 €
Frais de transport	Pour les déplacements du bénéficiaire.	x	x	x	Frais réels dans la limite de 25 € par course
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire.	-	x	x	350 € / bilan
Bilan nutritionnel	Bilan pour permettre au bénéficiaire de connaître les adaptations éventuelles à apporter à ses habitudes alimentaires.	-	x	x	50 € / bilan 30 €/consultation de suivi
Bilan social	Bilan permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement du bénéficiaire afin de le guider dans les mesures pouvant être mise en œuvre pour l'aider.	x	x	x	145 € / bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins du bénéficiaire en matière d'accompagnement et soutien psychologique.	x	x	x	300 € / bilan
Suivi psychologique	le bénéficiaire	x	x	x	45 € / h
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact du coup dur sur la vie quotidienne du bénéficiaire et actions à mettre en œuvre pour l'aider à y faire face / points d'échanges réguliers avec le coach/bilan.	x	x	x	200 € / coaching
Second avis médical	Le bénéficiaire	-	x	x	350 € / dossier
Pour les dépenses non prévues dans la liste ou les montants qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de formuler une demande d'intervention au titre du fonds social (remplir une demande d'aide du fonds social)					

II)

Pack «aidant»

Objet	Aide financière à l'aidant d'un proche en situation de perte d'autonomie ou d'un enfant handicapé
Période de validité	À compter du 1 ^{er} janvier 2021.
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail et qui remplissent l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> * anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel frais de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande d'aide ;</p> <p>2- l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de montrer qu'il est Aidant d'un enfant handicapé ou d'un proche en situation de perte d'autonomie (l'Aidé) pour lequel aucune demande de pack aidant n'a été acceptée antérieurement (voir définition de l'Aidant et de l'Aidé). Si le salarié ou l'ancien salarié et l'un de ses ayants droit aident la même personne, le Pack «Aidant» ne peut pas être déclenché plusieurs fois pour la même personne aidée. Si un Pack «Aidant» a déjà été attribué pour la personne aidée, l'octroi d'un second Pack «Aidant» n'est pas possible (le demandeur peut faire une demande au titre du fonds social).</p> <p>4 - le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide pendant la période de validité du Pack «Aidant» en remplissant le formulaire prévu à cet effet, disponible sur le site internet de l'APGIS, et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies.</p>

Montant de l'aide	<p>Montant maximum de l'aide = 750 € par personne aidée.</p> <p>Cette aide est versée dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS ;</p> <p>- soit sur justificatifs des dépenses engagées</p> <p>- soit sous la forme d'une allocation forfaitaire journalière de 20 euros versée, sur présentation des justificatifs, en complément de l'indemnisation servie par la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Caisse Primaire d'assurance Maladie (CPAM) lorsque le bénéficiaire est titulaire d'un congé de proche aidant, d'un congé de présence parentale ou d'un congé de solidarité familiale.</p> <p>Les deux modalités de versement de l'aide peuvent, le cas échéant, être combinées au titre d'une même personne aidée. Dans une telle hypothèse, le montant total de l'aide versée au bénéficiaire reste plafonné à 750 euros par personne aidée.</p> <p>Le plafond de 750 € s'applique par binôme «aidant / aidé».</p> <p>Si le bénéficiaire souhaite bénéficier d'une nouvelle aide pour la même personne aidée après épuisement de son forfait au titre du pack aidant, il doit formuler une demande au titre du fonds social.</p>
Actions pouvant donner lieu à intervention du HDS (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire, par son (sa) conjoint(e), concubin(e) ou personne liée à lui par un Pacs, au bénéfice de la personne aidée ou pour accompagner le bénéficiaire dans son rôle d'Aidant, et non remboursées par ailleurs, ou indemnité complémentaire au montant versé par la CAF ou la CPAM au titre d'un congé de proche aidant, d'un congé de présence parentale ou d'un congé de solidarité familiale ;</p> <p>b - la prestation ou le congé doit avoir été réalisé ou pris dans la période éligible au remboursement (dans les 12 mois qui précèdent ou qui suivent la date de la demande d'aide sans pouvoir être antérieure à la date d'adhésion au régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>c - la prestation à rembourser ou le congé à indemniser doit figurer dans la liste des actions pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Aidant» (cf. liste des prestations remboursables ci-après) ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...) ;</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Lorsque l'ouverture du droit à prestation a été validée par le gestionnaire du HDS, le bénéficiaire concerné conserve son droit à prestations dans la limite du montant de l'aide et jusqu'à l'expiration des délais mentionnés ci-avant pour présenter les demandes de remboursement, même s'il quitte l'entreprise et ne bénéficie plus du régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.</p>
Montant versé	<p>Indemnité forfaitaire journalière pour le congé de proche aidant, le congé de solidarité familiale ou le congé de présence parentale et/ou montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Aidant» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Aidant»

Aidant	Personne qui apporte seule, ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche ou d'un enfant handicapé, et qui n'est pas rémunérée pour cette aide.
Aidé	<p>Enfant handicapé ou proche en situation de perte d'autonomie et qui relève des droits :</p> <p>- à l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ou allocation adultes handicapés (AAE) ;</p> <p>- ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;</p> <p>- ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 3.</p>
Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par l'Annexe IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Aidant» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur	Date de la demande d'aide telle que définie ci-dessus.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande d'aide, sans pouvoir être antérieurs à la date de début de la 1 ^{ère} période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

Liste des actions pouvant donner lieu à intervention et budget unitaire maximum de prise en charge

au titre du Pack «Aidant» (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les personnes concernées	Plafond
Garde d'enfants	Concerner les enfants de l'Aidant afin de lui permettre de s'occuper de l'Aidé.	22 € / h
Accompagnement à l'école/ activités extra-scolaires		22 € / h
Aide ménagère	Concerner l'Aidé afin d'alléger la charge de travail de l'Aidant.	22 € / h
Garde des ascendants		22 € / h
Garde-malade		22 € / h
Livraison de courses		25 € / livraison
Portage de repas		
Livraison de médicaments		
Organisation de soins à domicile	Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aides et accompagnement dispensés à l'Aidé dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie.	250 €
Frais de transport	Pour les déplacements de l'Aidé pour raison médicale.	Frais réels dans la limite de 25 € par course
	Pour les déplacements de l'Aidant pour se rendre auprès de l'Aidé.	Frais réels, dans la limite du plafond de 750 €
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile de l'Aidé.	350 € / bilan
Bilan nutritionnel	Bilan au bénéfice de l'Aidé pour permettre à l'Aidant de connaître les adaptations éventuelles à apporter aux habitudes alimentaires de l'Aidé + suivi éventuel.	50 € / bilan 30 € / consultation de suivi
Bilan social	Bilan au bénéfice de l'Aidé permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement en prenant en compte les problématiques de la personne concernée afin de guider l'Aidant dans les mesures à mettre en œuvre au bénéfice de l'Aidé.	145 € / bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins de l'Aidant en matière d'accompagnement et soutien psychologique	300 € / bilan
Suivi psychologique	Suivi au bénéfice de l'Aidant.	45 € / h
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact de la situation d'Aidant sur sa vie quotidienne et actions à mettre en œuvre pour faire face au rôle d'aidant / points d'échanges réguliers avec le coach/ bilan.	200 € / coaching
Téléassistance	Prise en charge des frais de téléassistance pour l'Aidé.	25 € / mois
Congé de Solidarité Familiale	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CPAM pour l'Aidant pour soutenir l'Aidé	20 € par jour de congé
Congé de Proche Aidant	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'Aidant pour soutenir l'Aidé	20 € par jour de congé
Congé de Présence Parentale	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'Aidant pour soutenir l'Aidé	20 € par jour de congé
Pour les dépenses non prévues dans la liste ou les montants qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de faire une demande d'intervention au titre du fonds social (remplir une demande d'aide du fonds social)		

III)

Pack «Prévention»

Objet	Remboursement des vaccins, des analyses médicales sur prescription médicale et non remboursées par la sécurité sociale, des tests de dépistage (y compris autotests) non remboursés par la sécurité sociale, pour favoriser la prévention des maladies, et prise en charge des troubles de l'orientation chez les enfants couverts par les régimes conventionnels visés à l'Annexe IV de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine.
Période de validité du Pack «Prévention»	À compter du 1 ^{er} janvier 2021
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail et qui remplissent l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> * anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel frais de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> 1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande de remboursement ; 2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3 - le Bénéficiaire doit adresser ses demandes de remboursement à l'APGIS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les justificatifs des dépenses engagées.
Prestations de prévention	Prévention des maladies : remboursement des vaccins non remboursés dans la limite de 50 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Autotest COVID : remboursement des autotests COVID agréés par les autorités sanitaires dans la limite de 50 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Dépistage et analyses non remboursées : remboursement i) des tests de dépistages non remboursés par la sécurité sociale (y compris autotests autres que les autotest COVID) et/ou ii) des analyses médicales non remboursés par la sécurité sociale sur prescription médicale, dans la limite de 150 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Maternité : remboursement des tests d'ovulation et des tests de grossesse dans la limite de 150 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.
	Troubles de l'orientation : forfait de 500 euros par année civile et par bénéficiaire pour la prise en charge d'un bilan et de séances chez un psychomotricien pour les enfants couverts par le régime santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, sur prescription médicale, dans la limite de 90 euros pour le bilan et 40 euros par séance.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> a - dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ; b - la prestation doit avoir été réalisée pendant la période de validité du Pack «Prévention» ; c - pour les troubles de l'orientation, les dépenses doivent avoir été engagées au profit d'un enfant ayant la qualité d'ayant droit du bénéficiaire ; d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées. Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation, sans pouvoir être antérieure à la date d'adhésion au régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.
Montant remboursé	Montant de la dépense exposée dans le respect des plafonds précités et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.
	Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

Définitions utiles au titre du Pack «Prévention»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par l'Annexe IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date du fait générateur (date de survenance)	Date à laquelle les frais ont été exposés (date d'achat / date du dépistage...)
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Prévention» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

IV) Fonds social de la Pharmacie d'Officine

II.A-

Fonds de solidarité

Objet	<p>Aide exceptionnelle ayant un caractère de secours, attribuée sur étude de dossier par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission «Prévoyance».</p> <p>L'aide au titre du fonds social est attribuée en fonction de critères objectifs (notamment revenus) pour aider le bénéficiaire à faire face aux dépenses rendues nécessaires par son état de santé ou son handicap. Elle intervient dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention des régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie et des autres aides sociales éventuelles obtenues par le bénéficiaire.</p> <p>Les décisions d'attribution des aides du fonds social ne sont susceptibles d'aucun recours.</p>
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de prévoyance ou de santé défini à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail et qui remplissent l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> * anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime frais de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel frais de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande d'aide ;</p> <p>2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur, y compris en cas de liquidation judiciaire...) doit être à jour du paiement des cotisations HDS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du fonds social en remplissant le formulaire prévu à cet effet disponible sur le site internet de l'APGIS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les documents nécessaires à l'étude du dossier par la CPPNI de la Pharmacie d'officine, et notamment la copie du dernier avis d'imposition.</p>
Montant de l'aide	Montant décidé par la CPPNI de la Pharmacie d'officine après étude de dossier et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - Dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - Les prestations à rembourser doivent correspondre aux prestations pour lesquelles la CPPNI de la Pharmacie d'officine a accordé une aide. Les prestations susceptibles d'une aide au titre du fonds social sont notamment les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépenses de santé restant à charge du bénéficiaire après remboursement de l'Assurance maladie, du régime complémentaire frais de santé et du régime supplémentaire éventuel ; - dépenses engagées pour aménager le domicile en cas de handicap du bénéficiaire ; - dépenses remboursables au titre du Pack «Aidant», «Coups durs» ou «Prévention» lorsque le bénéficiaire a épuisé le forfait alloué au titre du Pack mais que sa situation nécessite une aide supplémentaire... ; <p>c - Lorsque l'intervention porte sur des dépenses non encore réalisées et pour lesquelles le bénéficiaire a fourni un devis. Le bénéficiaire doit transmettre les justificatifs des dépenses engagées dans les 12 mois suivant la date à laquelle la CPPNI de la Pharmacie d'officine a accordé l'aide au titre du fonds social.</p>

Montant remboursé	Montant accordé par la CPPNI de la Pharmacie d'officine, dans la limite des frais réels exposés et restant à charge du bénéficiaire et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.
	Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

Définitions utiles au titre du fonds social

Définition des ayants droit au titre du HDS	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande d'intervention au titre du fonds social (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour payer la prestation	APGIS, sur décision de la CPPNI de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission «Prévoyance».

II.B- Prise en charge d'une partie de la cotisation «santé» des salariés en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation

Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation «frais de soins de santé» des salariés titulaires d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation.
Période de validité	Par année scolaire, et à compter de l'année scolaire 2020/2021
Bénéficiaires	Salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, titulaires d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation, et couverts* par le régime conventionnel frais de soins de santé défini à l'Annexe IV-1 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, * Les salariés qui ont demandé une dispense d'affiliation au régime frais de santé ne sont pas éligibles à la présente action.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ; 2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (= entreprise avec laquelle le bénéficiaire a conclu un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation) doit être à jour du paiement des cotisations HDS ; 3 - le Bénéficiaire doit être présent dans l'entreprise en juin de l'année N pour la période scolaire N – 1/N (attesté par la fourniture de la feuille de paie du mois de juin) ; 4 - le Bénéficiaire doit i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site internet de l'APGIS, ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies et iii) adresser l'ensemble au plus tard le 31 août N.
Date et modalités du remboursement	Le remboursement intervient une fois par an, au plus tard le 30 septembre qui suit la date de la demande par virement sur le compte du salarié.
Montant du remboursement	Le remboursement correspond à la part salariée de la quote-part forfaitaire de la cotisation «frais de soins de santé» assise sur le plafond de la sécurité sociale et calculée sur 12 mois, avec une valeur du plafond de la sécurité sociale égale à celle en vigueur au moment de la demande soit, à titre indicatif : - 205 € pour l'année scolaire 2020/2021 pour les salariés relevant du régime général ; - 144 € pour l'année scolaire 2020/2021 pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle.
Date du fait générateur (date de survenance)	Date de la demande
Organisme compétent pour procéder au remboursement	APGIS.

Accord du 16 janvier 2023

[Étendu par arr. 12 mars 2024, JO 3 avr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2023. Il est conclu pour une durée maximale de cinq ans, soit jusqu'au 31 déc. 2027 inclus au plus tard]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF, USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;
Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 18 nov. 2024, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} jour du trimestre suivant la date de publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national étendu du 16 janvier 2023 susvisé, soit le 31 déc. 2027 inclus⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Mod. par Avenant 10 mars 2025, étendu par arr. 16 mai 2025, JO 17 juin, applicable à compter du 1^{er} avr. 2025 et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national étendu du 16 janv. 2023 susvisé, soit le 31 déc. 2027 inclus⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CFE CGC ;

UNSA ;

FO.

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 912-1, R. 912-1 et suivants et D. 912-1 et suivants ;

Vu le code du travail ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe IV - Régimes de Prévoyance et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 11 mai 2017 étendu relatif aux Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national étendu du 2 octobre 2017 modifié portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité ;

Vu l'accord collectif national étendu du 5 juin 2020 relatif à la collecte des contributions au Fonds HDS de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national étendu du 6 avril 2021 portant règlement du Fonds «Haut Degré de Solidarité» de la Pharmacie d'officine ;

Vu le cahier des charges relatif à la «mise en concurrence en vue de recommander un ou plusieurs organismes assureurs pour les Régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé des salariés non-cadres et les Régimes de Prévoyance et de Frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine ainsi que le HDS de branche» ;

Vu le rapport d'analyse et de notation des offres recevables et éligibles remis par le cabinet CAPS Actuariat le 4 décembre 2022 ;

Vu les relevés de décisions des réunions de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la Pharmacie d'officine ;

Préambule

Compte tenu, d'une part, des positions exprimées par les organisations syndicales représentatives des salariés et par les organisations professionnelles représentatives des employeurs en CPPNI de la Pharmacie d'officine le 16 janvier

2023 ;

Soucieuses, d'autre part, de maintenir des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité en faveur des salariés des entreprises officinales ;

Prenant acte du rapport d'analyse et de notation des offres recevables et éligibles remis par le cabinet CAPS Actuariat à l'issue de la procédure de mise en concurrence préalable prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

Degré élevé de solidarité de la Pharmacie d'officine

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, le présent accord définit les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine servies à effet du 1^{er} janvier 2023, et arrête les modalités de gestion du Fonds Haut degré de solidarité, dit Fonds HDS de la Pharmacie d'officine, applicables à compter de cette même date.

Conformément aux dispositions de l'article 1^{er} de l'accord collectif national étendu du 11 mai 2017 susvisé, et afin que tout salarié ou ancien salarié puisse en être, le cas échéant, bénéficiaire, les parties signataires décident, en application de l'article L. 912-1 IV du code de la sécurité sociale, que ces garanties sont financées et gérées de façon mutualisée pour l'ensemble des pharmacies d'officine et pour l'ensemble des salariés et anciens salariés non-cadres, cadres et assimilés cadres de la Pharmacie d'officine.

À cet effet, toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale susvisée sont tenues de cotiser au Fonds HDS de la Pharmacie d'officine, soit directement auprès de l'organisme gestionnaire du Fonds HDS désigné à l'article 3, soit auprès de tout autre collecteur expressément mandaté à cet effet par ce gestionnaire. La convention de mandat conclue à cet effet doit, sous peine de nullité, être soumise par l'organisme gestionnaire à l'accord préalable de la CPPNI de la Pharmacie d'officine qui se détermine conformément aux dispositions de l'article 30 - Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation - des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée.

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité de la Pharmacie d'officine, définies conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale par la CPPNI de la Pharmacie d'officine, sont précisées dans le Règlement HDS mentionné à l'article 4 et annexé au présent accord.

Article 2

Financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité en Pharmacie d'officine

Mod. par Avenant 18 nov. 2024, étendu par arr. 26 mars 2025, JO 9 avr., applicable à compter du 1^{er} jour du trimestre suivant la date de publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national étendu du 16 janvier 2023 susvisé, soit le 31 déc. 2027 inclus⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité en Pharmacie d'officine sont financées par le Fonds HDS de la Pharmacie d'officine, dans la limite de ses ressources.

Au 1^{er} janvier 2023, le Fonds HDS de la Pharmacie d'officine est constitué des ressources dont disposait, au 31 décembre 2022, le fonds créé par l'accord collectif national étendu du 2 octobre 2017 susvisé.

Ce fonds est alimenté chaque année à hauteur de 2 % des cotisations relatives aux régimes obligatoires de Prévoyance et aux régimes obligatoires de Frais de soins de santé visés à l'Annexe IV de la convention collective nationale susvisée. Ce financement est assuré par une cotisation incluse dans les cotisations prévoyance et frais de soins de santé fixées par la convention collective nationale susvisée. La quote-part de cette cotisation est calculée comme suit :

Cotisations «HDS» Salariés non-cadres - régime de base obligatoire		
	Employeur	Salarié
Hors Alsace-Moselle	0,039 % du traitement de base + 0,010 % du PMSS si employeur unique ⁽¹⁾	0,023 % du traitement de base + 0,010 % du PMSS si employeur unique ⁽²⁾
Alsace-Moselle	0,038 % du traitement de base + 0,007 % du PMSS si employeur unique ⁽³⁾	0,023 % du traitement de base + 0,007 % du PMSS si employeur unique ⁽⁴⁾
Salariés multi-employeurs	(1) : 0,005 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,004 % du PMSS si 3 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 4 employeurs et plus.	(2) : 0,005 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 3 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 4 employeurs et plus.
	(3) : 0,004 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,003 % si 3 employeurs et plus ; 0,002 % du PMSS si 4 employeurs et plus.	(4) : 0,004 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,002 % si 3 employeurs et plus ; 0,002 % du PMSS si 4 employeurs et plus.

Cotisations «HDS» Salariés cadres et assimilés- régime de base obligatoire (RPO)		
	Employeur	Salarié
Hors Alsace-Moselle	0,039 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,010 % du PMSS si employeur unique ⁽¹⁾	0,006 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,010 % du PMSS si employeur unique ⁽²⁾
Alsace-Moselle	0,037 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,007 % du PMSS si employeur unique ⁽³⁾	0,003 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,007 % du PMSS si employeur unique ⁽⁴⁾
Salariés multi-employeurs	(1) : 0,005 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,004 % du PMSS si 3 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 4 employeurs et plus.	(2) : 0,005 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 3 employeurs ; 0,003 % du PMSS si 4 employeurs et plus.
	(3) : 0,004 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,003 % si 3 employeurs et plus ; 0,002 % du PMSS si 4 employeurs et plus.	(4) : 0,004 % du PMSS si 2 employeurs ; 0,002 % si 3 employeurs et plus ; 0,002 % du PMSS si 4 employeurs et plus.

(Avenant 18 nov. 2024, étendu)

Cotisations «HDS» Salariés non-cadres - Régime de base obligatoire		
	Employeur	Salarié
Hors Alsace-Moselle	0,039 % du traitement de base + 0,41 euros*	0,023 % du traitement de base + 0,41 euros*
Alsace-Moselle	0,038 % du traitement de base + 0,285 euros*	0,023 % du traitement de base + 0,285 euros*
* À compter du 1 ^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1 ^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.		

Cotisations «HDS» Salariés cadres et assimilés- Régime de base obligatoire (RPO)		
	Employeur	Salarié
Hors Alsace-Moselle	0,039 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,41 euros*	0,006 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,41 euros*
Alsace-Moselle	0,037 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,285 euros*	0,003 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,285 euros*

*. À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation forfaitaire évolue au 1^{er} janvier de chaque année N en fonction de la revalorisation éventuelle du plafond mensuel de la sécurité sociale constatée entre l'année N – 2 et l'année N – 1.

Article 3

Organisme gestionnaire du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine

Au terme de la procédure de mise en concurrence susvisée, la gestion du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine est confiée, à titre exclusif, à l'Association de prévoyance générale interprofessionnelle des salariés (APGIS) pour une durée maximale de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2023, soit jusqu'au 31 décembre 2027 inclus au plus tard. Les modalités d'organisation de la gestion du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine feront l'objet d'un réexamen qui interviendra, au plus tard, au cours de l'année 2027. Ce réexamen prendra la forme d'une mise en concurrence organisée conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 4

Règlement du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine

Les prestations servies par le Fonds HDS de la Pharmacie d'officine, leurs conditions d'attribution et modalités de gestion, sont définies, à compter du 1^{er} janvier 2023, dans le règlement du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine annexé au présent accord, dans les limites et durées fixées par celui-ci.

Pour les demandes d'intervention du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine dont le fait générateur est antérieur au 1^{er} janvier 2023, il est fait référence aux modalités de gestion définies par l'accord collectif national étendu du 6 avril 2021 susvisé.

Article 5

Dispositions diverses

Le présent accord prend effet le 1^{er} janvier 2023. Il est conclu pour une durée maximale de cinq ans, soit jusqu'au 31 décembre 2027 inclus au plus tard. Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord à moins de garanties au moins équivalentes.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2020). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Annexe (nouvelle) à l'accord collectif national étendu du 16 janvier 2023 relatif aux garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine

Mod. par Avenant 10 mars 2025, étendu par arr. 16 mai 2025, JO 17 juin, applicable à compter du 1^{er} avr. 2025 et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national étendu du 16 janv. 2023 susvisé, soit le 31 déc. 2027 inclus⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;
CFDT ;
CFE CGC ;
UNSA ;
FO.

Fonds haut degré de solidarité de la pharmacie d'officine

Règlement au 1^{er} avril 2025

L'accord collectif national du 16 janvier 2023 prévoit la définition de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité (HDS) telles que définies à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

À cet effet, l'article 1^{er} - Degré élevé de solidarité de la Pharmacie d'officine - de cet accord organise un fonds mutualisé, appelé Fonds HDS de la Pharmacie d'officine, relevant des dispositions de l'article L. 912-1 IV du code de la sécurité sociale. La gestion de ce fonds est confiée exclusivement à l'APGIS.

Ce fonds est financé à hauteur de 2 % des cotisations relatives aux régimes obligatoires de Prévoyance et aux régimes obligatoires Frais de soins de santé visés à l'Annexe IV de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

Les garanties du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sont définies conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 et R. 912-3 du code de la sécurité sociale par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la Pharmacie d'officine. Elles comprennent, à compter du 1^{er} avril 2025, les actions suivantes :

I - Packs «Coups Durs» : accompagnement à la suite d'un décès (pack «coup dur décès»), d'une hospitalisation d'au moins 4 jours continus (pack «coup dur hospitalisation») ou d'une maladie grave (pack «coup dur maladie grave») ;

II - Pack «Aidant» : aide aux aidants d'un proche en situation de dépendance ;

III - Pack «Prévention» : remboursement des vaccins, des analyses médicales sur prescription médicale mais non remboursées par la sécurité sociale et des tests de dépistage non remboursés par la sécurité sociale pour favoriser la prévention des maladies, et prise en charge des troubles de l'orientation chez les enfants couverts par les régime conventionnels visés à l'Annexe IV précitée ;

IV - Fonds social de la Pharmacie d'officine :

IV.A - Fonds de solidarité : aide financière attribuée sur étude de dossier par la CPPNI de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission «Prévoyance» ;

IV.B - Prise en charge d'une partie des cotisations «Frais de soins de santé» des salariés en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation ;

IV.C - Prise en charge, sous conditions de ressources, d'une partie des cotisations «Frais de soins de santé» des anciens salariés retraités qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;

IV.D - Prise en charge d'une partie des cotisations «Frais de soins de santé» des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation ;

IV.E - Prise en charge, sous condition de ressources, d'une partie des cotisations «Frais de soins de santé» des anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu et qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

Le présent document précise les actions mises en œuvre, leur date d'effet et les conditions pour en bénéficier.

En complément des actions individuelles détaillées ci-après, le Fonds HDS de la Pharmacie d'officine finance également une action de prévention collective pour favoriser la vaccination antigrippale. Le montant forfaitaire versé par salarié vacciné par l'officine est précisé chaque année par la CPPNI de la Pharmacie d'officine.

I- Packs «coups durs»

I.A-

Pack «coup dur décès»

Objet	Aide financière en cas de décès d'un membre de la famille.
Période de validité	À compter du 1 ^{er} avril 2025

Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non-cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation au régime de frais de soins de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux : <ul style="list-style-type: none"> - dont le contrat de travail a été rompu avant le 1^{er} janvier 2018 ; - dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1^{er} janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; - et qui remplissent l'une des conditions suivantes : <p>* anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime Frais de soins de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel de frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>- les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel de frais de soins de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.</p>
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur définie ci-après : date du décès d'un membre de la famille ;</p> <p>2 - lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs démontrant l'existence de l'un des événements pris en charge (voir définitions) ;</p> <p>4 - le fait générateur doit se situer pendant la période de validité du Pack «Coup dur décès» ;</p> <p>5 - le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Pack «Coup dur décès» dans les 3 mois qui suivent le décès.</p>
Montant de l'aide	<p>Montant maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Le plafond de 750 € s'applique par décès d'un membre de la famille ou en cas de décès du salarié.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - la prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire dans les 12 mois qui suivent la date du décès ;</p> <p>c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Coup dur décès» (voir liste ci-après) ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...).</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Lorsque l'ouverture du droit à prestation a été validée par le gestionnaire du HDS, le bénéficiaire concerné conserve son droit à prestations dans la limite du montant de l'aide et jusqu'à l'expiration des délais mentionnés ci-avant pour présenter les demandes de remboursement, même s'il quitte l'entreprise et ne bénéficie plus du régime conventionnel de prévoyance ou de frais de soins de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Coup dur décès» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Coup dur décès»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Coup dur décès» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur (date de surveillance)	Date du décès d'un membre de la famille.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui suivent la date du décès.

Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS
Membres de la famille dont le décès ouvre droit à l'aide en cas de décès	<ul style="list-style-type: none"> - conjoint du bénéficiaire, concubin et partenaire de Pacs; - enfants du bénéficiaire ou de son conjoint / concubin / partenaire de Pacs (ainsi que les enfants des enfants visés ci-avant); - ascendants directs du bénéficiaire.

I.B-

Pack «coup dur hospitalisation»

Objet	Aide financière en cas d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus.
Période de validité	À compter du 1 ^{er} avril 2025
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non-cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation au régime de frais de soins de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux : <ul style="list-style-type: none"> - dont le contrat de travail a été rompu avant le 1^{er} janvier 2018 ; - dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1^{er} janvier 2018 et qui cotaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; - et qui remplissent l'une des conditions suivantes : <p>* anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime Frais de soins de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<ol style="list-style-type: none"> 1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur définie ci-après : date de début d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus ; 2 - lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs démontrant l'existence de l'un des événements pris en charge (voir définitions) ; 4 - le fait générateur doit se situer pendant la période de validité du Pack «Coup dur hospitalisation» ; 5 - le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Pack «Coup dur hospitalisation» dans les 3 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation.
Montant de l'aide	<p>Montant maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Le plafond de 750 € s'applique pour une ou plusieurs hospitalisations d'au moins 4 jours continus chacune, sur une période de 12 mois de date à date à partir de la date de début de la 1^{ère} hospitalisation.</p>
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<ul style="list-style-type: none"> a - dépenses exposées par le bénéficiaire pour faire face à l'événement et non remboursées par ailleurs ; b - la prestation doit avoir été réalisée dans la période éligible au remboursement c'est-à-dire dans les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation ; c - la prestation à rembourser doit figurer dans la liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Coup dur hospitalisation» (voir liste ci-après) ; d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...). <p>Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Lorsque l'ouverture du droit à prestation a été validée par le gestionnaire du HDS, le bénéficiaire concerné conserve son droit à prestations dans la limite du montant de l'aide et jusqu'à l'expiration des délais mentionnés ci-avant pour présenter les demandes de remboursement, même s'il quitte l'entreprise et ne bénéficie plus du régime conventionnel de prévoyance ou de frais de soins de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires précisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Coup dur hospitalisation» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Coup dur hospitalisation»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Coup dur hospitalisation» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur (date de survenance)	Date de début d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui suivent la date de sortie d'hospitalisation.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS
Hospitalisations pouvant ouvrir droit à l'aide	Hospitalisation d'au moins 4 jours continus ; Toute nouvelle hospitalisation ayant débuté moins de 12 mois après une hospitalisation ayant ouvert droit à l'aide ne donne pas droit à un nouveau Pack.

I.C- Pack «coup dur maladie grave»

Objet	Aide financière en cas de maladie grave.
Période de validité	À compter du 1 ^{er} avril 2025.
Bénéficiaires	Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit : - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non-cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation au régime Frais de soins de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux : - dont le contrat de travail a été rompu avant le 1 ^{er} janvier 2018 ; - dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1 ^{er} janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; - et qui remplissent l'une des conditions suivantes : * anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime Frais de soins de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date du fait générateur : date de la demande du «pack Coup dur maladie grave» (cf. définitions des maladies graves) ; 2 - lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ; 3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs démontrant l'existence de l'un des événements pris en charge (cf. définitions des maladies graves) ; 4 - le fait générateur doit se situer pendant la période de validité du Pack «Coup dur maladie grave» ; 5 - le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du Pack «Coup dur maladie grave» pendant la période de validité du pack pour la maladie grave.
Montant de l'aide	Montant de l'aide = forfait de 750 €, versé en une fois, dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS. Une même maladie ne peut ouvrir droit qu'à un seul pack «maladie grave». Si le bénéficiaire souhaite bénéficier d'une nouvelle aide au titre du pack «Coup dur maladie grave», il doit formuler une demande au titre du fonds social. En cas de polyopathie lors de la première demande, le médecin devra attester sur le formulaire prévu à cet effet (certificat médical HDS) que le bénéficiaire souffre de plusieurs maladies graves. Le bénéficiaire pourra alors demander un renouvellement du pack maladie grave au plus tôt un an après l'obtention du premier forfait. En cas de nouvelle maladie grave diagnostiquée postérieurement à la première demande, le bénéficiaire pourra solliciter l'attribution d'un nouveau pack maladie grave au plus tôt un an après la première demande. Dans les cas non prévus ci-avant, le bénéficiaire pourra formuler une demande au titre du fonds social.

Définitions utiles au titre du Pack «Coups durs maladies graves»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Coup dur maladie grave» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur (date de survenance)	Date de la demande d'aide.
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.
Maladies graves pouvant ouvrir droit à l'aide	<p>Maladie non stabilisée figurant dans la liste ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accident vasculaire cérébral invalidant ; - cancer ; - affection post-Covid-19 («Covid long») ; - démence sénile (Alzheimer...) ; - infarctus ou pathologie cardiaque invalidante ; - hémopathies ; - insuffisance hépatique sévère ; - diabète insulino-instable ; - myopathie ; - insuffisance respiratoire instable ; - parkinson non équilibré ; - mucoviscidose ; - insuffisance rénale dialysée décompensée ; - suite de transplantation d'organe ; - paraplégie non traumatique ; - polyarthrite rhumatoïde évolutive ; - sclérose en plaques ; - sclérose latérale amyotrophique ; - virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; - épilepsie ; - paraplégie traumatique ; - tétraplégie traumatique et non traumatique ; - amputation d'un ou de plusieurs membres supérieurs ou inférieurs. <p>L'existence de la maladie grave doit être établie par un certificat médical rempli par le médecin traitant du demandeur (certificat HDS Maladie grave) et adressé sous pli confidentiel au service médical de l'APGIS à l'attention du médecin conseil.</p> <p>Le certificat médical ne sera pas conservé après traitement de la demande. L'information stockée sera uniquement celle précisant si le bénéficiaire bénéficie ou non d'un Pack «Coup dur maladie grave» pour une ou pour plusieurs maladies graves.</p>

Tableau commun aux packs coups durs décès et hospitalisation

Liste des prestations pouvant donner lieu à une aide au titre des Packs «Coups durs» et plafond unitaire pouvant être pris en charge (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les personnes concernées	Pack Décès	Pack Hospitalisation	Plafond
Garde d'enfants	les enfants du bénéficiaire	x	x	23 €/ h
Accompagnement à l'école/ activités extrascolaires		x	x	23 €/ h
Garde des ascendants	les ascendants du bénéficiaire	x	x	23 €/ h
Aide ménagère	le bénéficiaire	-	x	23 €/ h
Garde-malade		-	x	23 €/ h
Livraison de courses		-	x	26 €/ livraison
Portage de repas		-	x	
Livraison de médicaments		-	x	

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les personnes concernées	Pack Décès	Pack Hospitalisation	Plafond
Organisation de soins à domicile	Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aide et accompagnement du bénéficiaire pour favoriser la guérison et prévenir les rechutes.	-	x	265 €
Frais de transport	Pour les déplacements du bénéficiaire.	x	x	Frais réels dans la limite du plafond du pack correspondant
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire.	-	x	370 € / bilan
Bilan nutritionnel	Bilan pour permettre au bénéficiaire de connaître les adaptations éventuelles à apporter à ses habitudes alimentaires.	-	x	53 € / bilan 32 €/consultation de suivi
Bilan social	Bilan permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement du bénéficiaire afin de le guider dans les mesures pouvant être mise en œuvre pour l'aider.	x	x	153 € / bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins du bénéficiaire en matière d'accompagnement et soutien psychologique.	x	x	317 € / bilan
Suivi psychologique	le bénéficiaire	x	x	48 € / consultation
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact du coup dur sur la vie quotidienne du bénéficiaire et actions à mettre en œuvre pour l'aider à y faire face / points d'échanges réguliers avec le coach/bilan.	x	x	211 € / coaching
Second avis médical	Le bénéficiaire	-	x	370 € / dossier
Pour les dépenses non prévues dans la liste ou les montants qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de formuler une demande d'intervention au titre du fonds social (remplir une demande d'aide du fonds social).				

II-

Pack «Aidant»

Objet	Aide financière à l'aidant d'un proche en situation de perte d'autonomie ou d'un enfant handicapé.
Période de validité	À compter du 1 ^{er} avril 2025.
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non-cadres) ou l'annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation au régime Frais de soins de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux : <ul style="list-style-type: none"> - dont le contrat de travail a été rompu avant le 1^{er} janvier 2018 ; - dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1^{er} janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; - et qui remplissent l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> * anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime Frais de soins de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; * anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ; - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.

Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur, qu'il soit mineur ou majeur, doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande d'aide ;</p> <p>2 - lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit fournir les justificatifs permettant de montrer qu'il est Aidant d'un enfant handicapé ou d'un proche en situation de perte d'autonomie (l'Aidé) pour lequel aucune demande de pack aidant n'a été acceptée antérieurement (voir définition de l'Aidant et de l'Aidé).</p> <p>Si le salarié ou l'ancien salarié et l'un de ses ayants droit aident la même personne, le Pack «Aidant» ne peut pas être déclenché plusieurs fois pour la même personne aidée.</p> <p>Si un Pack «Aidant» a déjà été attribué pour la personne aidée, l'octroi d'un second Pack «Aidant» n'est pas possible (le demandeur peut faire une demande au titre du fonds social).</p> <p>4 - le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide pendant la période de validité du Pack «Aidant» en remplissant le formulaire prévu à cet effet, disponible sur le site internet de l'APGIS, et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies.</p>
Montant de l'aide	<p>Montant maximum de l'aide = 750 € par personne aidée.</p> <p>Cette aide est versée dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit sur justificatifs des dépenses engagées ; - soit sous la forme d'une allocation forfaitaire journalière de 20 euros versée, sur présentation des justificatifs, en complément de l'indemnisation servie par la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Caisse Primaire d'assurance Maladie (CPAM) lorsque le bénéficiaire est titulaire d'un congé de proche aidant, d'un congé de présence parentale ou d'un congé de solidarité familiale. <p>Les deux modalités de versement de l'aide peuvent, le cas échéant, être combinées au titre d'une même personne aidée. Dans une telle hypothèse, le montant total de l'aide versée au bénéficiaire reste plafonné à 750 euros par personne aidée.</p> <p>Le plafond de de l'aide s'applique par binôme «aidant / aidé».</p> <p>Si le bénéficiaire souhaite bénéficier d'une nouvelle aide pour la même personne aidée après épuisement de son forfait au titre du pack aidant, il doit formuler une demande au titre du fonds social.</p>
Actions pouvant donner lieu à intervention du HDS (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire, par son (sa) conjoint(e), concubin(e) ou personne liée à lui par un Pacs, au bénéfice de la personne aidée ou pour accompagner le bénéficiaire dans son rôle d'Aidant, et non remboursées par ailleurs, ou indemnité complémentaire au montant versé par la CAF ou la CPAM au titre d'un congé de proche aidant, d'un congé de présence parentale ou d'un congé de solidarité familiale ;</p> <p>b - la prestation ou le congé doit avoir été réalisé ou pris dans la période éligible au remboursement (dans les 12 mois qui précèdent ou qui suivent la date de la demande d'aide sans pouvoir être antérieure à la date d'adhésion au régime conventionnel de prévoyance ou de frais de soins de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>c - la prestation à rembourser ou le congé à indemniser doit figurer dans la liste des actions pouvant donner lieu à une aide au titre du Pack «Aidant» (cf. liste des prestations remboursables ci-après) ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées permettant de vérifier que les conditions visées au a) à c) ci-dessus sont remplies (nature de la dépense, date de la prestation, montant payé par le bénéficiaire...).</p> <p>Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.</p> <p>Lorsque l'ouverture du droit à prestation a été validée par le gestionnaire du HDS, le bénéficiaire concerné conserve son droit à prestations dans la limite du montant de l'aide et jusqu'à l'expiration des délais mentionnés ci-avant pour présenter les demandes de remboursement, même s'il quitte l'entreprise et ne bénéficie plus du régime conventionnel de prévoyance ou de frais de soins de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.</p>
Montant versé	<p>Indemnité forfaitaire journalière pour le congé de proche aidant, le congé de solidarité familiale ou le congé de présence parentale et/ou montant de la dépense exposée dans la limite des coûts unitaires pré-cisés ci-après et du montant maximum de l'aide en tenant compte des remboursements déjà effectués au titre du Pack «Aidant» et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Aidant»

Aidant	Personne, mineure ou majeure, qui apporte seule, ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche ou d'un enfant handicapé, et qui n'est pas rémunérée pour cette aide.
Aidé	<p>Enfant handicapé ou proche en situation de perte d'autonomie et qui relève des droits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ou allocation adultes handicapés (AAE) ; - ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ; - ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 3.

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Aidant» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Date du fait générateur	Date de la demande d'aide telle que définie ci-dessus.
Période éligible au remboursement	Les 12 mois qui précèdent et qui suivent la date de la demande d'aide, sans pouvoir être antérieurs à la date de début de la 1 ^{ère} période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (employeur ou dernier employeur).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

Liste des actions pouvant donner lieu à intervention et budget unitaire maximum de prise en charge au titre du Pack «Aidant» (incluant les charges et taxes de toute nature)

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les personnes concernées	Plafond
Garde d'enfants	Concerne les enfants de l'Aidant afin de lui permettre de s'occuper de l'Aidé.	23 €/h
Accompagnement à l'école/ activités extra-scolaires		23 €/h
Aide ménagère	Concerne l'Aidé afin d'alléger la charge de travail de l'Aidant.	23 €/h
Garde des ascendants		23 €/h
Garde-malade		23 €/h
Livraison de courses		26 €/ livraison
Portage de repas		
Livraison de médicaments		
Organisation de soins à domicile	Aide d'un professionnel pour organiser les soins, aides et accompagnement dispensés à l'Aidé dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie.	265 €
Frais de transport	Pour les déplacements de l'Aidé pour raison médicale.	Frais réels dans la limite du plafond du pack
	Pour les déplacements de l'Aidant pour se rendre auprès de l'Aidé.	Frais réels, dans la limite du plafond du pack
Bilan ergothérapeute	Bilan situationnel réalisé par un ergothérapeute au domicile de l'Aidé.	370 €/ bilan
Bilan nutritionnel	Bilan au bénéfice de l'Aidé pour permettre à l'Aidant de connaître les adaptations éventuelles à apporter aux habitudes alimentaires de l'Aidé + suivi éventuel.	53 €/ bilan 32 €/ consultation de suivi
Bilan social	Bilan au bénéfice de l'Aidé permettant d'évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement en prenant en compte les problématiques de la personne concernée afin de guider l'Aidant dans les mesures à mettre en œuvre au bénéfice de l'Aidé.	153 €/ bilan
Bilan psychologique	Diagnostic des besoins de l'Aidant en matière d'accompagnement et soutien psychologique.	317 €/ bilan
Suivi psychologique	Suivi au bénéfice de l'Aidant.	48 €/h
Coaching ciblé	Entretien d'évaluation de l'impact de la situation d'Aidant sur sa vie quotidienne et actions à mettre en œuvre pour faire face au rôle d'aidant / points d'échanges réguliers avec le coach/ bilan.	211 €/ coaching
Téléassistance	Prise en charge des frais de téléassistance pour l'Aidé.	26 €/ mois
Congé de Solidarité Familiale	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CPAM pour l'Aidant pour soutenir l'Aidé	21 € par jour de congé
Congé de Proche Aidant	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'Aidant pour soutenir l'Aidé	21 € par jour de congé

Nature des actions	Définition des actions et précisions sur la / les personnes concernées	Plafond
Congé de Présence Parentale	Versement d'une indemnité forfaitaire par jour en complément de l'allocation journalière versée par la CAF pour l'Aidant pour soutenir l'Aidé	21 € par jour de congé
Pour les dépenses non prévues dans la liste ou les montants qui dépassent le plafond indiqué, possibilité de faire une demande d'intervention au titre du fonds social (remplir une demande d'aide du fonds social).		

III-

Pack «Prévention»

Objet	Remboursement des vaccins, des analyses médicales sur prescription médicale et non remboursées par la sécurité sociale, des tests de dépistage (y compris autotests) non remboursés par la sécurité sociale, pour favoriser la prévention des maladies, et prise en charge des troubles de l'orientation chez les enfants couverts par les régimes conventionnels visés à l'Annexe IV de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine.
Période de validité du Pack «Prévention»	À compter du 1 ^{er} avril 2025.
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non-cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation au régime Frais de soins de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux : <ul style="list-style-type: none"> - dont le contrat de travail a été rompu avant le 1^{er} janvier 2018 ; - dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1^{er} janvier 2018 et qui cotaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; - et qui remplissent l'une des conditions suivantes : <p>* anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime Frais de soins de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande de remboursement ;</p> <p>2 - lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit adresser ses demandes de remboursement à l'APGIS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les justificatifs des dépenses engagées.</p>
Prestations de prévention	<p>Prévention des maladies : remboursement des vaccins non remboursés dans la limite de 100 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.</p> <p>Autotest COVID : remboursement des autotests COVID agréés par les autorités sanitaires dans la limite de 50 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.</p> <p>Dépistage et analyses non remboursées : remboursement i) des tests de dépistages non remboursés par la sécurité sociale (y compris autotests autres que les autotest COVID) et/ou ii) des analyses médicales non remboursées par la sécurité sociale sur prescription médicale, dans la limite de 200 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.</p> <p>Maternité : remboursement des tests d'ovulation et des tests de grossesse dans la limite de 150 €/an/bénéficiaire sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.</p> <p>Troubles de l'orientation : forfait de 500 euros par année civile et par bénéficiaire pour la prise en charge d'un bilan et de séances chez un psychomotricien pour les enfants couverts par le régime Frais de soins de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, sur prescription médicale, dans la limite de 90 euros pour le bilan et 40 euros par séance.</p>

Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - la prestation doit avoir été réalisée pendant la période de validité du Pack «Prévention» ;</p> <p>c - pour les troubles de l'orientation, les dépenses doivent avoir été engagées au profit d'un enfant ayant la qualité d'ayant droit du bénéficiaire ;</p> <p>d - le bénéficiaire doit transmettre à l'APGIS les justificatifs des dépenses engagées. Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation, sans pouvoir être antérieure à la date d'adhésion au régime conventionnel de prévoyance ou de frais de soins de santé défini à l'Annexe IV-1 ou l'Annexe IV-2 de la Pharmacie d'officine.</p>
Montant remboursé	<p>Montant de la dépense exposée dans le respect des plafonds précités et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.</p> <p>Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.</p>

Définitions utiles au titre du Pack «Prévention»

Ayants droit	Ayants droit couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les Annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date du fait générateur (date de survenance)	Date à laquelle les frais ont été exposés (date d'achat / date du dépistage...).
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande de Pack «Prévention» (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS.

IV- Fonds social de la pharmacie d'officine

IV.A-

Fonds de solidarité

Objet	<p>Aide exceptionnelle ayant un caractère de secours, attribuée sur étude de dossier par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPNI) de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission «Prévoyance».</p> <p>L'aide au titre du fonds social est attribuée en fonction de critères objectifs (notamment revenus) pour aider le bénéficiaire à faire face aux dépenses rendues nécessaires par son état de santé ou son handicap. Elle intervient dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention des régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie et des autres aides sociales éventuelles obtenues par le bénéficiaire.</p> <p>Les décisions d'attribution des aides du fonds social ne sont susceptibles d'aucun recours.</p>
Période de validité	À compter du 1 ^{er} avril 2025.
Bénéficiaires	<p>Salariés et anciens salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ainsi que leurs ayants droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les salariés concernés sont ceux qui sont couverts par les régimes conventionnels de prévoyance et de frais de soins de santé définis à l'Annexe IV-1 (pour les salariés non-cadres) ou l'Annexe IV-2 (salariés cadres et assimilés) de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine y compris ceux qui bénéficient d'un maintien gratuit ou d'une dispense d'affiliation frais de santé ; - les anciens salariés concernés sont ceux : <ul style="list-style-type: none"> - dont le contrat de travail a été rompu avant le 1^{er} janvier 2018 ; - dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1^{er} janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; - et qui remplissent l'une des conditions suivantes : <p>* anciens salariés qui bénéficient d'un maintien gratuit du régime Frais de soins de santé défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>* anciens salariés qui bénéficient d'une rente d'invalidité servie par le régime de prévoyance défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;</p> <p>- les ayants droit sont ceux qui sont couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.</p>

Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) à la date de la demande d'aide ;</p> <p>2 - lorsque le demandeur est salarié, l'entreprise dont il dépend doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du fonds social en remplissant le formulaire prévu à cet effet disponible sur le site internet de l'APGIS et joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les documents nécessaires à l'étude du dossier par la CPPNI de la Pharmacie d'officine, et notamment la copie du dernier avis d'imposition.</p>
Montant de l'aide	Montant décidé par la CPPNI de la Pharmacie d'officine après étude de dossier et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	<p>a - Dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ;</p> <p>b - Les prestations à rembourser doivent correspondre aux prestations pour lesquelles la CPPNI de la Pharmacie d'officine a accordé une aide. Les prestations susceptibles d'une aide au titre du fonds social sont notamment les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépenses de santé restant à charge du bénéficiaire après remboursement de l'Assurance maladie, du régime complémentaire Frais de soins de santé et du régime supplémentaire éventuel ; - dépenses engagées pour aménager le domicile en cas de handicap du bénéficiaire ; - dépenses remboursables au titre du Pack «Aidant», «Coups durs» ou «Prévention» lorsque le bénéficiaire a épuisé le forfait alloué au titre du Pack mais que sa situation nécessite une aide supplémentaire... ; <p>c - Lorsque l'intervention porte sur des dépenses non encore réalisées et pour lesquelles le bénéficiaire a fourni un devis. Le bénéficiaire doit transmettre les justificatifs des dépenses engagées dans les 12 mois suivant la date à laquelle la CPPNI de la Pharmacie d'officine a accordé l'aide au titre du fonds social.</p>
Montant remboursé	Montant accordé par la CPPNI de la Pharmacie d'officine, dans la limite des frais réels exposés et restant à charge du bénéficiaire et dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS.
	Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

Définitions utiles au titre du fonds social

Définition des ayants droit au titre du HDS	Ayants droit couverts par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini par les annexes IV-1 et IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine à titre obligatoire ou facultatif.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de demande d'intervention au titre du fonds social (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour payer la prestation	APGIS, sur décision de la CPPNI de la Pharmacie d'officine ou, sur délégation, par la Sous-commission «Prévoyance».

IV.B- Prise en charge d'une partie de la cotisation «Frais de soins de santé» des salariés en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation

Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation «Frais de soins de santé» des salariés titulaires d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation.
Période de validité	Par année scolaire, et à compter de l'année scolaire 2024/2025.
Bénéficiaires	<p>Salariés des entreprises qui relèvent de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, titulaires d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation, et couverts* par le régime conventionnel Frais de soins de santé défini à l'Annexe IV-1 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine,</p> <p>* Les salariés qui ont demandé une dispense d'affiliation au régime Frais de soins de santé ne sont pas éligibles à la présente action.</p>
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - le demandeur doit avoir la qualité de Bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ;</p> <p>2 - l'entreprise dont dépend le Bénéficiaire (= entreprise avec laquelle le bénéficiaire a conclu un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation) doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS ;</p> <p>3 - le Bénéficiaire doit être présent dans l'entreprise en juin de l'année N pour la période scolaire N – 1/N (attesté par la fourniture de la feuille de paie du mois de juin) ;</p> <p>4 - le Bénéficiaire doit i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site internet de l'APGIS, ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies et iii) adresser l'ensemble au plus tard le 31 août N.</p>

Date et modalités du remboursement	Le remboursement intervient une fois par an, au plus tard le 30 septembre qui suit la date de la demande par virement sur le compte du salarié.
Montant du remboursement	- 215 € par année scolaire pour les salariés relevant du régime général ; - 150 € par année scolaire pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle.
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de la demande d'intervention (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour procéder au remboursement	APGIS.

IV.C- Prise en charge, sous condition de ressources, d'une partie de la cotisation «Frais de soins de santé» des anciens salariés retraités qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine

Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation «frais de soins de santé» des anciens salariés retraités qui adhèrent au régime conventionnel «Frais de soins de santé» défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, sous condition de ressources.			
Période de validité	Par année civile, et à compter du 1 ^{er} avril 2025.			
Bénéficiaires	<p>Les bénéficiaires sont les anciens salariés retraités, ainsi que leur conjoint, :</p> <ul style="list-style-type: none">- dont le contrat de travail a été rompu avant le 1^{er} janvier 2018 ;- dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1^{er} janvier 2018 et qui cotisaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ;- et qui remplissent les conditions suivantes : <p>i) être à jour de leur cotisation au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine pour l'année précédente (exemple : cotisation 2024 pour le bénéfice de l'aide 2025) ;</p> <p>ii) avoir un revenu fiscal de référence inférieur au seuil de la Tranche 3 défini ci-après en fonction du nombre de parts fiscales (selon avis d'imposition de l'année N – 1 pour le bénéfice de l'aide N).</p>			
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1- Le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus)</p> <p>2 - Il doit :</p> <p>i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site internet de l'APGIS ;</p> <p>ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ;</p> <p>adresser sa demande à l'APGIS au plus tard le 31 août N pour le bénéfice de l'aide N sur les cotisations N – 1 (exemple : pour l'aide 2025 versée au titre des cotisations 2024, le bénéficiaire doit adresser sa demande au plus tard le 31 août 2025. Les nouveaux retraités qui adhèrent au régime des anciens salariés en 2025 pourront faire une demande d'aide jusqu'au 31 août 2026 au titre des cotisations 2025).</p>			
Date et modalités du remboursement	Le remboursement intervient une fois par an, au plus tard le 30 septembre qui suit la date de la demande, par virement sur le compte bancaire du retraité.			
Montant du remboursement	Le remboursement (appelé «abondement») est fonction de la tranche dans laquelle se situe le revenu fiscal de référence (cf. tableau rubrique bénéficiaires) et du régime de sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire. Le remboursement total dépend du nombre de mois de cotisations payés au titre de l'année N – 1.			
		Abondement mensuel (en euros)		
		T1	T2	T3
	Hors Alsace-Moselle	16,00	8,00	0,00
	Alsace-Moselle	11,00	5,50	0,00
	<p>Les tranches sont définies comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">- plafond de la T1 = seuil du taux réduit de CSG-CRDS;- plafond T2 = T1 + 1/3 de l'écart entre la tranche du taux médian et du taux réduit ;- T3 = revenu fiscal de référence supérieur au plafond T2.			
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de la demande d'intervention (date du courriel ou date du cachet de la poste).			
Organisme compétent pour procéder au remboursement	APGIS.			

IV.D- Prise en charge d'une partie de la cotisation permettant le maintien des couvertures pour les salariés dont le

contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation

Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation permettant le maintien des couvertures pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.
Période de validité	Par année civile, et à compter du 1 ^{er} avril 2025.
Bénéficiaires	Salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation à temps complet et qui demandent le maintien des couvertures du régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1- le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ;</p> <p>2- l'entreprise (= employeur à la date de suspension du contrat de travail) dont dépend le bénéficiaire doit être à jour du paiement des cotisations HDS à l'APGIS;</p> <p>3- le bénéficiaire doit justifier du paiement des cotisations permettant le maintien des couvertures pour congé parental d'éducation ;</p> <p>4- le bénéficiaire doit i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site internet de l'APGIS, ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 à 3 ci-dessus sont remplies et iii) adresser sa demande à l'APGIS au plus tard le 31 août N pour le bénéfice de l'aide les cotisations N – 1 (exemple : pour l'aide 2025 versée au titre des cotisations 2024, le bénéficiaire doit adresser sa demande au plus tard le 31 août 2025).</p>
Date et modalités du remboursement	Le remboursement intervient une fois par an, au plus tard le 30 septembre qui suit la date de la demande, par virement au compte bancaire du salarié.
Montant du remboursement	Le remboursement est égal à 35 € par mois (soit, à titre indicatif, 420 € pour une année complète d'adhésion au dispositif de maintien des garanties).
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de la demande d'intervention (date du courriel ou date du cachet de la poste).
Organisme compétent pour procéder au remboursement	APGIS.

IV.E- Prise en charge, sous condition de ressources, d'une partie de la cotisation «Frais de soins de santé» des anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu et qui adhèrent au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine

Objet	Remboursement d'une partie de la cotisation «frais de soins de santé» des anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu et qui adhèrent au régime conventionnel «Frais de soins de santé» défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, sous condition de ressources.
Période de validité	Par année civile, et à compter du 1 ^{er} avril 2025.
Bénéficiaires	<p>Les bénéficiaires sont les anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail, ainsi que leur conjoint, :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dont le contrat de travail a été rompu avant le 1^{er} janvier 2018 ; - dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1^{er} janvier 2018 et qui cotaient au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail ; - et qui remplissent les conditions suivantes : <p>i) être à jour de leur cotisation au régime conventionnel Frais de soins de santé des anciens salariés défini par l'Annexe IV-1 ou IV-2 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine pour l'année précédente (exemple : cotisation 2024 pour le bénéfice de l'aide 2025) ;</p> <p>ii) avoir un revenu fiscal de référence inférieur au seuil de la Tranche 3 défini ci-après en fonction du nombre de parts fiscales (selon avis d'imposition de l'année N – 1 pour le bénéfice de l'aide N).</p>
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	<p>1 - Le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ;</p> <p>2 - Il doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) remplir le formulaire de prise en charge disponible sur le site internet de l'APGIS ; ii) joindre les justificatifs demandés destinés à permettre de vérifier que les conditions d'éligibilité visées au 1 et 2 ci-dessus sont remplies ; iii) adresser sa demande à l'APGIS au plus tard le 31 août N pour le bénéfice de l'aide N sur les cotisations N – 1 (exemple : pour l'aide 2025 versée au titre des cotisations 2024, le bénéficiaire doit adresser sa demande au plus tard le 31 août 2025. Ceux qui adhèrent au régime des anciens salariés en 2025 pourront faire une demande d'aide jusqu'au 31 août 2026 au titre des cotisations 2025).

Date et modalités du remboursement	Le remboursement intervient une fois par an, au plus tard le 30 septembre qui suit la date de la demande, par virement sur le compte bancaire du retraité.			
Montant du remboursement	Le remboursement (appelé «abondement») est fonction de la tranche dans laquelle se situe le revenu fiscal de référence (cf. tableau rubrique bénéficiaires) et du régime de sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire. Le remboursement total dépend du nombre de mois de cotisations payés au titre de l'année N – 1.			
		Abondement mensuel (en euros)		
		T1	T2	T3
	Hors Alsace-Moselle	16,00	8,00	0,00
	Alsace-Moselle	11,00	5,50	0,00
Les tranches sont définies comme suit : - plafond de la T1 = seuil du taux réduit de CSG-CRDS ; - plafond T2 = T1 + 1/3 de l'écart entre la tranche du taux médian et du taux réduit ; - T3 = revenu fiscal de référence supérieur au plafond T2.				
Date de la demande d'aide	Date d'envoi de la demande d'intervention (date du courriel ou date du cachet de la poste).			
Organisme compétent pour procéder au remboursement	APGIS.			

Désignation d'entreprises d'assurances - Appel d'offres *Accord du 18 avril 2011*

[Non étendu]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FNP FO ;

FSS CFTC ;

CFE-CGC ;

FSS.

Vu la convention collective nationale étendue du 3 décembre 1997 de la Pharmacie d'officine, notamment son annexe IV relative aux régimes de prévoyance du personnel non cadre et des cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 2 décembre 2009 relatif à la mise en concurrence pour la gestion du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine, son article 2 notamment ;

Article 1er

Dans les conditions fixées par l'accord collectif national susvisé, la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine (CPN) organise un appel d'offres en vue de désigner, à compter du 1^{er} janvier 2011, une ou plusieurs entreprises d'assurance chargées d'assurer d'une part, un régime complémentaire décès et incapacité de travail et invalidité et, d'autre part, un régime complémentaire de remboursements de frais de soins de santé au profit des salariés cadres et assimilés de l'ensemble des pharmacies d'officine en métropole et dans les départements d'outre-mer.

Cette désignation prendra effet, au plus tard, à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 2

Ne peut, conformément au présent protocole, présenter sa candidature à l'appel d'offres, que toute entreprise d'assurance remplissant les conditions suivantes :

a) *avoir son siège social dans l'un des États membres de l'Union européenne ;*

b) être régulièrement agréée par l'autorité administrative compétente de l'État de son siège social pour pratiquer les opérations d'assurance relevant des branches 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (Vie-Décès) ;

c) ne pas contrevenir aux interdictions de soumissionner mentionnées à l'article 8 de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics et à l'article 29 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

d) ne pas faire l'objet d'un plan de rétablissement, de redressement, ou de financement décidé par l'autorité administrative de contrôle dont elles relèvent, ne pas être sous le coup des mesures mentionnées aux articles L. 612-23 et L. 612-39 du code monétaire et financier et ne pas être en situation de redressement ou de liquidation judiciaire ou, pour les entreprises d'assurance ayant leur siège social dans un État membre autre que la France, ne pas être dans l'une ou l'autre de ses situations conformément à la législation qui leur est applicable.

Article 3

Un avis d'appel public à la concurrence sera publié au Journal officiel de l'Union européenne (JOUE). Un avis sera également publié, au plus tard le 6 mai 2011, dans la publication professionnelle du secteur des entreprises d'assurance «L'argus de l'assurance».

Article 4

Les dossiers de candidature peuvent être obtenus sur demande déposée à compter du 9 mai 2011, 9 heures 30 (heure de Paris) et jusqu'au 20 mai 2011 inclus, 17 heures (heure de Paris) sur le site internet de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), 13, rue Ballu, 75311, Paris Cedex 09, à l'adresse suivante : <http://www.fspf.fr>. Ils comprennent une note relative aux modalités d'organisation du marché, des extraits de la convention collective nationale étendue du 3 décembre 1997 de la Pharmacie d'officine et notamment de son annexe IV relative aux régimes de prévoyance du personnel non cadre et des cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine, le cahier des charges du marché et les éléments statistiques relatifs à la population qu'il est envisagé de couvrir.

Article 5

Les propositions des candidats sont adressées à la FSPF, 13, rue Ballu, 75311, Paris Cedex 09 en dix exemplaires papier ainsi que sur deux clés USB, et réceptionnées au plus tard le 1^{er} juillet 2011 à 17 heures (heure de Paris). Les propositions sont obligatoirement rédigées dans la langue française.

Article 6

Entre le 9 mai 2011 et le 10 juin 2011, 17 heures (heure de Paris), tout candidat a la possibilité de poser des questions par courriel adressé à l'adresse électronique suivante : prevoyance.pharmacie@fspf.fr. Les réponses apportées aux questions posées sont transmises par courriel, au plus tard le 17 juin 2011, 17 heures (heure de Paris), à l'ensemble des candidats, sous réserve que ceux-ci aient fourni, lors du retrait du dossier de candidature, une adresse électronique complète et lisible ainsi que le nom de la personne physique responsable de l'appel d'offres. Les questions et les réponses sont rédigées dans la langue française. Il ne sera pas donné suite aux questions ou interrogations effectuées par d'autres voies que celles prévues au présent article.

Article 7

Tout dossier de candidature incomplet sera considéré comme non conforme. À l'issue de la Sous-commission Prévoyance procédant à l'ouverture des plis, l'actuaire conseil mentionné à l'article 9 sollicite, à la demande de la Sous-commission, les pièces manquantes auprès du candidat qui devra les fournir à l'actuaire conseil au plus tard le 22 juillet 2011 à 17 heures (heure de Paris).

Article 8

Les candidats sont sélectionnés sur la base d'un barème de notation qui se décompose en quatre parties :

- activité et environnement du candidat ;*
- solvabilité du candidat et du groupe auquel il appartient ;*
- expérience du candidat en matière d'assurances collectives obligatoires ;*
- réponses au cahier des charges du régime de prévoyance de la branche professionnelle.*

Le dossier de candidature comprend la pondération retenue par la CPN entre chacune des quatre parties ci-dessus énoncées composant le barème mentionné au premier alinéa.

Article 9

La CPN se prononce sur la base d'un rapport établi par les représentants des organisations syndicales signataires du présent protocole réunis en Sous-commission Prévoyance. Ce rapport comprend, pour l'ensemble des candidats

satisfaisant aux dispositions des articles 2 et 7 du présent protocole, des tableaux comparatifs des réponses apportées ainsi que, pour chaque candidat, une appréciation d'ensemble sur ses propositions. La Sous-commission Prévoyance élabore son rapport avec l'assistance d'un actuaire conseil indépendant.

Pour chacune des rubriques du cahier des charges donnant lieu à notation, l'actuaire conseil présente à la Sous-commission Prévoyance une proposition de notation. Lorsque celle-ci décide de ne pas l'accepter, elle peut la majorer ou la minorer, par accord des deux collègues, dans la limite de 10 % de la notation proposée par l'actuaire conseil.

Article 10

L'actuaire conseil mentionné à l'article 9 est nommé par la CPN. Il est choisi en fonction de ses compétences et de son expérience professionnelle.

L'actuaire conseil est obligatoirement indépendant des organisations représentatives de la branche auxquelles appartiennent les membres de la CPN ainsi que des entreprises d'assurance candidates à l'appel d'offres et des groupes auxquels elles appartiennent.

Préalablement à la décision de la CPN le nommant, l'actuaire pressenti est tenu de déclarer à celle-ci toute situation de conflit d'intérêt dans laquelle il pourrait être placé vis-à-vis des personnes physiques membres de celle-ci et des organisations auxquelles elles appartiennent.

Au plus tard le 8 juillet 2011, l'actuaire conseil informe la Sous-commission Prévoyance, agissant sur délégation de la CPN, de toute situation de conflit d'intérêt dans laquelle il est susceptible d'être placé vis-à-vis de toute entreprise d'assurance candidate ou de tout groupe auquel appartient une entreprise d'assurance candidate ou personne morale membre dudit groupe.

La Sous-commission Prévoyance, sur délégation de la CPN, statue sur la ou les situations de conflits d'intérêt concernant l'actuaire conseil. Dans le cas où la Sous-commission Prévoyance estime qu'une ou plusieurs de ces situations présentent un risque important concernant l'indépendance de l'actuaire conseil, elle nomme un second actuaire conseil soumis aux mêmes obligations.

Dans les éléments d'information et conclusions que les deux actuaires présentent à la Sous-commission Prévoyance ainsi qu'à la CPN, l'actuaire placé en situation de conflit d'intérêt avec une entreprise d'assurance candidate ne se prononce pas sur le dossier de celle-ci.

Le ou les actuaires s'engagent pendant toute la durée de l'appel d'offres, à informer la Sous-commission Prévoyance de toute nouvelle situation de conflits d'intérêt dans laquelle ils pourraient se trouver placés. La CPN ou, sur délégation de celle-ci, la Sous-commission Prévoyance, statue alors dans les meilleurs délais sur ces situations conformément aux dispositions du présent article. Lorsque la Sous-commission Prévoyance se prononce, elle informe la CPN de ses décisions.

Outre l'actuaire conseil, la CPN peut faire appel à tout expert de son choix. Dans ce cas, le ou les experts qu'elle nomme sont soumis aux dispositions prévues par le présent article.

Article 11

Au plus tard le 22 juillet 2011, chaque membre de la CPN et de la Sous-commission Prévoyance déclare les situations de conflits d'intérêt dans lesquels il est susceptible d'être placé vis-à-vis de toute entreprise d'assurance candidate. Cette déclaration est communiquée à chacun des membres de la CPN et de la Sous-commission Prévoyance.

La CPN statue sur la ou les situations de conflits d'intérêt concernant ses membres et les membres de la Sous-commission Prévoyance. Le ou les membres de la CPN placés dans ces situations ne peuvent prendre part aux délibérations de la CPN concernant leur propre situation.

Par situation de conflit d'intérêt, on entend, notamment, le cas où l'un des membres de la CPN ou de la Sous-commission Prévoyance exerce des fonctions d'administrateur de cette entreprise d'assurance ou de membre de son directoire ou de son conseil de surveillance ou enfin de salarié de ladite entreprise d'assurance ou d'une personne morale appartenant au groupe dont elle fait partie. Dans ce cas, tout membre de la CPN ou de la Sous-commission Prévoyance est tenu soit de se faire remplacer par une autre personne dûment mandatée par l'organisation à laquelle il appartient, soit de suspendre sa participation aux réunions des organes de ladite entreprise d'assurance depuis le lendemain de la date à laquelle la CPN s'est prononcée sur la situation de conflit d'intérêt jusqu'à la date de conclusion du marché.

Les membres de la CPN et de la Sous-commission Prévoyance s'engagent à informer la CPN de toute nouvelle situation de conflits d'intérêt dans laquelle ils pourraient se trouver placés pendant toute la durée de l'appel d'offres. La CPN statue alors sans délai sur ces situations conformément aux dispositions du présent article.

Article 12

La Sous-commission Prévoyance, agissant sur délégation de la CPN, procède à l'ouverture des plis contenant les

propositions des candidats à l'appel d'offres le 8 juillet 2011 au plus tard. À cette occasion, un exemplaire papier de la proposition de chaque candidat est remis à chacune des organisations syndicales membres de la CPN. L'actuaire conseil rend ses conclusions sur les propositions des candidats au plus tard, le 8 septembre 2011.

Lorsque le nombre des candidats à l'appel d'offres est supérieur à cinq, la Sous-commission Prévoyance, sur délégation de la CPN, peut décider d'organiser, conformément aux dispositions de l'article 3 de l'accord collectif national susvisé, une présélection conduisant à ne retenir que trois à cinq candidats. Cette présélection est opérée sur la base des dossiers remis par les candidats sans qu'il soit procédé à leur audition. Lorsque le nombre des candidats est égal ou inférieur à cinq ou lorsqu'une présélection est organisée, la CPN auditionne chacun des candidats. Ces auditions sont réalisées au plus tard le 21 septembre 2011.

Par candidat, on entend toute proposition présentée soit par une seule entreprise d'assurance, soit par une ou plusieurs entreprises d'assurance présentant, sous la forme d'un groupement de coassurance comportant une solidarité financière entre ses membres, conjointement leur candidature.

Une même entreprise d'assurance ne peut présenter plusieurs fois sa candidature soit seule, soit au travers du groupe auquel elle appartient, soit, enfin dans le cadre d'un groupement de coassurance auquel elle appartient ou encore dans le cadre de plusieurs groupements de coassurance.

Article 13

Les membres de la CPN, de la Sous-commission Prévoyance, le ou les actuaires conseils ainsi que le ou les experts mentionnés à l'article 10, sont soumis à une obligation de confidentialité. Cette obligation comprend le secret professionnel concernant certaines des informations qui peuvent être communiquées par les entreprises d'assurance candidates et l'obligation de discrétion concernant l'ensemble des informations communiquées par les entreprises d'assurance candidates et les éléments d'appréciation présentés par le ou les actuaires conseils.

Article 14

La CPN se prononce, au plus tard, le 12 octobre 2011.

Elle se prononce sur la base du rapport de la Sous-commission Prévoyance, de la ou des auditions du ou des actuaires conseils qu'elle a nommés et prend notamment en considération les exigences propres à l'équilibre technique et financier des régimes sur une période d'au moins trois ans. Tout au long de la procédure, la CPN veille au respect de l'égalité entre les candidats, notamment entre la ou les entreprises d'assurance qui mettent actuellement en œuvre les régimes de prévoyance de la branche et la ou les autres entreprises d'assurance candidates.

La ou les entreprises d'assurance chargées d'assurer les présents régimes de prévoyance sont choisies par la voie d'un avenant à la convention collective susvisée conclu conformément aux dispositions du titre III du Livre II du code du travail.

Lorsqu'elle délibère sur le choix de la ou des entreprises d'assurance chargées de mettre en œuvre chacun des deux régimes de prévoyance de la branche, seuls peuvent être présents à cette délibération de la CPN les représentants des organisations syndicales d'employeurs et de salariés de la branche à l'exclusion de toute autre personne, y compris le ou les actuaires conseils ou experts. Les dispositions du présent alinéa ne sont pas applicables à l'inspecteur du travail qui préside les séances de la CPN réunie en commission mixte.

Article 15

La ou les entreprises d'assurance choisies par la CPN sont désignées pour une durée maximale de cinq années. Six mois au plus tard avant l'expiration du délai pendant lequel elle sont désignées, la CPN se réunit afin de procéder au réexamen prévu par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et, soit se prononce sur la reconduction de la ou des entreprises d'assurance antérieurement désignées, soit décide d'organiser un nouvel appel d'offres. Lorsqu'elle reconduit la ou les entreprises d'assurance antérieurement désignées, la CPN fixe la durée de cette reconduction qui ne peut excéder cinq années.

Article 16

La CPN informe, dans un délai de quinze jours suivant la date de la réunion au cours de laquelle elle a choisi la ou les entreprises d'assurance, chacune des entreprises d'assurance dont la candidature n'a pas été retenue ainsi que des raisons de ce rejet.

Article 17

Les réunions de la CPN et de la Sous-commission Prévoyance relatives à la mise en œuvre du présent protocole d'accord donnent lieu à l'élaboration d'un relevé de décisions.

Article 18

L'ensemble des pièces relatives au présent appel d'offres est conservé par la Fédération des syndicats pharmaceu-

Article 19

Le présent protocole d'accord entre en vigueur à la date de sa signature.

Désignation Cabinet d'actuariat Accord du 11 mai 2017

[Étendu par arr. 11 déc. 2019, JO 18 déc., applicable à compter de sa signature]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux.

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 912-1, R. 912-1 et suivants et D. 912-1 et suivants ;

Vu le code du travail ;

Vu la décision n° 2013-672 DC du Conseil constitutionnel en date du 13 juin 2013 ;

Vu l'avis n° 387895 rendu par le Conseil d'État en date du 26 septembre 2013 ;

Vu la décision n° 366345 rendue par le Conseil d'État statuant au contentieux en date du 7 décembre 2016 ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe IV - Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national étendu du 3 décembre 1997 modifié relatif au développement du paritarisme et au financement de la négociation collective ;

Préambule

Prenant acte, d'une part, du terme de la désignation de l'organisme assureur des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine le 31 décembre 2015 pour les régimes des salariés non cadres, et le 1^{er} juillet 2017 pour les régimes des salariés cadres et assimilés ;

Soucieuses, d'autre part, d'assurer un suivi attentif des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine, les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1er

Une procédure de mise en concurrence préalable à la recommandation d'un ou plusieurs organismes chargés d'assurer les régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine sera organisée, au plus tard six mois après l'entrée en vigueur du présent accord, dans les conditions prévues aux articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Dans le cadre de cette recommandation, les parties signataires institueront des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité telles que définies à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. Ces garanties seront financées de façon mutualisée pour l'ensemble des pharmacies d'officine dans le cadre d'un fonds dont la gestion sera confiée à un organisme choisi au terme d'une procédure de mise en concurrence organisée dans les conditions visées à l'alinéa premier du présent article.

La mise en œuvre de la procédure de mise en concurrence, dont est chargée la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine conformément aux dispositions de l'article D. 912-1 du code de la sécurité sociale, sera déléguée à la Sous-commission «Prévoyance» de la Pharmacie d'officine. À cet effet, la Sous-commission «Prévoyance» de la Pharmacie d'officine sera assistée d'un cabinet d'actuariat ainsi que, le cas échéant, de tout autre expert désigné à raison de son expérience professionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article D. 912-2 du code de la sécurité sociale, toutes les réunions organisées dans le cadre de cette procédure de mise en concurrence feront l'objet d'un compte-rendu soumis à l'approbation des membres de la Sous-commission «Prévoyance» de la Pharmacie d'officine, à la majorité du nombre d'organisations syndicales et professionnelles présentes, tous collèges confondus, sans qu'il soit tenu compte des abstentions éventuelles.

Article 2

Les parties signataires ont souhaité s'assurer le concours d'un actuair-conseil chargé, pour le compte et sous le contrôle de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine, du suivi technique, financier et réglementaire :

— des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés non cadres de la Pharmacie d'officine d'une part ;

— des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine d'autre part.

Pour chacun de ces régimes, cette mission comprendra notamment la réalisation, selon une fréquence annuelle, des activités suivantes :

— suivi et analyse des évolutions réglementaires ;

— audit des provisions, des cotisations et des prestations ;

— revue des comptes de résultats et des mécanismes d'alimentation des différents fonds et réserves ;

— analyse de l'équilibre technique des régimes pour piloter l'évolution des cotisations et des prestations ;

— participation aux comités de gestion avec le ou les organismes assureurs recommandés ;

— participation aux commissions paritaires organisées par les partenaires sociaux pour étudier les évolutions des régimes en fonction de l'actualité réglementaire.

Après avoir étudié la candidature de plusieurs cabinets d'actuariat, les parties signataires du présent accord décident de confier au cabinet Caps Actuariat, pris en la personne de M^{me} Bogureau, sa présidente, une mission d'actuariat-conseil pour le compte de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine.

Le détail de la mission confiée au cabinet Caps Actuariat ainsi que le montant de ses honoraires feront l'objet d'une convention, d'une durée annuelle, conclue avec le Fonds national pour le développement du paritarisme et le financement de la négociation collective dans la Pharmacie d'officine (FNDP), constitué par l'accord collectif national étendu du 3 décembre 1997 susvisé, ce dernier agissant pour le compte de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine.

Cette mission pourra, sur décision de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine et, sous réserve de l'accord du cabinet Caps Actuariat, être complétée de prestations spécifiques et ponctuelles, notamment l'assistance à la mise en œuvre de la procédure de mise en concurrence préalable mentionnée à l'article premier du présent accord.

Article 3

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à la date de sa signature. Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Salaires et primes d'équipement

(Voir aussi Annexe - Classifications et salaires)

Salaires

(Pour les salaires selon la nouvelle classification voir Annexe - Classifications et salaires)

Accord du 11 mars 2019

[Étendu par arr. 25 sept. 2019, JO 2 oct., applicable à compter du 1^{er} mars 2019]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salarié(s) :

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux - CFDT ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux - CFTC ;

Fédération nationale des industries chimiques - CGT ;

Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement ;

Union fédérale de l'industrie et de la construction - UNSA Salaires.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 8 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Accord

Article 1er

La valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine est fixée à 4,509 euros de l'heure sur la base de référence du coefficient 100 de la convention collective susvisée.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé à 1 522 euros bruts sur la base de la durée légale du travail de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 3

La grille des salaires applicables en Pharmacie d'officine, laquelle comprend une courbe de raccordement entre les coefficients 100 à 230 inclus, s'établit comme suit :

100	1 522,00
115	1 527,88
125	1 531,79
130	1 533,75
135	1 535,71
140	1 537,67
145	1 539,63
150	1 541,58
155	1 543,54
160	1 545,50
165	1 547,46
170	1 549,42
175	1 551,38
190	1 557,25
200	1 561,17
220	1 569,00
225	1 570,96
230	1 572,92
240	1 641,31
250	1 709,70
260	1 778,09
270	1 846,48
280	1 914,86
290	1 983,25
300	2 051,64
310	2 120,03

320	2 188,42
330	2 256,80
400	2 735,52
430	2 940,68
470	3 214,24
500	3 419,40
600	4 103,28
800	5 471,04

Les rémunérations ci-dessus mentionnées constituent les salaires minima hiérarchiques applicables en Pharmacie d'officine au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail et des dispositions de l'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée.

Article 4

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1^{er} mars 2019.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou dégaranties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2015). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 10 janvier 2020

[Étendu par arr. 21 juill. 2020, JO 1^{er} août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France ;

Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine.

Syndicat(s) de salarié(s) :

Fédération nationale des syndicats chrétiens des Services de Santé et Sociaux (CFTC) ;

Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement ;

Union fédérale de l'industrie et de la construction - UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 8 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Accord

Article 1

La valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine est fixée à 4,568 euros de l'heure sur la base de référence du coefficient 100 de la convention collective susvisée.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé à 1540 euros bruts sur la base de la durée légale du travail de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 3

La grille des salaires applicables en Pharmacie d'officine, laquelle comprend une courbe de raccordement entre les coefficients 100 à 230 inclus, s'établit comme suit :

100	1 540,00
115	1 546,17
125	1 550,29
130	1 552,35
135	1 554,41
140	1 556,46
145	1 558,52
150	1 560,58
155	1 562,64
160	1 564,70
165	1 566,76
170	1 568,81
175	1 570,87
190	1 577,05
200	1 581,16
220	1 589,39
225	1 591,45
230	1 593,51
240	1 662,79
250	1 732,07
260	1 801,35
270	1 870,64
280	1 939,92
290	2 009,20
300	2 078,49
310	2 147,77
320	2 217,05
330	2 286,33
400	2 771,31
430	2 979,16
470	3 256,29
500	3 464,14
600	4 156,97
800	5 542,63

Les rémunérations ci-dessus mentionnées constituent les salaires minima hiérarchiques applicables en Pharmacie d'officine au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail et des dispositions de l'Annexe 1 - Classifications et salaires- de la convention collective nationale susvisée.

Article 4

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2016). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 13 janvier 2021

[Non étendu, applicable à compter du 1^{er} jour du mois suivant la publication au Journal Officiel de son arrêté ministériel d'extension]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France.

Syndicat(s) de salarié(s) :

Fédération Nationale des Syndicats des Services de Santé et Services Sociaux (C.F.D.T.) ;

Fédération Nationale des Syndicats Chrétiens des Services de Santé et Sociaux (C.F.T.C.) ;

Fédération Nationale Force Ouvrière des Métiers de la Pharmacie, des Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale, du Cuir et de l'Habillement (F.O.) ;

Union Fédérale de l'Industrie et de la Construction (U.N.S.A.).

Vu le code du travail ;

Vu l'article 8 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Article 1er

La valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine est fixée à 4,637 euros de l'heure sur la base de référence du coefficient 100 de la convention collective susvisée.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé à 1 555 euros bruts sur la base de la durée légale du travail de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 3

La grille des salaires applicables en Pharmacie d'officine, laquelle comprend une courbe de raccordement entre les coefficients 100 à 230 inclus, s'établit comme suit :

100 ... 1 555,00

115 ... 1 562,22

125 ... 1 567,03

130 ... 1 569,44

135 ... 1 571,85

140 ... 1	574,26
145 ... 1	576,66
150 ... 1	579,07
155 ... 1	581,48
160 ... 1	583,88
165 ... 1	586,29
170 ... 1	588,70
175 ... 1	591,10
190 ... 1	598,32
200 ... 1	603,14
220 ... 1	612,77
225 ... 1	615,17
230 ... 1	617,58
240 ... 1	687,91
250 ... 1	758,23
260 ... 1	828,56
270 ... 1	898,89
280 ... 1	969,22
290 ... 2	039,55
300 ... 2	109,88
310 ... 2	180,21
320 ... 2	250,54
330 ... 2	320,87
400 ... 2	813,18
430 ... 3	024,16
470 ... 3	305,48
500 ... 3	516,47
600 ... 4	219,76
800 ... 5	626,35

Les rémunérations ci-dessus mentionnées constituent les salaires minima hiérarchiques applicables en Pharmacie d'officine au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail et des dispositions de l'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée.

Article 4

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 1^{er} jour du mois suivant la publication au Journal Officiel de son arrêté ministériel d'extension.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord à moins de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2017). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 16 novembre 2021

[Étendu par arr. 3 mars 2022, JO 16 mars, applicable à compter de la date de la publication de son arrêté d'extension]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 8 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Article 1er

La valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine est fixée à 4,776 euros de l'heure.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé à 1 595 euros bruts sur la base de la durée légale du travail de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 3

La grille des salaires applicables en Pharmacie d'officine, laquelle comprend une courbe de raccordement entre les coefficients 100 à 230 inclus, s'établit comme suit :

100	1 595,00
115	1 603,20
125	1 608,67
130	1 611,40
135	1 614,13
140	1 616,86
145	1 619,60
150	1 622,33
155	1 625,06
160	1 627,80
165	1 630,53
170	1 633,26
175	1 636,00
190	1 644,20
200	1 649,66
220	1 660,59
225	1 663,33
230	1 666,06
240	1 738,50
250	1 810,94
260	1 883,38

270	1 955,81
280	2 028,25
290	2 100,69
300	2 173,13
310	2 245,57
320	2 318,00
330	2 390,44
400	2 897,50
430	3 114,82
470	3 404,57
500	3 621,88
600	4 346,26
800	5 795,01

Les rémunérations ci-dessus mentionnées constituent les salaires minima hiérarchiques applicables en Pharmacie d'officine au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail et des dispositions de l'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée.

Article 4

Les parties signataires s'engagent expressément à se rencontrer au cours du mois de janvier 2022 afin d'apprécier, en fonction de l'évolution des indices économiques connus à la date de la réunion de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation convoquée à cet effet, l'opportunité de conclure un nouvel accord portant revalorisation du point conventionnel de salaire.

Article 5

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter de la date de publication au Journal Officiel de son arrêté ministériel d'extension.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord à moins de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2019). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 7 juin 2022

[Étendu par arr. 25 août 2022, JO 31 août, applicable à compter de la date de publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FSS CFDT ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 8 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Article 1er

La valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine est fixée à 4,919 euros de l'heure.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé à 1 646 euros bruts sur la base de la durée légale du travail de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 3

La grille des salaires applicables en Pharmacie d'officine, laquelle comprend une courbe de raccordement entre les coefficients 100 à 230 inclus, s'établit comme suit :

100	1 646,00
115	1 654,07
125	1 659,45
130	1 662,14
135	1 664,83
140	1 667,52
145	1 670,21
150	1 672,90
155	1 675,59
160	1 678,28
165	1 680,98
170	1 683,67
175	1 686,36
190	1 694,43
200	1 699,81
220	1 710,57
225	1 713,26
230	1 715,95
240	1 790,56
250	1 865,16
260	1 939,77
270	2 014,37
280	2 088,98
290	2 163,59
300	2 238,19
310	2 312,80

320	2 387,41
330	2 462,01
400	2 984,26
430	3 208,08
470	3 506,50
500	3 730,32
600	4 476,39
800	5 968,52

Les rémunérations ci-dessus mentionnées constituent les salaires minima hiérarchiques applicables en Pharmacie d'officine au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail et des dispositions de l'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée.

Article 4

Les parties signataires s'engagent expressément à se rencontrer au cours du mois d'octobre 2022 afin d'apprécier, en fonction de l'évolution des indices économiques connus à la date de la réunion de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation convoquée à cet effet, l'opportunité de conclure un nouvel accord portant revalorisation du point conventionnel de salaire.

Article 5

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter de la date de publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord à moins de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2019). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 3 juillet 2023

[Étendu par arr. 4 sept. 2023, JO 4 oct., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CFDT ;

CFTC ;

FO ;

UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 8 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du

3 décembre 1997 ;

Article 1er

La valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine est fixée à 5,067 euros de l'heure.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé à 1 748 euros bruts sur la base de la durée légale du travail de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 3

La grille des salaires applicables en Pharmacie d'officine, laquelle comprend une courbe de raccordement entre les coefficients 100 à 230 inclus, s'établit comme suit :

100	1 748,00
115	1 750,26
125	1 751,77
130	1 752,52
135	1 753,27
140	1 754,02
145	1 754,78
150	1 755,53
155	1 756,28
160	1 757,04
165	1 757,79
170	1 758,54
175	1 759,30
190	1 761,56
200	1 763,06
220	1 766,07
225	1 766,83
230	1 767,58
240	1 844,43
250	1 921,28
260	1 998,13
270	2 074,98
280	2 151,83
290	2 228,68
300	2 305,54
310	2 382,39
320	2 459,24
330	2 536,09
400	3 074,05
430	3 304,60

470	3 612,01
500	3 842,56
600	4 611,07
800	6 148,10

Les rémunérations ci-dessus mentionnées constituent les salaires minima hiérarchiques applicables en Pharmacie d'officine au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail et des dispositions de l'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée.

Article 4

Les parties signataires s'engagent expressément à se rencontrer dans le mois suivant la prochaine augmentation du SMIC afin d'apprécier, en fonction de l'évolution des indices économiques connus à la date de la réunion de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation convoquée à cet effet, l'opportunité de conclure un nouvel accord portant revalorisation du point conventionnel de salaire.

Article 5

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1^{er} juillet 2023.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord à moins de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2020). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 18 novembre 2024

[Étendu par arr. 29 janv . 2025, JO 14 févr., applicable à compter du 1^{er} nov. 2024]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CGT-FO ;

UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 8 - Salaires - des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Article 1er

La valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine est fixée à 5,158 euros de l'heure.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé à 1 802 euros bruts sur la base de la durée légale du travail de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 3

La grille des salaires applicables en Pharmacie d'officine, laquelle comprend une courbe de raccordement entre les coefficients 100 à 240 exclu, s'établit comme suit :

100	1 802,00
115	1 810,09
125	1 815,49
130	1 818,19
135	1 820,89
140	1 823,59
145	1 826,28
150	1 828,98
155	1 831,68
160	1 834,38
165	1 837,08
170	1 839,77
175	1 842,47
190	1 850,57
200	1 855,96
220	1 866,76
225	1 869,46
230	1 872,15
240	1 877,55
250	1 955,78
260	2 034,02
270	2 112,25
280	2 190,48
290	2 268,71
300	2 346,94
310	2 425,17
320	2 503,40
330	2 581,64
400	3 129,26
430	3 363,95
470	3 676,88
500	3 911,57
600	4 693,88
800	6 258,51

Les rémunérations ci-dessus mentionnées constituent les salaires minima hiérarchiques applicables en Pharmacie d'officine au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail et des dispositions de l'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée.

Article 4

Les parties signataires s'engagent expressément à se rencontrer avant la fin du mois de février 2025 afin d'apprécier, en fonction de l'évolution des indices économiques connus à la date de la réunion de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation convoquée à cet effet, l'opportunité de conclure un nouvel accord portant revalorisation du point conventionnel de salaire.

Article 5

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1^{er} novembre 2024.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord à moins de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2022). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Accord du 10 mars 2025

[Étendu par arr. 12 mai 2025, JO 24 mai, applicable à compter de la date de publication au Journal Officiel de son arrêté ministériel d'extension]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FO ;

CFDT ;

UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 8 - Salaires - des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Article 1er

La valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine est fixée à 5,215 euros de l'heure.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé à 1 802 euros bruts sur la base de la durée légale du travail de trente-cinq heures hebdomadaires.

Article 3

La grille des salaires applicables en Pharmacie d'officine, laquelle comprend une courbe de raccordement entre les coefficients 100 à 240 exclu, s'établit comme suit :

100	1 802,00
115	1 812,32
125	1 819,20
130	1 822,64
135	1 826,08
140	1 829,51

145	1 832,95
150	1 836,39
155	1 839,83
160	1 843,27
165	1 846,71
170	1 850,15
175	1 853,59
190	1 863,91
200	1 870,79
220	1 884,54
225	1 887,98
230	1 891,42
240	1 898,30
250	1 977,40
260	2 056,49
270	2 135,59
280	2 214,69
290	2 293,78
300	2 372,88
310	2 451,97
320	2 531,07
330	2 610,16
400	3 163,84
430	3 401,12
470	3 717,51
500	3 954,80
600	4 745,75
800	6 327,67

Les rémunérations ci-dessus mentionnées constituent les salaires minima hiérarchiques applicables en Pharmacie d'officine au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail et des dispositions de l'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée.

Article 4

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter de la date de publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord à moins de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins

de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2022). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Rémunération des jeunes en formation

Accord du 7 mars 2016

[Étendu par arr. 4 oct. 2016, JO 15 oct., applicable à compter du jour de l'entrée en vigueur de l'accord collectif national du 7 mars 2016 relatif à la formation professionnelle]

(Abrogé par Avenant du 28 avril 2025)

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE-CGC.

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 17 sept. 2021, JO 30 sept., applicable à compter du 1^{er} mai 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA.

Vu le code de la santé publique, notamment les articles D. 4241-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 10 septembre 1997 modifié portant création et fixant les conditions de délivrance du brevet professionnel de préparateur en pharmacie, notamment son Annexe II ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe I - Classifications et salaires ;

Vu l'accord collectif national du 7 mars 2016 relatif à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, notamment son article 18 ;

Les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des dispositions suivantes :

Préambule

Afin de répondre aux objectifs fixés par le pacte de responsabilité et de solidarité présenté par le Gouvernement en janvier 2014, les parties signataires s'engagent, autant que faire se peut, à :

— d'une part, favoriser les embauches en contrat d'apprentissage d'environ 3 % par an par rapport au nombre d'apprentis en première année de formation en 2015 et, avec l'appui de la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la Pharmacie d'officine, développer les outils permettant de suivre l'évolution de cet objectif ;

— d'autre part, dynamiser le plan de carrière des préparateurs en pharmacie par la revalorisation des coefficients des deux premiers échelons et l'ajout du coefficient 320.

Les partenaires sociaux signataires conviennent que les dispositions du présent accord contribuent en partie à la réalisation de ces objectifs.

Titre 1er

Rémunération des jeunes préparant le brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 17 sept. 2021, JO 30 sept., applicable à compter du 1^{er} mai 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :
Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA.

Article 1er

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 17 sept. 2021, JO 30 sept., applicable à compter du 1^{er} mai 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :
Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
FSS CFDT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA.

(Avenant 6 avr. 2021, étendu) le brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation perçoivent, pendant la durée complète de la formation, une rémunération calculée en pourcentage du minimum conventionnel correspondant aux coefficients définis par l'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée en fonction de leur niveau de formation.

Les rémunérations applicables aux contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur du présent accord sont déterminées comme suit :

Niveau de formation	1 ^{ère} année de BP	2 ^{ème} année de BP
BEP Carrières sanitaires et sociales	55 % coeff. 145	65 % coeff. 155
Baccalauréat ou tout autre titre ou diplôme permettant de s'inscrire en première année des études de pharmacie	56 % coeff. 150	67 % coeff. 160

Les rémunérations applicables aux contrats conclus avant l'entrée en vigueur du présent accord sont déterminées comme suit :

Niveau de formation	1 ^{ère} année de BP	2 ^{ème} année de BP
BEP Carrières sanitaires et sociales	60 % coeff. 145	70 % coeff. 155
Baccalauréat ou tout autre titre ou diplôme permettant de s'inscrire en première année des études de pharmacie	65 % coeff. 150	75 % coeff. 160

Les rémunérations prévues au présent article s'appliquent sans préjudice de dispositions plus favorables d'origine légale ou conventionnelle (accords interprofessionnels ou multiprofessionnels notamment) qui peuvent, le cas échéant, concerner certains jeunes en formation.

Titre 2

Classification des emplois de préparateurs en pharmacie

Article 2

Voir Annexe I, article 2.

Article 3

Pour l'application des dispositions de l'article 2 du présent accord, les parties signataires sont convenues des mesures transitoires suivantes :

— les préparateurs en pharmacie 1^{er} échelon dont le coefficient hiérarchique est, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, inférieur au coefficient 240, doivent être classés au coefficient 240 échelon 1. Pour le passage à

l'échelon 2, toutes les années de pratique professionnelle acquises dans l'échelon 1, y compris celles acquises avant l'entrée en vigueur du présent accord, seront prises en compte ;

— les préparateurs en pharmacie 2^{ème} échelon dont le coefficient hiérarchique est, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, inférieur au coefficient 250, doivent être classés au coefficient 250 échelon 2. Pour le passage à l'échelon 3, toutes les années de pratique professionnelle acquises dans l'échelon 2, y compris celles acquises avant l'entrée en vigueur du présent accord, seront prises en compte ;

— les préparateurs en pharmacie 7^{ème} échelon justifiant, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, d'au moins huit années de pratique professionnelle acquises dans cet échelon et bénéficiant d'un coefficient compris entre le coefficient 310 inclus et le coefficient 320 exclu, doivent être classés au coefficient 320 échelon 8 ;

— les préparateurs en pharmacie 7^{ème} échelon bénéficiant, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, d'un coefficient compris entre le coefficient 320 inclus et le coefficient 330 exclu, doivent être classés à l'échelon 8.

Titre 3

Dispositions diverses

Article 4

Le présent accord prendra effet au jour de l'entrée en vigueur de l'accord collectif national du 7 mars 2016 relatif à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine. Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 6 avril 2021

[Étendu par arr. 17 sept. 2021, JO 30 sept., applicable à compter du 1^{er} mai 2021]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code du travail ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles D. 4241-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 10 septembre 1997 modifié portant création et fixant les conditions de délivrance du brevet professionnel de préparateur en pharmacie, notamment son Annexe II ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe I - Classifications et salaires ;

Vu l'accord collectif national du 7 mars 2016 relatif à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, notamment son article 18 ;

Vu l'accord collectif national du 7 mars 2016 étendu relatif à la rémunération des jeunes préparant le brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie et à la classification des emplois de préparateur en pharmacie d'officine, tel que modifié par avenant du 6 avril 2021 ;

Préambule

Connaissance prise des travaux conduits sous l'égide du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation en vue de la création d'un diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST) de

préparateur/technicien en pharmacie dont la phase expérimentale sera prochainement ouverte, les parties signataires entendent, par le présent accord, fixer les niveaux de rémunération des salariés embauchés en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation pour la préparation de ce diplôme comme du brevet professionnel de préparateur en pharmacie.

Article 1er

Les jeunes qui préparent le brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation perçoivent, pendant la durée complète de la formation, une rémunération calculée en pourcentage du minimum conventionnel correspondant aux coefficients définis par l'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée en fonction de leur niveau de formation :

Niveau de formation	1 ^{ère} année de formation	2 ^{ème} année de formation
BEP Carrières sanitaires et sociales	55 % coeff. 145	65 % coeff. 155
Baccalauréat ou tout autre titre ou diplôme permettant de s'inscrire en première année des études de pharmacie	56 % coeff. 150	67 % coeff. 160

Les rémunérations prévues au présent article s'appliquent sans préjudice de dispositions plus favorables d'origine légale ou conventionnelle (accords interprofessionnels ou multiprofessionnels notamment) qui peuvent, le cas échéant, bénéficier à certains jeunes en formation.

Article 2

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1^{er} mai 2021.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2017). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Primes d'équipement Accord du 11 mars 2019

[Étendu par arr. 25 sept. 2019, JO 2 oct., applicable à compter du 1^{er} mars 2019]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;
Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salarié(s) :

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux - CFDT ;
Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes - CFE CGC ;
Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux - CFTC ;
Fédération nationale des industries chimiques - CGT ;
Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement ;
Union fédérale de l'industrie et de la construction - UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 9 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du

3 décembre 1997 ;

Article 1er

Le montant de l'indemnité forfaitaire annuelle pour frais d'équipement, prévue à l'article 9 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, est fixé à 75 euros.

Article 2

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1^{er} mars 2019.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2015). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 10 janvier 2020

[Étendu par arr. 21 juill. 2020, JO 1^{er} août, applicable à compter du 1^{er} janv. 2020]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salarié(s) :

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux - CFDT ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux - CFTC ;

Fédération nationale des industries chimiques - CGT ;

Fédération nationale FO des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du cuir et de l'habillement ;

Union fédérale de l'industrie et de la construction - UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 9 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Article 1er

Le montant de l'indemnité forfaitaire annuelle pour frais d'équipement, prévue à l'article 9 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, est fixé à 76 euros.

Article 2

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2016).

Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander

l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 13 janvier 2021

[Non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2021]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CGT FO ;

CFE CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 9 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Accord

Article 1er

Le montant de l'indemnité forfaitaire annuelle pour frais d'équipement, prévue à l'article 9 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, est fixé à 78 euros.

Article 2

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1^{er} janvier 2021.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source Dares, fiche statistique de branche 2017). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 16 novembre 2021

[Étendu par arr. 3 mars 2022, JO 16 mars, applicable à compter du 1^{er} janv. 2022]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 9 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du

3 décembre 1997 ;

Article 1er

Le montant de l'indemnité forfaitaire annuelle pour frais d'équipement, prévue à l'article 9 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, est fixé à 80 euros.

Article 2

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2022.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2019). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 3 juillet 2023

[Étendu par arr. 4 sept. 2023, JO 4 oct., applicable à compter du 1^{er} juill. 2023]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CFDT ;

CFE CGC ;

CGT ;

FO ;

UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 9 des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Article 1er

Le montant de l'indemnité forfaitaire annuelle pour frais d'équipement, prévue à l'article 9 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, est fixé à 85 euros.

Article 2

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend le 1^{er} juillet 2023.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2020). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 18 novembre 2024

[Étendu par arr. 29 janv. 2025, JO 14 févr., applicable à compter du 1^{er} janv. 2025]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT ;

CGT-FO ;

UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu l'article 9 - Frais d'équipement - des dispositions générales de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Article 1er

Le montant de l'indemnité forfaitaire annuelle pour frais d'équipement, prévue à l'article 9 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, est fixé à 90 euros.

Article 2

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2025.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2022). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Textes complémentaires

Réduction du temps de travail à 35 heures

Accord national du 23 mars 2000

[Étendu par arr. 28 juin 2000, JO 14 juill.]

Mod. par Avenant 29 sept. 2000 étendu par arr. 18 déc. 2000, JO 23 déc.

Accord 3 févr. 2003, étendu par arr. 6 oct. 2003, JO 15 oct.

Avenant 9 avr. 2008, étendu par arr. 3 déc. 2008, JO 11 déc., applicable à compter du 1^{er} mai 2008

Mod. par Accord 2 oct. 2014 étendu par arr. 11 mars 2015, JO 24 mars, applicable à compter du 30^e jour calendaire suivant la publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE / CGC) ;

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC).

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.
Syndicat(s) de salariés :
CGT-FO ;
CGE-CGC ;
CGT ;
CFDT ;
CFTC ;
UFIC UNSA.

Préambule

Le présent accord collectif national est conclu dans le cadre de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation à la réduction du temps de travail et à la création d'emplois, complétée par la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail.

Il s'inscrit dans le respect des dispositions du Code de la Santé Publique. A ce titre, il prend en compte l'ensemble des contraintes liées à l'exercice officinal, les spécificités des différentes catégories professionnelles exerçant leur activité dans la branche et garantit la continuité du service rendu au public dans le cadre de la dispensation du médicament.

Les partenaires sociaux représentatifs de la branche professionnelle de la Pharmacie d'Officine reconnaissent la nécessité d'organiser la réduction du temps de travail et d'en fixer les conditions dans le cadre d'un accord collectif national de branche directement applicable à l'ensemble des entreprises visées par la Convention Collective Nationale étendue du 3 décembre 1997 sans obligation pour les entreprises de moins de 50 salariés d'avoir à négocier un accord d'entreprise

Le présent accord de branche étant un accord d'accès direct, son application par les entreprises officinales, une fois celui-ci étendu, aura pour effet de les rendre éligibles des aides financières de l'État dès lors qu'elles répondent par ailleurs aux conditions générales prévues par la loi pour en bénéficier et prennent des engagements en matière d'emploi.

Les partenaires sociaux n'entendent pas exclure pour autant le recours éventuel à des accords d'entreprise, dans le cadre d'un mandatement syndical, pour tenir compte de situations particulières qui, exceptionnellement, n'entreraient pas dans le cadre des dispositions du présent accord.

Ils réaffirment leur volonté d'assurer la stabilité de l'emploi et dans toute la mesure du possible d'en promouvoir le développement.

Prenant en compte la diversité des entreprises de la branche, majoritairement composée de petites entités économiques, les partenaires sociaux :

- s'accordent sur l'utilité de fixer les conditions permettant à chaque entreprise d'adapter les modalités d'organisation du travail consécutive à la réduction du temps de travail,

- souhaitent concilier les impératifs particuliers liés à l'exercice officinal avec l'amélioration des conditions de travail de l'ensemble des salariés de l'entreprise.

Par la dynamique ainsi créée, les entreprises de la branche pourront ainsi conserver leur place particulière et spécifique dans la réalisation d'une politique de santé au service du public restant compatible avec l'évolution de l'économie de l'officine.

Article 1 Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des catégories professionnelles de salariés des entreprises dont l'activité relève du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine (Code NAF 52-3A).

Article 2 Durée du travail

(Modifié par avenant du 29 septembre 2000 étendu par arrêté du 18 décembre 2000, JO 23 décembre 2000⁽⁶⁾)

(6) Les dispositions du présent avenant, inséparables de celles de l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 dont elles précisent les dispositions dans le cadre des finalités poursuivies par les parties signataires lors de la négociation de l'accord initial, prendront effet rétroactivement au jour de l'entrée en vigueur de ce dernier.

La durée du travail effectif est, conformément à l'article L. 212-4, alinéa premier du Code du Travail, le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.

Dans les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine, la durée de travail effectif est fixée comme suit :

— 35 heures par semaine à compter du 1^{er} janvier 2000 pour les entreprises dont l'effectif est à cette date de plus de 20 salariés,

— 37 heures par semaine à compter du 1^{er} janvier 2001* et 35 heures par semaine à compter du 1^{er} janvier 2002 pour les autres entreprises.

Pour autant, les entreprises officinales de 20 salariés au plus peuvent anticiper sur ce calendrier en passant directement à 35 heures soit à compter du 1^{er} janvier 2001, soit avant cette date.

L'application de la réduction du temps de travail dans l'entreprise sur la base de 35 heures par semaine avant le 1^{er} janvier 2002, dans le cadre des dispositions du présent accord ou par anticipation sur le calendrier prévu par celui-ci, c'est à dire avant le 1^{er} janvier 2001, fera l'objet, sous un délai de prévenance d'au moins un mois, d'une information préalable des élus du personnel ou, en leur absence, du personnel de l'entreprise.

En cas d'application du présent accord ou d'anticipation sur le calendrier de celui-ci, les entreprises officinales peuvent, sans obligation d'avoir à négocier un accord d'entreprise, entrer dans le dispositif d'incitation prévu à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998. Il est toutefois précisé que le bénéfice de l'aide incitative de l'État prévue par la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 modifiée par la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 est subordonné, conformément aux dispositions légales en vigueur, aux deux conditions suivantes :

— réduire l'horaire collectif de travail d'au moins 10% dans le cadre d'une nouvelle durée de travail fixée à 35 heures hebdomadaires, au besoin en deux étapes dans les conditions prévues par le présent accord,

— accompagner cette réduction d'un minimum de 6% d'embauches compensatrices dans les conditions précisées à l'article 8 ci-après.

* [NDLR : l'avenant du 29 septembre 2000 prévoit que le calendrier de passage à cette étape intermédiaire (prévue à l'accord du 23 mars 2000) sera reporté à la date de publication de son arrêté d'extension si celle-ci intervient après le 31 décembre 2000.]

Article 3

Modalités d'application de la réduction et de l'organisation du temps de travail

Mod. par Accord du 3 févr. 2003, étendu par arr. 6 oct. 2003, JO 15 oct.

Mod. par Accord 2 oct. 2014, étendu par arr. 11 mars 2015, JO 24 mars, applicable à compter du 30^e jour calendaire suivant la publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE / CGC) ;

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC).

Les dispositions du présent article relatives à la réduction et à l'organisation du temps de travail s'appliquent aux entreprises officinales qui s'inscrivent aux dates prévues par la loi, ou par anticipation, dans la réduction du temps de travail et dont l'horaire collectif est ramené à 35 heures hebdomadaires.

La réduction du temps de travail pourra s'appliquer, de manière combinée ou non, soit en réduisant l'horaire journalier, soit en réduisant l'horaire hebdomadaire de travail, soit en réduisant le nombre de jours travaillés dans l'année, par l'octroi de jours de repos accordés collectivement ou individuellement en accord entre le salarié et l'employeur.

Tout aménagement du temps de travail dans le cadre des dispositions du présent accord relatif à la réduction du temps de travail devra préalablement à sa mise en oeuvre faire l'objet d'une consultation des élus du personnel ou, en leur absence, du personnel de l'entreprise.

3-1

Durée du temps de travail

La durée du temps de travail effectif est de :

— 35 heures hebdomadaires correspondant à

— 151,67 heures mensuelles,

soit, en tenant compte des jours fériés coïncidant avec des jours ouvrables (9 jours en moyenne sur l'année) et des congés payés (25 jours ouvrés ou 30 jours ouvrables),

— 1 589 heures annuelles (correspondant à 227 jours travaillés, sur la base d'une moyenne de 7 heures par jour).

Nombre de jours dans l'année :	365
--------------------------------	-----

Repos hebdomadaire	104
Jours fériés	9
Congés payés (en jours ouvrés)	25

Total jours travaillés	227

Toutefois, la durée annuelle étant calculée sur la base de la durée légale hebdomadaire diminuée des heures correspondant aux jours de congés légaux, aux usages locaux et aux jours fériés mentionnés à l'article L. 221-1 du Code du Travail, la durée annuelle de 1.589 heures sera susceptible de varier chaque année en fonction du nombre de jours fériés correspondant à des jours ouvrables.

3-2

Modalités de la réduction du temps de travail

La mise en oeuvre de la réduction du temps de travail s'effectue, après consultation des élus du personnel ou, en leur absence, du personnel de l'entreprise. Les modalités en sont déterminées individuellement et en concertation avec chaque salarié dans le cadre de l'une ou l'autre des formes suivantes :

- une diminution de la durée quotidienne du travail répartie sur cinq jours et demi,
 - une répartition de la durée hebdomadaire du travail sur 4 jours au moins,
 - une demi-journée de repos accordée par semaine travaillée sur la base de 39 heures,
 - une journée de repos accordée pour 2 semaines travaillées sur la base de 39 heures,
 - deux jours de repos accordés pour 4 semaines travaillées sur la base de 39 heures,
 - 23 jours de repos accordés par an pris par demi-journées ou par journées entières,
- étant précisé que ces différentes modalités peuvent être combinées entre elles.

Il est précisé par ailleurs que les dispositions du présent accord sur la réduction du temps de travail ne remettent pas en cause les dispositions de l'article 13 de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine en ce qui concerne le repos hebdomadaire.

3-3

Modalités de prise des jours de repos

Les jours de repos sont répartis sur l'année d'un commun accord entre l'employeur et le salarié, en tenant compte de l'organisation de l'officine et de la nécessité d'assurer la continuité du service.

A défaut d'accord, le salarié pourra prendre ce repos à son choix dans la limite de la moitié des jours de repos acquis sans que la prise en une seule fois de ces jours de repos ne puisse excéder 6 jours ouvrables consécutifs. Ces jours de repos ne pourront être accolés ni au congé annuel, ni à un jour férié chômé dans l'entreprise.

3-4

Modalités de l'organisation du travail

3-4-1

Durée quotidienne du travail

La durée quotidienne du travail effectif ne peut excéder 10 heures par jour dans le cadre d'une journée de travail dont l'amplitude ne pourra être supérieure à 12 heures.

(Accord 2 oct. 2014, étendu) L'horaire de travail d'un même salarié ne peut comporter au cours d'une même journée une interruption d'activité supérieure à 3 heures, sauf accord exprès des parties. Toutefois cette disposition n'est pas applicable au personnel d'entretien de même qu'au personnel affecté à des tâches administratives ou de manutention. Ces dispositions s'entendent sous réserve des dispositions particulières prévues à l'article 13 bis - Organisation du travail à temps partiel - de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine»

3-4-2

Durée hebdomadaire de travail

La durée hebdomadaire maximale de travail effectif ne peut excéder 46 heures au cours d'une même semaine.

La durée moyenne hebdomadaire de travail effectif ne peut excéder 44 heures sur 12 semaines consécutives.

3-4-3

Temps de pause

Aucun temps de travail quotidien ne peut atteindre six heures sans que le salarié bénéficie d'un temps de pause d'une durée de 20 minutes.

Les pauses ne sont pas rémunérées et ne sont pas prises en compte dans le décompte du temps de travail effectif

dès lors que le salarié, libre de vaquer à des occupations personnelles pendant la période de pause, n'est pas à la disposition de l'employeur.

Toutefois, lorsque durant la période de pause le salarié reste en permanence à la disposition de l'employeur, le temps de pause est considéré comme temps de travail effectif et rémunéré comme tel.

3-5

Heures supplémentaires

Les heures effectuées au-delà de 35 heures hebdomadaires à compter, selon le cas, du 1^{er} janvier 2000 ou du 1^{er} janvier 2002, en application des dispositions de l'article 2 du présent accord, sont considérées comme des heures supplémentaires. Elles s'imputent sur le contingent d'heures supplémentaires fixé à 150 heures par an et par salarié. Elles donneront lieu, dans les conditions déterminées par la loi, à une majoration de salaire ou à un repos compensateur de remplacement. La substitution d'un repos compensateur de remplacement au paiement d'heures supplémentaires pourra être partielle, une partie rémunérée, l'autre en temps de repos.

Le taux de majoration applicable aux heures supplémentaires est fixé conformément au tableau figurant en annexe.

3-6

Modulation du temps de travail

3-6-1

Données économiques et sociales justifiant le recours à la modulation

Dans le contexte d'une réduction de la durée légale du travail à 35 heures de travail effectif par semaine, le recours à la modulation du temps de travail, sous réserve du respect des dispositions de l'article 13 de la Convention Collective Nationale étendue de la pharmacie d'officine, permet d'adapter le volume d'heures travaillées au volume réel de travail, aux variations d'activité de l'officine liées à la saisonnalité et, dans le respect du Code de Santé Publique, de répondre à la nécessité de satisfaire aux besoins de la clientèle.

Le recours à la modulation permet en outre d'éviter le recours excessif à des heures supplémentaires et au chômage partiel.

3-6-2

Champ d'application

Toute décision de l'employeur de mettre en place la modulation du temps de travail doit faire l'objet d'une information sur ses modalités d'application et d'une consultation préalable des élus du personnel ou, en l'absence de représentants du personnel, d'une information et d'une consultation préalable du personnel.

La durée de chaque période de modulation est de 13 semaines ou 26 semaines.

Le programme indicatif de la modulation est établi, conformément aux dispositions du paragraphe 3-6-7 ci-après, pour l'ensemble de la période de modulation.

Les dispositions du présent article ne s'appliqueront à un contrat à durée déterminée que s'il est conclu pour une durée égale ou supérieure à la période de modulation déterminée dans l'entreprise.

3-6-3

Variation de l'horaire hebdomadaire

Sous réserve que soit respectée pour chacune des semaines la durée maximale hebdomadaire du travail pouvant être accomplie, le nombre d'heures travaillées par semaine peut varier à l'intérieur de la période considérée entre 26 heures pour les semaines basses et 44 heures pour les semaines hautes, dans la limite pour ces dernières de 12 semaines consécutives.

Toute journée travaillée ne pourra être inférieure à 3 heures consécutives, sous réserve des dispositions particulières prévues à l'article 7 ci-après pour le travail à temps partiel.

Les semaines de forte activité se compensent à l'intérieur de la période de modulation avec les semaines de faible activité.

Sont considérées comme heures supplémentaires, d'une part les heures effectuées au-delà du plafond de la modulation, d'autre part, lors de la régularisation en fin de période de modulation, les heures effectuées au-delà de la durée moyenne de 35 heures par semaine sur la période considérée et le cas échéant au-delà du plafond annuel d'heures de travail effectif précisé à l'article 3-1.

3-6-4

Suivi du temps de travail

Un relevé du calcul d'heures travaillées dans le cadre de la période de modulation mise en place dans l'entreprise est remis mensuellement à chaque salarié en même temps que le bulletin de salaire.

3-6-5

Lissage de la rémunération

Dès lors que le temps de travail est organisé sur une période de modulation, la rémunération est la même chaque mois sur la base de 151,67 heures, indépendamment du nombre d'heures et (ou) de jours travaillés.

En cas de rupture du contrat de travail en cours de la période de modulation, sauf en cas de licenciement pour motif économique, pour inaptitude ou départ à la retraite, la rémunération ne correspondant pas à du temps de travail effectif est prélevée sur le solde de tout compte. Les heures excédentaires par rapport à l'horaire moyen de travail du début de l'exercice à la date de la fin du préavis sont versées en sus du solde de tout compte avec les majorations applicables aux heures supplémentaires.

En tout état de cause, la régularisation du trop-perçu est soumise aux dispositions de l'article L. 145-2 du Code du Travail relatif à la détermination de la fraction saisissable des rémunérations.

En cas d'embauche en cours de période de modulation, la rémunération lissée est fixée au prorata de la période restant à courir jusqu'à l'issue de ladite période.

3-6-6

Comptabilisation et rémunération des absences

Les absences sont comptabilisées en fonction du nombre d'heures de travail planifiées dans le cadre du programme défini conformément aux dispositions de l'article 3-6-7 ci-après.

En cas d'absence rémunérée conformément aux dispositions légales ou conventionnelles en vigueur, les jours d'absence sont rémunérés sur la base du salaire moyen mensuel lissé.

En cas d'absence non rémunérée, la retenue pour heures d'absence est égale au rapport du salaire de ces heures d'absence sur le nombre d'heures de travail planifiées à l'officine pendant le mois considéré, soit :

Retenue = Salaire mensuel × nombre d'heures d'absence / nombre d'heures de travail planifiées du mois considéré

3-6-7

Calendrier et délais de prévenance

Dès lors que le temps de travail et (ou) les jours de repos sont aménagés dans le cadre de la modulation, l'employeur est tenu de fixer, après consultation des représentants du personnel s'il en existe ou, à défaut, après information des salariés concernés, un calendrier des heures de travail et, le cas échéant, des jours de repos.

Le calendrier est établi pour l'ensemble de la période de modulation. Il est communiqué aux salariés au plus tard 21 jours calendaires avant le début de chaque période de modulation.

La modification du calendrier en cours de période doit rester exceptionnelle.

En cas de modification, celle-ci doit faire l'objet d'une consultation des représentants du personnel, s'il en existe ou, à défaut, des salariés concernés. L'employeur est tenu de respecter un délai de prévenance de 10 jours calendaires. Toutefois, les jours de repos pris au choix du salarié conformément aux dispositions de l'article 3-3 du présent accord ne peuvent être modifiés que par accord du salarié et de l'employeur.

En cas d'impossibilité de respecter le calendrier de programmation de la modulation en raison notamment d'une baisse d'activité ne permettant pas d'assurer l'horaire collectif minimal prévu à l'article 3-6-3 ci-après, l'entreprise pourra recourir au chômage partiel.

3-6-8

Heures supplémentaires

En cours de période de modulation mise en place dans l'entreprise, les heures effectuées au-delà de 35 heures hebdomadaires à compter, selon le cas, du 1^{er} janvier 2000 ou du 1^{er} janvier 2002, application faite des dispositions de l'article 2 du présent accord, ne donneront lieu ni à une majoration pour heures supplémentaires ni à un repos compensateur de remplacement. Elles ne s'imputeront pas sur le contingent annuel d'heures supplémentaires fixé dans le cadre de la modulation à 88 heures par an et par salarié.

Toutefois, sont considérées comme heures supplémentaires les heures effectuées au-delà du plafond de la modulation et par suite imputées sur le contingent.

À l'issue de la période de modulation, seules les heures effectuées au-delà de 35 heures en moyenne hebdomadaire, ouvriront droit à majoration au taux légal (ou à un repos de remplacement) et s'imputeront sur le contingent annuel d'heures supplémentaires (sauf si leur paiement est intégralement remplacé par un repos compensateur équivalent). Il en sera de même des heures excédant le plafond annuel d'heures de travail effectif précisé à l'article 3-1.

Le taux de majoration applicable aux heures supplémentaires est fixé conformément au tableau figurant en annexe.

Les heures supplémentaires sont en tout état de cause limitées à 22 heures pour une période de 13 semaines ou 44 heures pour une période de 26 semaines.

Il est procédé à leur paiement avec la paye du dernier mois de la période couverte par la modulation ou à la date d'effet de la rupture du contrat de travail si celle-ci intervient avant cette échéance.

Les heures effectuées en dépassement du plafond de la modulation étant soumises au régime des heures supplémentaires, la rémunération correspondante est payée avec le salaire du mois considéré.

Article 4 **Gardes et urgences**

Mod. par Avenant 9 avr. 2008, étendu par arr. 3 déc. 2008, JO 11 déc., applicable à compter du 1^{er} mai 2008

Mod. par Avenant 6 avr. 2021, étendu par arr. 1^{er} avr. 2022, JO 13 avr., applicable à compter du 1^{er} juill. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

CFDT ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

a)

Dispositions communes

La programmation individuelle des services de garde et d'urgence doit être portée à la connaissance de chaque salarié concerné quinze jours à l'avance, sauf circonstances exceptionnelles et sous réserve, dans ce dernier cas, que le salarié en soit averti au moins deux jours ouvrables à l'avance.

Un salarié qui accomplit un service de garde ou d'urgence, quelle qu'en soit la modalité, doit bénéficier d'un repos quotidien d'une durée minimum de onze heures consécutives.

b)

Gardes et urgences à volets ouverts

Les heures de permanence effectuées dans l'officine un jour ouvrable, pendant un service de garde ou d'urgence à volets ouverts tel que défini à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique, constituent une période de travail effectif rémunérée sur la base de 100 % du temps passé.

Les heures de permanence effectuées pendant un service de garde ou d'urgence à volets ouverts, un dimanche ou un jour férié autre que le 1^{er} mai, donnent droit pour le salarié au versement d'une indemnité de sujétion dont le montant brut est égal à une fois et demi la valeur du point conventionnel de salaire par heure de présence. En outre, ces heures de permanence ouvrent droit au bénéfice d'un repos compensateur d'égale durée conformément aux dispositions de l'article 13 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

Les heures de permanence effectuées pendant un service de garde ou d'urgence à volets ouverts, le 1^{er} mai, donnent droit pour le salarié, en plus du salaire correspondant au travail effectué et de l'indemnité égale au montant de ce salaire prévue par l'article 13 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, à un repos compensateur d'égale durée.

En outre, les heures de permanence effectuées dans l'officine pendant un service de garde ou d'urgence à volets ouverts donnent lieu, le cas échéant, et quel que soit le jour de leur accomplissement, aux majorations pour heures de nuit définies à l'article 13 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ainsi qu'aux majorations ou bonifications prévues par l'article 3-5 du présent accord en cas d'accomplissement d'heures supplémentaires.

c)

Gardes et urgences à volets fermés

Les heures de permanence effectuées dans l'officine un jour ouvrable, pendant un service de garde ou d'urgence à volets fermés tel que défini à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique, constituent une période de travail effectif. Elles sont indemnisées forfaitairement sur la base de 25 % du temps passé pour les seuls salariés occupés à temps plein, conformément aux dispositions du décret n° 2002-386 du 21 mars 2002 relatif à la durée du travail dans les pharmacies d'officine pendant un service de garde ou d'urgence à volets fermés. Les salariés à temps partiel étant exclus de ce dispositif, ils sont rémunérés sur la base de 100 % du temps passé.

Les heures de permanence effectuées pendant un service de garde ou d'urgence à volets fermés, du dimanche ou un jour férié autre que le 1^{er} mai, donnent droit pour le salarié au versement d'une indemnité de sujétion dont le montant brut est égal à une fois et demi la valeur du point conventionnel de salaire par heure de présence. En outre,

ces heures de permanence ouvrent droit au bénéfice du repos compensateur d'égale durée mentionné à l'article 13 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, sans qu'il soit fait, pour le calcul de la durée de ce repos, application du régime d'heures d'équivalence prévu au présent article.

Les heures de permanence effectuées pendant un service de garde ou d'urgence à volets fermés, le 1^{er} mai, donnent lieu, en plus du salaire correspondant au travail effectué, au versement d'une indemnité égale au montant de ce salaire conformément aux dispositions de l'article 13 convention collective nationale de la Pharmacie d'officine. Cette indemnité est calculée selon le régime d'heures d'équivalence défini par le présent article. Le salarié bénéficie, en outre, d'un repos compensateur d'une durée égale à celle de la garde, sans qu'il soit fait application du régime d'heures d'équivalence pour le calcul de cette durée.

(Avenant 6 avr. 2021, étendu) Dans tous les cas, il est accordé au personnel présent dans l'officine une indemnité spéciale pour dérangement égale à la somme des honoraires versés en application de l'article 19 de la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie, à l'exclusion de l'indemnité d'astreinte fixée par ladite convention.

Les heures de permanence effectuées dans l'officine pendant un service de garde ou d'urgence à volets fermés donnent lieu, le cas échéant, aux majorations ou bonifications prévues par l'article 3-5 du présent accord en cas d'accomplissement d'heures supplémentaires.

En toute hypothèse, les majorations pour heures de nuit définies à l'article 13 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ne sont jamais dues.

d) Astreintes

Les périodes pendant lesquelles le salarié est tenu de rester à domicile ou à proximité afin d'être en mesure d'intervenir pour assurer un service de garde ou d'urgence constituent des périodes d'astreinte.

En cas d'astreinte un jour ouvrable, le salarié perçoit, pour chaque heure d'astreinte et après déduction du temps passé en intervention, une indemnisation forfaitaire égale à 10 % de son salaire horaire. Le temps passé en intervention (trajet aller/retour domicile - officine et activité dans l'officine) est considéré comme un temps de travail effectif. La rémunération due à ce titre est calculée sur la base de 100 % du temps d'intervention.

En cas d'astreinte le dimanche ou un jour férié autre que le 1^{er} mai, le salarié perçoit, pour chaque heure d'astreinte et après déduction du temps passé en intervention, l'indemnisation forfaitaire de 10 % mentionnée à l'alinéa précédent. Le temps passé en intervention ouvre droit, quant à lui, à l'octroi d'un repos compensateur d'égale durée conformément aux dispositions de l'article 13 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

En cas d'astreinte le 1^{er} mai, le salarié perçoit, pour chaque heure d'astreinte et après déduction du temps passé en intervention, une indemnisation forfaitaire égale à 10 % de son salaire horaire. Le temps passé en intervention donne droit, quand à lui, en plus du salaire correspondant au travail effectué, à une indemnité égale au montant de ce salaire conformément aux dispositions de l'article 13 convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ainsi qu'à un repos compensateur d'égale durée.

Le temps d'intervention durant une astreinte donne lieu, le cas échéant, à l'application des majorations ou bonifications prévues par l'article 3-5 du présent accord en cas d'accomplissement d'heures supplémentaires.

Dans tous les cas, l'indemnité spéciale pour dérangement et les majorations pour heure de nuit prévues à l'article 13 de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ne sont jamais dues.

En fin de mois, l'employeur doit remettre à chaque salarié concerné un document récapitulant le nombre d'heures d'astreinte effectuées par celui-ci au cours du mois écoulé ainsi que la compensation correspondante.

Article 5 Rémunération

5-1 Principes généraux

Le salaire mensuel conventionnel au 31 décembre 2000 est maintenu en cas de réduction du temps de travail par l'attribution d'une indemnité compensatrice de RTT ⁽⁷⁾.

(7) Le maintien du salaire mensuel conventionnel à son niveau atteint avant la RTT doit également s'entendre du maintien à son niveau antérieur de la prime d'ancienneté elle-même calculée sur le salaire conventionnel. Dès lors, en cas de RTT dans le cadre des dispositions de l'accord du 23 mars 2000, la prime d'ancienneté doit s'appliquer au nouveau salaire conventionnel et à l'indemnité compensatrice de RTT correspondant au salaire conventionnel tel que prévu à l'article 5-1 dudit accord (avis de la Commission Nationale Paritaire d'interprétation du 30 octobre 2000 étendu par arrêté du 17 avril 2001, JO 27 avril 2001).

De plus, les partenaires sociaux incitent les entreprises officinales à maintenir la rémunération antérieure.

Conscientes des conséquences de ces dispositions sur l'équilibre économique des entreprises officinales, les parties décident d'adapter un calendrier de mise en oeuvre échelonné :

à compter du 1^{er} janvier 2001

Une indemnité compensatrice de RTT est attribuée dans la limite de la rémunération correspondant au salaire minimal conventionnel à tout salarié dont le temps de travail est ramené à 37 heures ou réduit de 5,41 % par rapport à la durée de travail effectif au 31 décembre 2000.

Le montant de cette indemnité est obtenu en retranchant du salaire minimum conventionnel précédant la RTT, le salaire conventionnel correspondant au temps de travail effectif du salarié après la RTT.

à compter du 1^{er} janvier 2002

Une indemnité compensatrice de RTT est attribuée dans la limite de la rémunération correspondant au salaire minimal conventionnel à tout salarié dont le temps de travail est ramené à 35 heures ou réduit de 10,26 % par rapport à la durée de travail effectif au 31 décembre 2000.

Le montant de cette indemnité est obtenu en retranchant du salaire minimum conventionnel précédant la RTT, le salaire conventionnel correspondant au temps de travail effectif du salarié après la RTT ⁽¹⁵⁾.

(15) En cas de maintien de l'horaire hebdomadaire à 39 heures, s'ajoutera à l'ICRTT (calculée sur la différence entre le salaire applicable pour 37 ou 35 heures selon le cas et le salaire antérieur pour 39 heures au 31 décembre 2000) la rémunération des heures effectuées au-delà de 37 ou 35 heures, ces heures étant payées, pour les entreprises de 20 salariés et moins, au taux normal en 2001 puis majorées dans le cadre du régime des heures supplémentaires à partir du 1^{er} janvier 2002 (avis de la Commission Nationale Paritaire d'Interprétation du 31 janvier 2001 étendu par arrêté du 23 avril 2002, JO 4 mai 2002).

5-2

Incidence de la RTT sur la rémunération minimal conventionnelle

Les salaires minima mensuels conventionnels sont établis au prorata, à compter du 1^{er} janvier 2001 sur la base d'une durée de travail mensuelle de 160,33 heures et à compter du 1^{er} janvier 2002, sur la base d'une durée de travail mensuelle de 151,67 heures.

Ces minima seront revalorisés comme suit :

Salaire minima	Au 1 ^{er} janvier 2001	Au 1 ^{er} janvier 2002	Au 1 ^{er} janvier 2003
	+ 2,67 %	+ 2,67 %	+ 2,67 %

L'indemnité compensatrice de RTT deviendra sans objet au plus tard le 31 décembre 2003.

5-3

Négociations annuelles des salaires

Les revalorisations des salaires minima telles que définies à l'article 5-2 sont indépendantes de la négociation annuelle des salaires prévue par le Code du travail.

Article 6

Dispositions relatives aux cadres

Les modalités de la RTT s'appliquent au personnel d'encadrement tel que défini par la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine. Ils sont soumis à l'horaire collectif de l'officine, c'est-à-dire 1.589 heures annuelles.

Pour les cadres ayant plus de six ans d'ancienneté, la durée du temps de travail effectif est réduite à 1.575 heures compte tenu de 2 jours de congés payés supplémentaires par an prévus par la Convention collective nationale de la Pharmacie d'Officine.

Article 7

Travail à temps partiel

Mod. par Accord du 29 sept. 2000 étendu par arr. 18 déc. 2000, JO 23 déc. 2000⁽¹⁾

(1) Les dispositions du présent avenant, inséparables de celles de l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 dont elles précisent les dispositions dans le cadre des finalités poursuivies par les parties signataires lors de la négociation de l'accord initial, prendront effet rétroactivement au jour de l'entrée en vigueur de ce dernier.

Mod. par Accord 2 oct. 2014, étendu par arr. 11 mars 2015, JO 24 mars, applicable à compter du 30^e jour calendaire suivant la publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension⁽²⁾

(2) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE / CGC) ;

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) ;

Pour l'application du présent accord et conformément aux dispositions légales en vigueur, sont considérés comme étant à temps partiel les salariés dont la durée de travail est inférieure à la durée légale ou à la durée conventionnelle fixée dans l'entreprise.

Les entreprises officinales ont la possibilité d'inclure les salariés à temps partiel dans la RTT sans pouvoir toutefois la leur imposer.

Dans ce cas, l'employeur pourra proposer les organisations suivantes :

- Soit une réduction de leur temps de travail effectif dans les mêmes proportions que les salariés à temps plein, accompagnée des conditions salariales identiques à celles des salariés à temps plein,
- Soit le maintien de leur temps de travail effectif avec une revalorisation du taux horaire dans le cadre des dispositions prévues à l'article 5-2 ci-dessus,
- Soit de passer à temps plein sur la base du nouvel horaire collectif. Le salaire est alors établi selon la nouvelle rémunération.

Les modalités de l'article 3-2 du présent accord peuvent être appliquées aux salariés à temps partiel au prorata temporis.

En tout état de cause, quelles que soient les modalités de prise en compte des salariés à temps partiel dans la réduction du temps de travail, il est rappelé que lesdits salariés bénéficient de droits équivalant aux salariés à temps complet.

(Al. supprimé par Accord 2 oct. 2014, non étendu) Il est toutefois précisé que l'horaire de travail des salariés à temps partiel ne peut comporter, au cours d'une même journée, plus d'une interruption d'activité qui en tout état de cause ne peut dépasser deux heures.

Article 8 **Engagement relatif à l'emploi**

(Ajouté par avenant du 29 septembre 2000 étendu par arrêté du 18 décembre 2000, JO 23 décembre 2000⁽⁶⁾)

(6) Les dispositions du présent avenant, inséparables de celles de l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 dont elles précisent les dispositions dans le cadre des finalités poursuivies par les parties signataires lors de la négociation de l'accord initial, prendront effet rétroactivement au jour de l'entrée en vigueur de ce dernier.

Les entreprises officinales souhaitant bénéficier de l'aide incitative de l'État prévue par la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 modifiée par la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 s'engagent à créer des emplois correspondant à un volume d'heures d'au moins 6% égal au produit de l'effectif moyen annuel concerné par la réduction du temps de travail par le pourcentage d'embauches et par la nouvelle durée collective, ce dans le délai maximum d'un an suivant la réduction du temps de travail dans l'entreprise, le cas échéant, dès la 1^{ère} étape. L'effectif ainsi augmenté devra être maintenu pendant deux ans à compter de la dernière embauche effectuée.

Toutefois, les entreprises dispensées de l'obligation d'embauche en application des dispositions de l'article 3 modifié de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998, lorsque l'obligation d'embauche de 6% se traduit par la nécessité de conclure un contrat de travail dont la durée serait inférieure à un mi-temps, s'engagent à maintenir les effectifs actuels pendant une durée minimale de deux années à compter de la réduction du temps de travail dans l'entreprise.

Article 9 **Mandatement**

(ancien article 8 renuméroté par avenant du 29 septembre 2000 étendu par arrêté du 18 décembre 2000, JO 23 décembre 2000)

Lorsque l'officine, quel que soit son effectif, ne peut appliquer directement les dispositions du présent accord, elle peut avoir recours au mandatement syndical si elle souhaite conclure un accord d'entreprise.

L'entreprise officinale devra en informer pour avis la commission de suivi mise en place par l'article 11 du présent accord, avant signature dudit accord.

Cet accord devra alors être conclu avec un salarié de l'entreprise dûment mandaté par une organisation syndicale représentative, conformément aux dispositions légales.

Ces salariés disposent des protections légales liées à leur mandat, telles que définies par le Code du travail, notamment en cas d'éventuel licenciement.

Article 10 **Accords antérieurs**

(ancien article 9 renuméroté par avenant du 29 septembre 2000 étendu par arrêté du 18 décembre 2000, JO 23 décembre 2000)

Les accords d'entreprise conclus antérieurement à la signature du présent accord continuent à produire leurs effets.

Toutefois, en cas de clauses non conformes aux nouvelles dispositions légales, les dispositions du présent accord de branche se substitueront aux dispositions des accords d'entreprise antérieurs qui ne seraient pas conformes à ces dernières.

Article 11 **Suivi de l'accord**

(ancien article 10 renuméroté par avenant du 29 septembre 2000 étendu par arrêté du 18 décembre 2000, JO 23 décembre 2000)

Une commission de suivi est mise en place au sein de la branche pharmacie d'officine. Elle est composée des organisations syndicales de salariés et d'employeurs signataires du présent accord.

Son rôle est de :

- Suivre l'impact de la RTT sur l'emploi dans les entreprises officinales,
- Recueillir les informations sur le mandatement syndical,
- Identifier et analyser les éventuelles difficultés liées à la mise en oeuvre de l'accord de RTT dans les entreprises officinales,
- Informer la commission paritaire nationale de ses travaux.

Elle se réunira dans le délai d'un mois suivant la demande écrite de l'une ou l'autre des parties.

Les parties signataires conviennent de réunir ladite commission dans le délai d'un an à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, pour procéder à un premier bilan d'application de ce dernier. Ce bilan sera remis à la commission nationale paritaire.

Article 12 **Durée de l'accord**

(ancien article 11 numéroté par avenant du 29 septembre 2000 étendu par arrêté du 18 décembre 2000, JO 23 décembre 2000)

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires avec un préavis de 3 mois. La dénonciation sera notifiée par lettre recommandée avec AR à chacune des autres parties signataires. La demande de dénonciation devra être accompagnée d'une nouvelle proposition d'accord.

Article 13 **Entrée en vigueur**

(ancien article 12 numéroté par avenant du 29 septembre 2000 étendu par arrêté du 18 décembre 2000, JO 23 décembre 2000)

Le présent accord sera déposé en vue de son extension, conformément aux dispositions légales, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Il entrera en vigueur 10 jours calendaires après la publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension.

Annexe

Régime des heures supplémentaires

(cf. articles 3-5 et 3-6-8)

1)

Entreprises de plus de 20 salariés

Année	Heures supplémentaires	Bonification « repos » ou majoration de salaire
2000	- Au-delà de la 35 ^{ème} et jusqu'à la 39 ^{ème} heure incluse	10 %
	- Au-delà de la 39 ^{ème} et jusqu'à la 43 ^{ème} heure incluse	25 %
	- Au-delà de la 43 ^{ème}	50 %
2001 et au-delà	- Au-delà de la 35 ^{ème} et jusqu'à la 39 ^{ème} heure incluse	25 %
	- Au-delà de la 39 ^{ème} et jusqu'à la 43 ^{ème} heure incluse	25 %
	- Au-delà de la 43 ^{ème}	50 %

2)

Entreprises de 1 à 20 salariés

Année	Heures supplémentaires	Bonification «repos» ou majoration de salaire
2000 et 2001	- Au-delà de la 39 ^{ème} et jusqu'à la 47 ^{ème} heure incluse - Au-delà de la 47 ^{ème} heure	25 % 50 %
2002	- Au-delà de la 35 ^{ème} et jusqu'à la 39 ^{ème} heure incluse - Au-delà de la 39 ^{ème} et jusqu'à la 43 ^{ème} heure incluse - Au-delà de la 43 ^{ème} heure	10 % 25 % 50 %
2003 (1) et au-delà	- Au-delà de la 35 ^{ème} et jusqu'à la 39 ^{ème} heure incluse - Au-delà de la 39 ^{ème} et jusqu'à la 43 ^{ème} heure incluse - Au-delà de la 43 ^{ème} heure	25 % 25 % 50 %

(1) Pour la période du 1^{er} février 2003 au 31 décembre 2005, ce point a été modifié par l'accord du 3 février 2003 (étendu par arr. 6 oct. 2003, JO 15 oct.) comme suit :

Heures supplémentaires	Bonification «repos» ou majoration de salaire
- Au-delà de la 35 ^{ème} heure et jusqu'à la 39 ^{ème} heure incluse	15 %
- Au-delà de la 39 ^{ème} heure et jusqu'à la 43 ^{ème} heure incluse	25 %
- Au-delà de la 43 ^{ème} heure	50 %

Durée équivalente à la durée du travail**Décret n° 2002-386 du 21 mars 2002****Relatif à la durée du travail dans les pharmacies d'officine pendant un service de garde ou d'urgence à volets fermés***(JO 23 mars 2002)*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code du travail, notamment son article L. 212-4 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 5125-22 ;

Vu le décret n° 92-1129 du 2 octobre 1992 portant approbation des nomenclatures d'activités et de produits ;

Vu l'accord collectif national du 23 mars 2000 sur la réduction du temps de travail dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine.

Décète :

Article 1

Les dispositions du présent décret s'appliquent aux entreprises répertoriées à la classe 52-3 A des nomenclatures d'activités et de produits approuvées par le décret du 2 octobre 1992 susvisé et aux salariés à temps plein.

Article 2

Pour le calcul de la durée légale, les heures de permanence effectuées dans l'officine pendant un service de garde ou d'urgence à volets fermés tel que défini à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique sont décomptées sur la base de 25 % du temps de présence passé en service de garde ou d'urgence.

Article 3

Le ministre de l'emploi et de la solidarité est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Classification

Avenant du 28 avril 2025

[Non étendu, applicable à compter du 1^{er} jour du deuxième mois civil suivant celui au cours duquel la publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension sera intervenue]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CFDT ;

CFE-CGC ;

UNSA ;

FO.

Vu le code du travail ;

Vu l'accord national interprofessionnel étendu du 28 février 2020 relatif aux diverses orientations pour les cadres ;

Vu l'accord national interprofessionnel étendu du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, notamment son article 3 ;

Vu la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe I - Classifications et salaires ;

Vu l'accord collectif national du 7 mars 2016 étendu relatif à la rémunération des jeunes préparant le brevet professionnel de préparateur ou le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie et à la classification des emplois de préparateur en pharmacie d'officine, tel que modifié par avenant du 6 avril 2021 étendu ;

Vu l'accord collectif national du 6 avril 2021 étendu relatif à la rémunération des jeunes préparant le brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'avenant du 18 octobre 2024 étendu portant révision de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 relatif à la détermination des catégories de bénéficiaires des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Préambule

Soucieuses de rénover la classification des emplois de la Pharmacie d'officine, et d'améliorer tout particulièrement le plan de carrière des préparateurs/techniciens en pharmacie ainsi que celui des pharmaciens adjoints, les parties signataires sont convenues des dispositions suivantes.

Article 1er

L'Annexe I - Classifications et salaires - de la convention collective nationale susvisée est remplacée par une nouvelle annexe ainsi rédigée :

(Voir Annexe I dans la CCN Pharmacie d'officine)

Article 2

Dispositions transitoires

La mise en œuvre du présent avenant ne peut avoir pour effet d'entraîner une rétrogradation de statut, de coefficient hiérarchique, ni une modification des tâches et responsabilités confiées aux salariés par les officines qui les emploient, à la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Pour les emplois comportant plusieurs échelons, lorsque la mise en œuvre du présent avenant n'entraîne pas de revalorisation du coefficient, il est tenu compte, pour le passage à l'échelon immédiatement supérieur, du nombre d'années de pratique professionnelle acquises dans l'échelon qu'occupait le salarié avant l'entrée en vigueur du présent avenant.

Lorsque la mise en œuvre du présent avenant entraîne, pour des emplois comportant plusieurs échelons, une revalorisation de coefficient, avec ou sans modification d'échelon, le passage à l'échelon immédiatement supérieur s'effectue, par la suite, en fonction du nombre d'années de pratique professionnelle requis par le présent avenant. Les difficultés d'application du présent accord pourront, le cas échéant, faire l'objet d'une saisine de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine en application des dispositions

Article 3 **Dispositions diverses**

L'accord collectif national du 7 mars 2016 étendu relatif à la rémunération des jeunes préparant le brevet professionnel de préparateur et à la classification des emplois de préparateur en pharmacie d'officine est abrogé.

Pour les pharmacies assurant un service de garde ou d'urgence à volets fermés, il est accordé au personnel présent à l'officine une indemnité égale aux montants des honoraires de garde et d'urgence versés à l'officine en application de la convention nationale du 9 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie dans sa rédaction issue de son avenant n° 1 en date du 10 juin 2020, approuvé par arrêté du 5 juillet 2024, à l'exclusion de l'indemnité forfaitaire d'astreinte fixée par ledit arrêté.

Les parties signataires s'engagent à intégrer les dispositions de l'alinéa précédent dans les conditions générales de la convention collective nationale susvisée et, par voie de conséquence, à supprimer ces dispositions du présent avenant après avoir procédé à cette intégration.

Article 4 **Dispositions finales**

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 1^{er} jour du deuxième mois civil suivant celui au cours duquel la publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension sera intervenue.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail. Il fera également l'objet d'une demande d'agrément par la Commission paritaire rattachée à l'APEC mentionnée à l'article 3 de l'accord national interprofessionnel étendu du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

Le présent avenant peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent avenant à moins de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2022). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Repos hebdomadaire **Accord du 21 juin 1993**

[Non étendu]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

Union nationale des pharmacies de France.

Syndicat(s) de salarié(s) :

Syndicat national autonome des cadres pharmaciens (S.N.A.C.P.) ;

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques, parachimiques et connexes C.F.E.-C.G.C. ;

Fédération nationale des industries chimiques C.G.T. ;

Fédération nationale Force ouvrière des industries de la pharmacie droguerie et des laboratoires d'analyses F.O. ;

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux C.F.T.C. ;

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux C.F.D.T.

Article 1

Les partenaires sociaux du présent accord sont convenus de préconiser toutes dispositions utiles afin de demander aux préfets de prendre, dans le cadre de l'article L. 221-17 du code du travail, toutes mesures en vue d'ordonner la fermeture au public des officines de pharmacie le dimanche, sous réserve de l'organisation d'un service de garde par roulement mis en place par les organisations professionnelles conformément à l'article L. 588-1 du code de la santé publique.

Article 2

Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 1 ci-dessus, il appartiendra aux représentants locaux des parties signataires, régionalement ou départementalement selon le cas, d'apprécier l'opportunité, en fonction des circonstances locales, de demander aux préfets de prendre un arrêté ordonnant la fermeture au public des officines de pharmacie le dimanche.

Article 3

Le présent accord est applicable aux pharmacies répertoriées sous le code NAF52.3 A.

Article 4

Les parties signataires s'engagent à effectuer auprès du ministère du travail les démarches nécessaires pour obtenir dans les meilleurs délais l'extension du présent accord conformément à la législation en vigueur.

Formation professionnelle

Reconversion ou promotion par alternance

Accord du 3 juillet 2023

[Étendu par arr. 24 sept. 2024, JO 8 oct., applicable à compter de la date de publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code du travail ;

Vu l'arrêté du 23 mai 2019 relatif au plafonnement des versements effectués au titre de la péréquation des contrats de professionnalisation et aux reconversion ou promotions par alternance ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe II constituée de l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 relatif à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, modifié en dernier lieu par avenant du 17 octobre 2022 ;

Vu l'accord collectif national étendu du 5 novembre 2018 modifié portant désignation de l'opérateur de compétences dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ;

Vu le compte-rendu de la réunion plénière de la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la Pharmacie d'officine (CPNEFP) du 3 octobre 2022, notamment la délibération adoptée à l'unanimité relative au développement de la Pro-A.

Préambule

Désireuses de permettre la mise en œuvre de la reconversion et de la promotion par alternance dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, en définissant notamment la liste des certifications professionnelles éligibles à ce dispositif, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

Liste des qualifications éligibles à la reconversion ou la promotion par alternance

Sont éligibles à la reconversion ou promotion par alternance dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, les certifications professionnelles suivantes :

— Brevet professionnel de préparateur en pharmacie (code RNCP 37312) ;

— Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie (code RNCP 35719) ;

— Licence professionnelle - Industries pharmaceutiques, cosmétologiques et de santé : gestion, production et valorisation (code RNCP 30075).

Comme explicité dans l'annexe au présent accord, ces certifications permettent de répondre aux enjeux de forte mutation de l'activité et de risque d'obsolescence des compétences.

Article 2

Durée de la reconversion ou promotion par alternance

En application des dispositions légales et réglementaires, la reconversion ou la promotion par alternance est d'une durée comprise entre six et douze mois. Conformément à l'article L. 6325-12 du code du travail, et par analogie avec les dispositions de l'article 18 de l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 susvisé, cette durée peut être allongée jusqu'à vingt-quatre mois pour tous les publics éligibles à une reconversion ou promotion par alternance. Pour les publics spécifiques définis à l'article L. 6325-1-1 du code du travail, la durée peut être allongée à trente-six mois.

En application des dispositions légales et réglementaires, la durée de l'action de formation est 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. Conformément à l'article L. 6325-14 du code du travail, et par analogie avec les dispositions de l'article 21 de l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 susvisé, cette durée peut être portée jusqu'à 35 % de la durée totale de la reconversion ou promotion par alternance pour l'ensemble des bénéficiaires visant les certifications professionnelles éligibles au dispositif.

Article 3

Prise en charge des actions de reconversion ou promotion par alternance

La prise en charge des frais pédagogiques des actions de reconversion ou promotion par alternance est réalisée par l'opérateur de compétences des entreprises de proximité (OPCO EP) sur la base d'un montant forfaitaire fixé à 15 euros de l'heure et dans la limite du montant prévu par la réglementation (soit, à titre indicatif, 3 000 euros à la date du présent accord). Les frais annexes (transports, hébergement) et de salaires ne donnent pas lieu à prise en charge par l'OPCO-EP.

La prise en charge des frais pédagogiques pourra être complétée, dans la limite de leur coût réel le cas échéant, par un financement issu des fonds conventionnels de la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, sur décision du conseil d'administration de l'OPCO-EP prise sur proposition de la section paritaire professionnelle dont elle relève.

Article 4

Dispositions finales

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter de la date de publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2020). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Annexe

Au 31 décembre 2021¹, la France métropolitaine comptait 20 318 officines en métropole et 613 officines situées dans les DROM et COM soit un total de 20 931 officines et 25 884 pharmaciens titulaires. En 2021, on recensait au niveau national, une pharmacie pour 3 230 habitants et 31 pharmacies pour 100 000 habitants.

¹ Démographie des pharmaciens, panorama au 1^{er} janvier 2022 (Ordre national des pharmaciens).

Par rapport à d'autres branches professionnelles relevant également de l'économie réglementée, la branche de la

Pharmacie d'officine emploie un nombre important de salariés² dont 65 000 préparateurs et 25 000 pharmaciens adjoints habilités à délivrer le médicament au public, et 30 à 40 000 salariés exerçant en officine mais non habilités à délivrer le médicament (rayonnistes, magasiniers, logisticien, employés en pharmacie, vendeurs, agents d'entretien...).

² Environ 130 000 salariés en 2020 (source DARES).

L'officine représente le débouché prédominant des préparateurs en pharmacie. La branche emploie près de 90 % des préparateurs en activité en France³, le reste exerçant en structure hospitalière publique ou privée. En 2014, les préparateurs en pharmacie représentaient à eux seuls 55 % des emplois salariés dans la branche suivis par les pharmaciens adjoints.

³ OMPL 2018 et 2020 (baromètre Salariés, De l'état des lieux à la prospective).

L'officine est un établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments et autres produits relevant du monopole du pharmacien. Ses missions et activités nombreuses sont réglementées par le code de la santé publique. Accessible sur tout le territoire, l'officine représente un maillon essentiel du parcours de soins, tout en exerçant une activité commerciale. Outre les pharmaciens titulaires de leur officine, l'équipe officinale est essentiellement constituée des deux seules professions habilitées à délivrer le médicament au public : les pharmaciens adjoints (sous statut salarié) et les préparateurs en pharmacie.

L'équilibre économique de nombreuses officines est fragile et souvent menacé par des facteurs extérieurs (départ d'un médecin, changement de prescripteur, raréfaction de l'offre de soins, mesures d'économies prises par les pouvoirs publics affectant le prix des médicaments...). La volonté de la branche professionnelle est de sauvegarder au maximum le réseau officinal et la desserte pharmaceutique et, par voie de conséquence, les emplois et la valeur ajoutée des salariés des officines, en termes d'augmentation de leurs compétences, de leur reconnaissance ainsi qu'en termes de revalorisation salariale.

La branche est caractérisée par un réel dynamisme dans l'accès à la formation professionnelle. En effet, elle regroupe 36,9 % des salariés du secteur santé et est à l'origine de 66,8 % des actions de formation. Ainsi, en 2020, 31,1 % des salariés avaient suivi au moins une formation. Ces derniers font majoritairement appel au plan de développement des compétences pour enrichir leurs capacités et connaissances. Le taux de formation dans la branche reste supérieur aux autres professions suivies par l'OMPL⁴.

⁴ «Baromètre Salariés, de l'état des lieux à la prospective», Observatoire des Métiers des Professions Libérales (OMPL), éditions 2018/2021.

Les différentes études menées par la branche de la Pharmacie d'officine, depuis quelques années, montrent que le secteur de la Pharmacie d'officine est confronté à des mutations sensibles de ses métiers et de l'activité professionnelle de ses salariés.

1) La Pharmacie d'officine, un secteur soumis à une forte mutation d'activités

Le secteur est confronté à des évolutions structurelles majeures de diverses natures :

- les évolutions réglementaires et l'ouverture à de nouvelles activités de prévention telles la vaccination, les tests antigéniques ou les dépistages, la dispensation de matériels médicaux, les entretiens conseils avec la patientèle de l'officine, la prise en charge de patients à pathologie lourde (cancer...). Toutes ces nouvelles activités sont fortement identifiées par la patientèle de l'officine qui attend de cette dernière une réponse à ces besoins de santé ;
- un contexte socio-démographique qui évolue impliquant une progression des besoins de santé, notamment pour les personnes âgées, leur maintien à domicile, leur accompagnement ;
- des besoins nouveaux de la patientèle notamment sur les produits de santé à base de plantes, sur les produits dermo-cosmétiques... ;
- des évolutions technologiques tel le développement de la e-santé (ordonnance électronique, interopérabilité des logiciels santé, télésoins et aide à la téléconsultation ...) ;
- l'incitation de l'Assurance maladie à moins prescrire de médicaments remboursables, ce qui induit une diminution des ventes de médicaments remboursables et impacte la nature des activités des officines.

La pharmacie d'officine renforce son rôle de service de santé de proximité nécessaire aux patients, nécessité renforcée par la pénurie de personnels de santé de proximité (médecins). L'équipe officinale a plus de responsabilités par rapport au patient et, pour les prescriptions, le conseil associé au patient s'en trouve renforcé.

Par ailleurs, la mobilisation de l'équipe officinale a été un atout majeur pour répondre à l'enjeu de la crise sanitaire COVID. Cette dernière a su monter en compétences et l'apport du réseau officinal a confirmé le rôle essentiel joué par les officines de proximité en matière de prévention. La crise sanitaire a démontré la nécessité d'accélérer le virage économique vers plus de services au sein des officines (dépistages, vaccinations...).

Face à ces évolutions, les officines développent leurs services en matière de conseils et suivi du patient, l'accompagnement des personnes âgées, la nutrition et la médecine naturelle dont l'herboristerie, la phytothérapie et l'aromathérapie. Les activités de la pharmacie d'officine mutent vers la prestation de service santé ce qui induit des changements majeurs des métiers de l'officine particulièrement pour les préparateurs techniciens en pharmacie. La

branche a par ailleurs répondu à cette mutation en créant deux CQP ouverts aux préparateurs techniciens et pharmaciens adjoints. Il s'agit de deux certifications de branche, l'une spécialisée sur les compétences liées aux activités de ventes et conseils dermo-cosmétiques pharmaceutiques et l'autre spécialisée dans les activités et compétences liées au maintien à domicile et à la dispensation de matériel médical.

2) Former et certifier, une réponse aux mutations : besoins en recrutement et en nouvelles compétences

Ces évolutions structurelles et ces mutations d'activités engendrent des besoins en nouvelles compétences pour les personnels salariés de l'officine. La branche de la Pharmacie d'officine entend répondre à cette forte mutation des activités de l'officine et à son impact sur les compétences en soutenant l'accès à la formation de ses salariés notamment par le dispositif Pro-A.

En effet, la branche est confrontée à une pénurie de compétences et de personnels qualifiés, se traduisant par des difficultés et tensions sur les recrutements principalement sur le métier de préparateur en pharmacie.

Outre les demandeurs d'emploi, les publics ciblés par l'accord Pro-A sont principalement les personnels en officine, non diplômés du DEUST ou du BP de préparateur technicien en pharmacie, tels que les rayonnistes, les magasiniers, les logisticiens... qui souhaiteraient acquérir les compétences et le diplôme indispensables pour l'exercice du métier (DEUST). Les compétences de ces personnels non diplômés (DEUST/ BP) n'étant pas adaptées aux activités en mutation de l'officine et au métier de préparateur technicien en tension, le dispositif Pro-A permettrait de répondre à cette inadéquation par l'accès à la formation en DEUST préparateur technicien en pharmacie. Le dispositif Pro-A serait d'autant plus utile que ces salariés ont bien souvent dépassé l'âge limite pour bénéficier d'un contrat d'apprentissage.

Ce personnel, ainsi formé et certifié, répondrait à la fois à la mutation des activités de l'officine et aux tensions de recrutement sur le métier de préparateur technicien en pharmacie. Par ailleurs, leur formation autoriserait une évolution professionnelle au sein même de l'officine⁵.

À noter qu'en région Rhône Alpes Auvergne, une expérimentation initiée en 2022, qui se poursuit en 2023 dans le cadre de la préparation opérationnelle à l'emploi collective (POEC), a permis de former des logisticiens en pharmacie d'officine qui, pour 50 % d'entre eux, ont souhaité continuer leur formation post-POEC en intégrant le DEUST préparateur technicien en pharmacie afin d'évoluer vers ce métier en tension.

Quant aux préparateurs techniciens en pharmacie, la mutation des activités de l'officine les obligent progressivement à renforcer leurs compétences par des spécialisations. Si les deux CQP de branche répondent à ce besoin, l'éligibilité à la Pro-A de la licence professionnelle visée par le présent accord permettrait aux préparateurs techniciens de développer leurs compétences en matière d'herboristerie, de produits naturels et ainsi que sur la vente et le conseil associés à ces produits vers lesquels les patients s'orientent de plus en plus.

3) Les certifications accessibles en Pro-A

Dans ce contexte de forte mutation des activités de la pharmacie d'officine, le dispositif de la Pro-A permet de répondre aux besoins en nouvelles compétences et aux difficultés de recrutement rencontrées par les officines, en proposant aux salariés des certifications telles que :

— le DEUST de Préparateur/ technicien en pharmacie (RNCP 35719), pour les salariés de l'officine non habilités à délivrer les médicaments, afin qu'ils puissent acquérir la certification obligatoire et les nouvelles compétences nécessaires à l'exercice du métier de préparateur technicien, métier en tension et en mutation ;

— la licence «Industries pharmaceutiques, cosmétologiques et de santé : gestion, production et valorisation», parcours conseillers spécialisés en herboristerie et produits de santé à base de plantes (RNCP 30075), pour les préparateurs en pharmacie, afin de se spécialiser et de répondre aux mutations de leurs activités.

3.1- Le BP de Préparateur en pharmacie (RNCP 1008) et le DEUST de Préparateur/ technicien en pharmacie (RNCP 35719)

Les préparateurs en pharmacie sont les seuls autorisés par la loi à seconder les pharmaciens dans la préparation et la délivrance au public de médicaments. Conformément à la réglementation, ils accomplissent obligatoirement leur tâche sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien.

Historiquement centré sur la préparation officinale, ce métier réglementé en 1946, a vu son rôle considérablement évoluer. La préparation officinale n'occupe désormais qu'une faible part de l'activité ou bien est confiée à des pharmacies spécialisées, agissant en qualité de sous-traitantes. La délivrance des spécialités pharmaceutiques et autres produits, le conseil au patient, la gestion du stock (approvisionnement, vérification des livraisons, mise en rayon...), certaines tâches administratives (enregistrement des feuilles de soins, télétransmission...), sont devenus prépondérants.

Les études, d'une durée de deux ans ou, après positionnement, sur trois ans, sont effectuées majoritairement par la voie de l'alternance, dans le cadre d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

L'évolution du brevet professionnel de préparateur en pharmacie vers un diplôme universitaire sous la forme d'un DEUST a été actée en 2020. Ce nouveau diplôme est obtenu après deux années et confère une qualification de niveau 5 à son titulaire, le BP étant de niveau 4. La loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins

par la confiance aux professionnels de santé a modifié le code de la santé publique en vue d'autoriser les titulaires du DEUST, à délivrer les médicaments au public.

Le titulaire du DEUST pourra aussi s'orienter ensuite vers une autre formation universitaire, notamment vers la licence professionnelle, RNCP 30075, afin d'acquérir des compétences de spécialisation et répondre aux mutations des activités de l'officine en la matière.

3.2- Licence professionnelle «Industries pharmaceutiques, cosmétologiques et de santé : gestion, production et valorisation», parcours conseillers spécialisés en herboristerie et produits de santé à base de plantes (RNCP 30075)

La branche a soutenu la licence professionnelle «Industries pharmaceutiques, cosmétologiques et de santé : gestion, production et valorisation» dans son parcours conseiller spécialisé en herboristerie et produits de santé à base de plantes (Parcours issu de la licence professionnelle inscrite au RNCP sous le numéro 30075).

Outre les fondamentaux d'assurer l'approvisionnement en herboristerie et produits de santé à base de plantes (leur stockage, leur transformation et leur conditionnement), cette formation met en valeur le savoir-faire et les connaissances des préparateurs en pharmacie auxquels la formation s'adresse⁶.

⁶ Pour les préparateurs titulaires du BP, diplôme de niveau 4, cette licence leur permet grâce au dispositif volontariste de la VAP (validation des acquis professionnels) d'intégrer directement les études de licence.

L'obtention de la licence offre aux préparateurs en pharmacie une opportunité d'évolution professionnelle en se spécialisant dans un domaine particulier. Pour la branche de la Pharmacie d'officine, en spécialisant les préparateurs techniciens, la licence répond aux besoins en compétences liées aux impacts de la mutation des activités de l'officine.

L'augmentation des besoins en conseil et produits naturels nécessite par ailleurs de disposer de personnel formé à cette thématique, y compris le personnel non habilité à délivrer les médicaments.

4) Conclusion

Pour l'heure, les partenaires sociaux conviennent que l'ensemble des certifications identifiées, dans le présent accord, participent à la pérennisation de l'activité des salariés au sein de la branche en leur permettant de :

- répondre aux mutations de la profession ;
- accéder au développement de leurs compétences par la promotion ou la reconversion par l'alternance ;
- pérenniser leur activité au sein de la branche en développant de nouvelles compétences ;
- favoriser une évolution professionnelle des salariés.

Par son accord Pro-A, la branche consolide également sa dynamique de développement des formations en alternance, dispositif qu'elle soutient et souhaite développer.

Les partenaires sociaux actent ainsi que toutes les certifications, identifiées au sein du présent accord, répondent aux critères fixés par l'article L. 6324-3 du code du travail, à savoir une forte mutation de l'activité ou un risque d'obsolescence des compétences.

Suivi des régimes de Prévoyance et de Frais de santé **Accord du 10 avril 2020**

[Non étendu, applicable à compter du 10 avr. 2020, pour une durée déterminée, il cessera de produire effet lorsque les Réserves visées à l'article 1.1 auront été intégralement utilisées en application du présent accord]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 6 juill. 2020, non étendu, à compter du 1^{er} juill. 2020 et pour une durée égale à celle de l'accord

collectif national du 10 avril 2020 qu'il révisé⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT FSS ;

CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant du 17 oct. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} nov. 2022 et pour une durée égale à celle de l'accord collectif national du 10 avril 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 10 mars 2025, non étendu, applicable 1^{er} mars 2025 et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national du 10 avril 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CFE CGC ;

UNSA ;

FO.

Mod. par Avenant 28 avr. 2025, non étendu, applicable à compter du 1^{er} mai 2025 et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national du 10 avril 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes, notamment son Annexe IV - Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord du 18 décembre 2000 relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés non cadres de la pharmacie d'officine, étendu par arrêté du ministre chargé du travail en date du 8 août 2002, qui a désigné IPGM, institution de prévoyance du groupe Mornay devenue KLESIA Prévoyance, pour l'assurance et la gestion administrative de régimes de prévoyance et de santé du personnel non cadre de la Pharmacie d'officine, institué par l'accord collectif du 28 mars 1969 ;

Vu l'accord du 8 décembre 2011 relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine qui a désigné IPGM, institution de prévoyance du groupe Mornay devenue KLESIA Prévoyance, pour l'assurance et la gestion administrative du régime de prévoyance et de santé des salariés cadres et assimilé de la pharmacie d'officine, étendu par arrêté du ministre chargé du travail en date du 19 décembre 2012, avec transfert par les organismes assureurs mentionnés à l'accord collectif national étendu du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assi-

milés de la pharmacie d'officine des fichiers ainsi que des réserves et des provisions techniques relatifs au régime de prévoyance et de santé des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine ;

Vu la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel qui a déclaré contraire à la Constitution l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale qui permettait de désigner par accord professionnel ou interprofessionnel un ou plusieurs organismes assureurs pour assurer la mutualisation des risques dont ils organisent la couverture ;

Vu la décision n° 366345 du 7 décembre 2016 du Conseil d'État statuant au contentieux ayant annulé l'article 15 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social du 19 décembre 2012 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 6 décembre 2012 ;

Vu l'accord collectif national du 11 mai 2017 étendu relatif aux régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et aux régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017 étendu portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, modifié en dernier lieu par avenant du 10 janvier 2020 ;

Vu la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves conclue entre les organisations syndicales représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, KLESIA Prévoyance et l'APGIS, en date du 10 avril 2020.

Préambule

Porteuse d'une vision sociale forte, la branche de la Pharmacie d'officine a mis en place, dès 1964 pour les salariés cadres et 1969 pour les salariés non cadres, des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé socialement efficaces, fondés sur la solidarité interprofessionnelle et la mutualisation.

Pendant plusieurs décennies, la branche a organisé la couverture de ses régimes auprès d'un ou plusieurs organismes assureurs désignés, dont principalement KLESIA Prévoyance (Groupe KLESIA). Les conventions signées avec KLESIA Prévoyance prévoyaient notamment les modalités de réalisation des comptes de résultats et de partage des résultats, ce qui a permis d'alimenter des réserves importantes pour chacun des régimes (prévoyance cadres, prévoyance non cadres, santé cadres, santé non cadres).

Compte tenu de la fin des clauses de désignation consécutive à la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013, une mise en concurrence en vue d'une recommandation a été organisée en 2017 au terme de laquelle l'APGIS a été recommandée à effet du 1^{er} janvier 2018 par l'accord du 2 octobre 2017 susvisé.

Les officines de pharmacie sont toutefois libres de retenir l'organisme assureur de leur choix pour la prévoyance et la santé de leurs salariés.

Dans ce contexte, les partenaires sociaux de la branche ont souhaité dans le respect du droit de la concurrence :

- continuer à assurer un suivi rigoureux et pérenne des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé conventionnels afin de maintenir des couvertures de qualité pour les officines et leurs salariés ;
- organiser les modalités d'utilisation des réserves constituées dans le cadre des opérations d'assurance réalisées antérieurement au 1^{er} janvier 2018.

À cet effet, les partenaires sociaux de la branche se sont rapprochés de KLESIA Prévoyance, organisme assureur antérieurement désigné, et de l'APGIS, assureur recommandé par l'accord du 2 octobre 2017 susvisé, et ont conclu une convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves permettant l'utilisation des réserves constituées grâce aux cotisations des entreprises et des salariés de la branche avant le 1^{er} janvier 2018, au profit de l'ensemble des pharmacies d'officine qui respectent les dispositions conventionnelles en matière de prévoyance et de santé, dans le respect du principe d'égalité entre toutes les entreprises et tous les salariés.

Cette convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves (ci-après la Convention), qui engage les assureurs signataires et adhérents, est annexée au présent accord (annexe 1), dont elle forme partie intégrante.

Article 1er

Utilisation des réserves constituées grâce aux cotisations des entreprises et des salariés de la branche avant le 1^{er} janvier 2018

1.1

Montant des Réserves au 31 décembre 2017

Le montant des réserves des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine constituées grâce aux cotisations des entreprises et des

salariés de la branche avant le 1^{er} janvier 2018 (ci-après les Réserves) s'élève au 31 décembre 2017 à la somme de 106 378 556 € dont :

- réserves du régime prévoyance et santé des non cadres : 68 172 337 € ;
- réserves du régime prévoyance et santé des cadres et assimilés : 38 206 219 €.

1.2

Modalité d'utilisation des Réserves à compter du 1^{er} janvier 2018

À compter du 1^{er} janvier 2018, les Réserves sont utilisées, dans la limite de leur montant, pour :

- a)** financer les aménagements de garanties décidées par les partenaires sociaux dans le cadre des dispositions conventionnelles ; cette utilisation se fait selon les règles précisées au 1.2.1) ci-après ;
- b)** financer les pertes techniques éventuelles du compte de suivi des engagements existants au 31 décembre 2017 et pour financer les éventuels changements réglementaires ou conventionnels à compter du 1^{er} janvier 2020 ; cette utilisation se fait selon les règles précisées au 1.2.2) ci-après ;
- c)** financer les différences de risques éventuels entre le périmètre des entreprises assurés par l'organisme recommandé et l'ensemble des entreprises de la branche selon les modalités précisées au 1.2.3) ci-après ; ce financement est justifié car l'assureur recommandé doit accepter toutes les entreprises de la branche, sans aucune sélection, au tarif prévu par la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;
- d)** financer les prestations payées par un assureur aux officines et aux salariés des officines qui ont adhéré à cet assureur au 1^{er} janvier 2018 sans payer de cotisations en raison d'actions contentieuses avec l'ancien assureur désigné concernant la résiliation au 1^{er} janvier 2018, selon les modalités précisées au 1.2.4 ci-après ;
- e)** financer les indemnités complémentaires prévues à l'article 2 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine selon les modalités précisées au 1.2.5 ci-après.

Peuvent bénéficier de ces financements tous les organismes assureur de pharmacies d'officine qui :

- proposent aux officines des contrats de prévoyance et/ou de santé qui respectent l'ensemble des garanties conventionnelles étendues concernant les régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité et/ou les régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine ;
- adhèrent à la Convention et s'engagent à en respecter les dispositions.

À compter de 2021, l'adhésion à la Convention réalisée au cours d'un exercice ne peut pas avoir d'effet rétroactif en deçà du 1^{er} janvier de l'année de cette adhésion.

1.2.1

Financement des prestations conventionnelles décidées par les partenaires sociaux

Les Réserves sont utilisées pour financer les aménagements de garanties décidées par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine (ci-après CPPNI).

Les montants à prélever sur les Réserves du personnel cadre et non cadre, dans la limite de leurs montants respectifs, sont définis comme suit :

A

Nature des prestations conventionnelles pouvant être financées par les réserves

A1 - pour le personnel non cadre

Sont financés par les réserves du personnel non cadre :

- 15 % de la charge des prestations santé du personnel non cadre (prestations payées dans l'année et variation des provisions pour prestations à payer) au titre des régimes conventionnels frais de soins de santé du personnel non cadre pour les survenances 2018 et 2019 nettes des prestations visées au C ci-dessous ;
- pour la survenance 2020, la liste des postes du régime de base conventionnel frais de soins de santé du personnel non cadre pouvant faire l'objet d'un financement par les réserves sera précisée par avenant au présent accord, l'objectif étant que la somme des prestations relatives aux postes ainsi financés représente 15 % de la charge des prestations du régime conventionnel frais de soins de santé du personnel non cadre défini aux annexes IV.1 et IV.3 de la convention collective nationale susvisée ;
- la liste des postes et le taux de prestations financées par les réserves des régimes de prévoyance du personnel non cadre pourront ensuite être ajustés par avenant au présent accord pour les survenances 2021 et postérieures. En l'absence d'avenant, les dispositions de l'année précédente s'appliquent.

A2 - pour le personnel cadre et assimilé

Sont financés par les réserves du personnel cadre et assimilé :

- 14 % de la charge des prestations santé du personnel cadre et assimilé cadre (prestations payées dans l'année et variation des provisions pour prestations à payer) au titre des régimes conventionnels frais de santé du personnel cadre et assimilé pour les survenances 2018 et 2019, majoré de 100 % des prestations payées dans l'année au titre de la garantie maternité-paternité du régime de base conventionnel du personnel cadre et assimilé cadre (RPO) ;

- pour la survenance 2020, la liste des postes du régime de base conventionnel frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé pouvant faire l'objet d'un financement par les réserves sera précisée par avenant au présent accord, l'objectif étant que la somme des prestations relatives aux postes identifiés représente 10 % de la charge des prestations du régime conventionnel frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé défini aux annexes IV.2 et IV.3 de la convention collective nationale susvisée, majoré de 100 % des prestations payées dans l'année au titre de la garantie maternité-paternité du régime de base conventionnel du personnel cadre et assimilé (RPO) ;

- la liste des postes et le taux de prestations financées par les réserves des régimes de prévoyance pourront ensuite être ajustés par avenant au présent accord pour les survenances 2021 et postérieures. En l'absence d'avenant, les dispositions de l'année précédente s'appliquent.

B

Système de lissage afin de compenser le déficit comptable constaté en 2018 et 2019 sur l'arrêt de travail non cadre du fait de l'impact des provisions

Afin de compenser le déficit comptable constaté en 2018 et 2019 sur l'arrêt de travail non cadre du fait de l'impact des provisions, un système de lissage est mis en place.

Chaque assureur signataire ou adhérent à la Convention peut bénéficier d'un prélèvement spécifique sur les réserves du personnel non cadre égal au déficit comptable, constaté dans les comptes au 31 décembre 2018 du régime conventionnel du personnel non cadre, au titre des risques prévoyance, pour la survenance 2018, dans la limite de 20 % des cotisations prévoyance 2018 du régime conventionnel du personnel non cadre.

Un prélèvement similaire pourra être mise en œuvre au titre de la survenance 2019 en fonction du déficit comptable constaté dans les comptes au 31 décembre 2019 des régimes conventionnels du personnel non cadre dans la limite de 10 % des cotisations prévoyance 2019 du régime conventionnel du personnel non cadre.

En contrepartie, à compter de 2020, le prélèvement annuel sur les réserves sera minoré, pendant 5 ans, à hauteur de 20 % de ces prélèvements exceptionnels majoré de produits financiers.

Dans l'hypothèse où un assureur n'assurera plus de pharmacies d'officine dans les 5 ans, ou si le prélèvement d'une année était inférieur à 20 % des prélèvements exceptionnels, l'assureur remboursera la part du prélèvement exceptionnel qui ne peut pas être compensé par le prélèvement de l'année.

C

Remboursement des prestations santé versées aux salariés et anciens salariés en arrêt de travail au 31 décembre 2017 bénéficiant d'un maintien gratuit des garanties frais de santé

Les prestations santé payées par un assureur, autre que KLESIA Prévoyance, pour les personnes en arrêt de travail indemnisées par KLESIA Prévoyance au titre d'un arrêt de travail antérieur au 31 décembre 17 seront remboursées chaque année par KLESIA Prévoyance et imputées sur le compte de suivi des engagements existant au 31 décembre 2017. Les prestations prises en compte sont les prestations santé payées pendant la durée de l'arrêt de travail uniquement.

D

Dispositions communes aux A, B, C

Les montants à prélever chaque année sur les réserves ou le compte des engagements passé au titre des A), B) et C) ci-dessus sont définis sur la base des comptes réalisés par chaque assureur en application de la Convention et présentés à la Commission de Suivi Technique Paritaire mentionnée à l'article 2.1.

Les prélèvements mentionnés aux A et B pourront être ajustés en 2021 en fonction des évolutions de garanties et du dispositif dit «100 % santé» et pourront être ensuite ajustés chaque année par voie d'avenant.

Il est précisé que les prestations à prendre en compte sont les prestations relatives aux régimes conventionnels définis par accord collectif (annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la convention collective nationale susvisée) à compter de leur date d'entrée en vigueur, étant précisé qu'un délai minimum de 6 mois devra en toute hypothèse être prévu entre la date de signature de l'accord apportant les modifications et la date d'entrée en vigueur pour permettre aux assureurs d'adapter les prestations. Par dérogation, ce délai n'est pas applicable pour les modifications liées à des mises en conformité réglementaires ou à la prise en charge des arrêts Covid-19.

En contrepartie, la CPPNI s'engage à communiquer les accords ou avenants révisant les garanties conventionnelles aux assureurs signataires ou adhérents à la Convention dans les 15 jours suivants la date de leur ouverture à la signature. À défaut, le délai de 6 mois prévu pour permettre aux assureurs d'adapter les prestations sera prorogé du nombre de jours de retard.

Les assureurs sont libres de proposer des prestations supérieures aux prestations conventionnelles, ces prestations ne pouvant toutefois pas donner lieu à financement par les Réserves. De même, le fait pour un assureur de ne pas appliquer les prestations conventionnelles avant la date de leur extension par arrêté ministériel n'exclut par l'assureur du bénéfice de la présente Convention. En revanche, l'assureur ne pourra pas bénéficier d'un financement par les réserves des prestations qui ont été réduites par avenant conventionnel. Dans tous les cas, les prestations prises en compte sont limitées aux prestations réellement payées (un assureur qui applique avec retard une amélioration de garanties ne peut bénéficier d'une prise en charge par les réserves des prestations reconstituées sur la base des garanties améliorées).

1.2.2

Financement des pertes techniques des comptes de suivi des engagements au 31 décembre 2017 et des changements réglementaires ou conventionnels à compter du 1^{er} janvier 2020

KLESIA Prévoyance réalise un compte de suivi des engagements existant au 31 décembre 2017 conformément aux dispositions de la Convention.

85 % des boni techniques cumulés du compte de suivi des engagements passés nets des dotations / reprises déjà effectuées alimentent les Réserves.

Inversement, 100 % du solde débiteur cumulé du compte de suivi des engagements passés nets des dotations / reprises déjà effectuées sera prélevé sur les Réserves de la catégorie de personnel concernée dans la limite de son montant.

En cas de changements réglementaires ou conventionnels impliquant une augmentation de la charge de prestations, les signataires du présent accord étudieront, en concertation avec les assureurs, la possibilité de financer l'impact de ces changements par les Réserves dans la limite de leur montant.

1.2.3

Financement des différences de risques

L'organisme assureur recommandé doit accepter toutes les entreprises de la branche, sans aucune sélection, au tarif prévu par la convention collective nationale susvisée. Dans ce cadre, l'organisme assureur recommandé peut être amené à supporter un risque plus élevé que la moyenne de la branche, charge supplémentaire qu'il y a lieu de compenser.

Les différences de risque sont mesurées notamment par :

- la différence d'âge moyen (i) ;
- la différence de taux d'assurés bénéficiant du maintien de garantie au titre de la portabilité (ii).

i

Compensation des différences de risque liées à l'âge

S'il existe un écart de plus d'un an entre l'âge moyen des salariés assurés par l'organisme recommandé (par catégories cadres/assimilés et non cadres) par rapport à l'âge moyen des salariés (par catégories cadres/assimilés et non cadres) figurant dans le rapport économique et social de la branche de la Pharmacie d'officine mentionné à l'article D. 2241-1 du code du travail, l'assureur recommandé bénéficie d'un prélèvement sur réserve égal à :

- 3 % des cotisations prévoyance de la population concernée multiplié par l'écart d'âge ;
- 1,8 % des cotisations santé de la population concernée multiplié par l'écart d'âge.

ii

Compensation des différences de risque liées au taux de salariés bénéficiant de la portabilité

S'il existe un écart de plus d'un point entre le taux des assurés en portabilité de l'organisme recommandé (par catégories cadres/assimilés et non cadres) et le taux des assurés (par catégories cadres/assimilés et non cadres) en portabilité de l'ensemble des assureurs signataires de la Convention, l'assureur recommandé bénéficie d'un prélèvement sur réserve égal aux cotisations prévoyance et santé de la catégorie de personnel concernée multiplié par l'écart de taux des assurés en portabilité de la catégorie de personnel concernée.

1.2.4

Financement des prestations payées sans contreparties de cotisations

Sont financées par les Réserves les prestations payées en 2018 par un assureur pour les salariés des officines de pharmacie qui ont adhéré à cet assureur au 1^{er} janvier 2018 et qui n'ont pas payé de cotisations en raison d'actions contentieuses avec l'ancien assureur désigné concernant la résiliation au 1^{er} janvier 2018.

1.2.5

Financement des arrêts de travail liés au COVID 19

Les indemnités complémentaires prévues à l'article 2 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures

d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19 en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine sont financées par les Réserves de la catégorie de personnel concernée pour les arrêts dont la survenance interviendra entre le 10 mars et le 31 mai et dont la période indemnisée finit au plus tard le 31 mai 2020, sauf prolongation des dispositions exceptionnels liés au COVID-19 qui pourraient être décidées par avenant à l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19 «ou par tout accord collectif national ultérieur ayant le même objet» (Termes ajoutés par Avenant 6 juill. 2020, non étendu).

Pour ce faire, les assureurs signataires ou adhérents à la convention devront produire le fichier des prestations payés par catégorie de personnel (non cadre d'une part et cadres et assimilés d'autre part) pour les arrêts de travail concernés avec la date de survenance de l'arrêt, la date de début d'indemnisation et de fin d'indemnisation et le montant payé.

Article 2 **Suivi de l'utilisation des Réserves**

2.1 **Commission de Suivi Technique Paritaire**

Les organisations syndicales représentatives signataires du présent accord décident d'instituer une commission paritaire dédiée ayant pour mission de suivre la bonne application de la Convention et notamment l'utilisation des réserves constituées grâce aux cotisations des entreprises et des salariés de la branche avant le 1^{er} janvier 2018. Cette commission dénommée Commission de Suivi Technique Paritaire (CSTP) est créée spécifiquement et composée de la façon suivante :

- un collège des salariés composé de membres désignés par chacune des organisations syndicales de salariés reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;
- un collège des employeurs composé de membres désignés par chacune des organisations syndicales d'employeurs reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

Les décisions de la CSTP sont adoptées pour leur validité, conformément à l'article 30 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine dans sa rédaction en vigueur à la date de signature du présent accord, c'est-à-dire au sein du collège employeur comme du collège salarié, par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives dont le poids cumulé est au moins égal à 50 % au regard des arrêtés fixant la liste des organisations professionnelles d'employeurs et des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche de la pharmacie d'officine.

La CSTP se réunira au moins une fois par an selon le calendrier prévu par la CSTP.

L'actuaire conseil de la Commission Paritaire Nationale de la Pharmacie d'officine tel que désigné dans le dernier accord de branche étendu assiste la CSTP pour le suivi de la mise en œuvre de la présente Convention, en particulier pour les vérifications relatives aux prélèvements à effectuer sur les Réserves par les Assureurs.

La CSTP peut également se faire assister d'un ou de plusieurs experts.

Afin de veiller au respect des principes de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement, l'actuaire conseil et chaque expert devront être indépendants des assureurs, et se conformer aux dispositions de l'article D. 912-11 du code de la sécurité sociale avant leur nomination et à chaque renouvellement.

Des représentants des assureurs signataires ou adhérent à la Convention assistent aux réunions de la CSTP en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour. Ils rendent compte de la situation des régimes conformément à la Convention.

La CSTP adresse à la CPPNI toutes propositions qui lui paraissent utiles notamment concernant l'évolution des cotisations et les prestations des régimes de prévoyance et de santé des salariés de la pharmacie d'officine ainsi que l'évolution de la Convention et des prélèvements à effectuer sur les Réserves en application de la Convention.

Un règlement intérieur précisera les règles de fonctionnement de la CSTP. Il sera annexé au présent accord par voie d'avenant.

2.2 **Validation des prélèvements à effectuer sur les Réserves**

La CPPNI valide chaque année, sur la base du rapport de l'actuaire conseil de la CSTP, la bonne application de la Convention et notamment, les prélèvements à effectuer sur les Réserves pour l'ensemble des assureurs signataires ou adhérent à la convention, avec une ventilation des montants revenant à chaque assureur en application de l'article 1^{er}.

La CPPNI est seule décisionnaire pour toutes mesures concernant l'évolution des accords paritaires des régimes de prévoyance et de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et pour toutes propositions concernant la modifica-

tion de la Convention au nom des partenaires sociaux.

2.3 **Mise en œuvre**

Pour bénéficier des financements définis à l'article 1^{er}, chaque assureur signataire ou adhérent à la Convention doit fournir les comptes et états de synthèse définis aux annexes 1 et 2 de la Convention en respectant les modalités et délais qui sont précisés dans ces annexes.

Article 3 **Communication**

Les signataires définiront ensemble le dispositif de communication permettant d'informer largement l'ensemble des officines des dispositions du présent accord.

Article 4 **Dispositions finales**

Mod. par Avenant du 17 oct. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} nov. 2022 et pour une durée égale à celle de l'accord collectif national du 10 avril 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 10 mars 2025, non étendu, applicable 1^{er} mars 2025 et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national du 10 avril 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CFE CGC ;

UNSA ;

FO.

Mod. par Avenant 28 avr. 2025, non étendu, applicable à compter du 1^{er} mai 2025 et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national du 10 avril 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT.

Le présent accord prend effet à compter du 10 avril 2020.

Conclu pour une durée déterminée, il cessera de produire effet lorsque les Réserves visées à l'article 1.1 auront été intégralement utilisées en application du présent accord.

Le présent accord sera déposé à l'initiative de la partie la plus diligente.

Il pourra être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

(Avenant 17 oct. 2022, non étendu) «Annexes :

- convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves conclue entre les organisations syndicales représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, KLESIA Prévoyance et l'APGIS, en date du 10 avril 2020 ;

- avenant n° 1 du 4 juillet 2022 ;

-
- avenant n° 2 du 4 juillet 2022 ;»
 - (Avenant 10 mars 2025, non étendu) «avenant n° 3 du 16 décembre 2024»
 - (Avenant 28 avr. 2025, non étendu) «avenant n° 4 du 28 avril 2025».

Annexe : Convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves conclue entre les organisations syndicales représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, KLESIA Prévoyance et l'APGIS, en date du 10 avril 2020

Effet : 1^{er} janvier 2018

Mod. par Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant n° 2, 4 juill. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CFE CGC ;

UNSA ;

FO.

Mod. par Avenant n° 4, 28 avr. 2024, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

UNSA ;

FO.

Préambule

Porteuse d'une vision sociale forte, la branche de la Pharmacie d'officine met en place, dès 1964 pour les salariés cadres et 1969 pour les salariés non cadres, des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé socialement efficaces, fondés sur la solidarité interprofessionnelle et la mutualisation.

Pendant plusieurs décennies, la branche organise la couverture de ses régimes auprès d'un ou plusieurs organismes assureurs désignés, dont principalement KLESIA Prévoyance (Groupe KLESIA). Les conventions signées avec KLESIA Prévoyance prévoient notamment les modalités de réalisation des comptes de résultats et de partage des

résultats, ce qui permet d'alimenter des réserves importantes pour chacun des régimes (prévoyance cadres, prévoyance non cadres, santé cadres, santé non cadres).

Compte tenu de la fin des clauses de désignation suite à la décision du conseil constitutionnel du 13 juin 2013, une mise en concurrence en vue d'une recommandation est organisée en 2017 et l'APGIS est recommandée à effet du 1^{er} janvier 2018 par accord du 2 octobre 2017 pour l'assurance et la gestion des régimes frais de santé et prévoyance des personnels non cadres et cadres et assimilés de la pharmacie d'officine.

Les officines sont toutefois libres de retenir l'organisme assureur de leur choix pour la prévoyance et la santé de leurs salariés.

Dans ce contexte, les partenaires sociaux de la branche souhaitent, dans le respect du droit de la concurrence :

- continuer à assurer un suivi rigoureux et pérenne des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé conventionnels afin de maintenir des couvertures de qualité pour les officines et leurs salariés ;
- organiser les modalités d'utilisation des réserves constituées dans le cadre des opérations d'assurance réalisées antérieurement au 31 décembre 2017. Les modalités d'utilisation et de suivi des «Réserves» définies ci-dessous sont précisées à l'article 3 de la présente convention et feront l'objet d'un accord de branche.

Pour ce faire, il convient que l'ensemble des partenaires sociaux dispose d'informations globales leur permettant d'assurer le suivi technique des contrats de prévoyance et de santé assurés en exécution des dispositions conventionnelles quel que soit l'organisme assureur.

C'est dans ce cadre que la présente Convention est signée.

Définitions

Le terme «Les Partenaires Sociaux» désigne les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche de la pharmacie d'officine.

Le terme «Assureur» désigne chaque organisme assureur signataire ou adhérent de la présente Convention qui propose aux officines des contrats de prévoyance et/ou de santé qui respectent l'ensemble des garanties conventionnelles concernant les régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité et les régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine.

Le terme «Régimes» désigne les opérations collectives de prévoyance et/ou de santé réalisées en application des dispositions des annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la CCN de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998.

Le terme «Réserves» désigne les différentes réserves (provision d'égalisation, réserve de stabilité, réserve générale, réserve générale initiale ...) qui ont été alimentées jusqu'au 31 décembre 2017 par les résultats des Régimes assurés par KLESIA Prévoyance et/ou qui ont été transférées à KLESIA Prévoyance par d'autres organismes assureurs pendant la période de désignation de KLESIA Prévoyance, et qui évoluent conformément à l'article 3 de la présente Convention.

Article 1 **Objet de la convention**

La présente Convention a pour objet de mettre en place un suivi technique harmonisé des Régimes, quel que soit l'Assureur, permettant aux Partenaires Sociaux de la branche :

- d'avoir une vision globale de l'évolution de la sinistralité prévoyance et santé pour chaque catégorie de personnel (non cadre d'une part, cadre et assimilé d'autre part) pour faire évoluer les Régimes dans le temps ;
- de gérer l'utilisation des Réserves issues de l'ex désignation ;

Pourra adhérer à cette convention tout organisme assureur de pharmacies d'officine qui :

i) propose aux officines des contrats de prévoyance et/ou de santé qui respectent l'ensemble des garanties conventionnelles étendues concernant les régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité et/ou les régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine ;

ii) s'engage à respecter les dispositions de la présente Convention.

L'application de la Convention à un nouvel organisme assureur se fera par simple avenant d'adhésion à la présente Convention après validation par la Commission de Suivi technique Paritaire, visée à l'article 2, à la condition que l'organisme concerné respecte les conditions ci-dessus. À compter de 2021, l'adhésion réalisée au cours d'un exercice ne peut pas avoir d'effet rétroactif en deçà du 1^{er} janvier de l'année de sa signature.

Article 2 **Suivi technique des régimes à compter du 1^{er} janvier 2018**

Mod. par Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

2.1

La Commission de Suivi Technique Paritaire

Les Parties conviennent de mettre en place, au bénéfice d'une commission ad hoc, un suivi technique des contrats de prévoyance et de frais de soins de santé du personnel non cadre et cadre et assimilé des entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la pharmacie d'officine.

Cette commission ad hoc (ci-après dénommée la Commission de Suivi Technique Paritaire ou CSTP), distincte de la sous-commission prévoyance émanant de la CPPNI, de la commission professionnelle émanant de KLESIA Prévoyance, du comité de suivi technique émanant de l'APGIS, et le cas échéant, de toute commission de suivi propre à chaque Assureur, sera créée spécifiquement et composée de membres issus des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs représentatives de la branche.

a

Désignation des membres de la CSTP

La CSTP est composée de la façon suivante :

- un collège des salariés composé de membres désignés par chacune des organisations syndicales de salariés reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine ;
- un collège des employeurs composé de membres désignés par chacune des organisations syndicales d'employeurs reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine.

b

Mission de la CSTP

La CSTP a pour mission le suivi de la mise en œuvre de la présente Convention.

Pour lui permettre d'assurer cette mission, les représentants des organismes assureurs signataires ou adhérents de la Convention rendent compte de manière complète, conformément aux annexes 1 à 3, de la situation des Régimes.

La CSTP adresse à la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine (ci-après CPPNI) toutes propositions qui lui paraissent utiles notamment concernant i) l'évolution des cotisations et les prestations des régimes de prévoyance et de santé des salariés de la pharmacie d'officine et ii) l'évolution de la présente Convention et des prélèvements à effectuer sur les Réserves en application de la Convention.

La CPPNI valide chaque année, sur la base du rapport de l'actuaire conseil de la CSTP, la bonne application de la présente Convention et notamment, les prélèvements à effectuer sur les Réserves pour l'ensemble des assureurs signataires ou adhérents à la convention, avec une ventilation des montants revenant à chaque assureur en application de la présente Convention.

La CPPNI est seule décisionnaire pour toutes mesures concernant l'évolution des accords paritaires des régimes de prévoyance et de santé des salariés de la pharmacie d'officine et pour toutes propositions concernant la modification de la présente convention au nom des partenaires sociaux.

c

Fonctionnement de la CSTP

La CSTP se réunira au moins une fois par an selon le calendrier prévu par la CSTP.

Un actuaire conseil assiste la CSTP pour le suivi de la mise en œuvre de la présente Convention, en particulier pour les vérifications relatives aux prélèvements à effectuer sur les Réserves par les Assureurs.

La CSTP peut également se faire assister d'un ou de plusieurs experts.

Afin de veiller au respect des principes de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement, l'actuaire conseil et chaque expert devront être indépendants des parties, et se conformer aux dispositions de l'article D. 912-11 du code de la Sécurité Sociale avant leur nomination et à chaque renouvellement.

Des représentants des Assureurs signataires ou adhérents de la présente Convention assistent aux réunions de la commission en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour.

Les décisions de la CSTP sont adoptées pour leur validité, conformément à l'article 30 de la convention collective

nationale de la pharmacie d'officine dans sa rédaction en vigueur à la date de signature de la présente convention, c'est-à-dire au sein du collège employeur comme du collège salarié, par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives dont le poids cumulé est au moins égal à 50 % au regard des arrêtés fixant la liste des organisations professionnelles d'employeurs et des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche de la pharmacie d'officine.

2.2

Engagements des Assureurs

(Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu) Chaque Assureur s'engage :

- à présenter à la Commission de Suivi Technique Paritaire avant le 30 juin de chaque année, et pour la première fois dans les 3 mois qui suivent la signature de la Convention, selon les règles et le format précisés à l'annexe 1 de la présente Convention :

- les comptes de résultats par survenance des opérations (à adhésion obligatoire et facultative), relatives aux garanties de prévoyance et de frais de soins de santé qu'elles assurent en exécution des dispositions conventionnelles ;

- une analyse technique par régime et par exercice de survenance.

- en complément de la transmission des éléments de comptes ci-dessus, et afin de permettre aux partenaires sociaux de disposer d'un avis indépendant sur la bonne application, par les assureurs, des dispositions de la présente Convention, ces derniers s'engagent également :

- soit à remettre chaque année à la Commission de Suivi Technique Paritaire, au moins 15 jours avant la présentation des comptes, les états de synthèse agrégés nécessaires à l'analyse des comptes selon les modalités précisées en annexe 2 ainsi que le rapport du tiers de confiance visé à l'annexe 2 ;

- soit à remettre à l'actuaire conseil de la CSTP, les éléments détaillés nécessaires à l'audit des comptes et états de synthèses agrégés prévus à l'annexe 2.

Il est précisé que la présentation des comptes selon le format visé ci-dessus n'emporte aucune modification contractuelle dans le cadre des relations de chaque organisme Assureur avec ses entreprises adhérentes. Elle ne remet pas en cause les dispositions contractuelles qui ont été librement négociées par chaque Assureur, et notamment les dispositions en matière de chargements, rémunération financière, participation aux excédents, etc.

Les dispositions financières contractualisées avec chaque Assureur demeurent inchangées et notamment :

- les dispositions négociées avec l'APGIS dans le cadre de la recommandation (convention d'assurance et protocole technique et financier) ;

- les dispositions proposées par KLESIA Prévoyance.

Chaque Assureur reste responsable à l'égard de ses adhérentes et de ses assurés des résultats et de l'établissement des comptes des opérations collectives obligatoires et facultatives qu'il assure. La présentation des comptes selon le format précisé en annexe 1 n'entraîne pas la mutualisation des résultats entre les Assureurs.

Chaque Assureur reste entièrement libre de fixer en fonction de ses propres orientations, les garanties et tarifs, les coûts et modalités de distribution, et les stratégies de communication à l'égard de ses adhérents, ses assurés et ses prospects dans le respect de l'article 5.

Aucun assureur ne peut recevoir, du fait de l'exécution de la présente Convention, une information de nature à fausser le jeu de la libre concurrence ou susceptible de lui octroyer un avantage quelconque sur le marché de la prévoyance et des frais de soins de santé.

La présentation selon le format précisé à l'Annexe 1 vise uniquement à permettre à la Commission de Suivi Technique Paritaire d'avoir une vision globale des résultats sur l'ensemble des entreprises assurées par les Assureurs signataires ou adhérents de la présente Convention afin de proposer les dispositions conventionnelles concernant la prévoyance et la santé du personnel non-cadre et cadre et assimilé en fonction des besoins qu'elle identifie et de suivre l'utilisation des Réserves et la bonne application de la convention.

Article 3

Utilisation des réserves

Mod. par Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant n° 2, 4 juill. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CFE CGC ;

UNSA ;

FO.

Mod. par Avenant n° 4, 28 avr. 2024, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

UNSA ;

FO.

3.1

Montant des Réserves au 31 décembre 2017

Les Parties conviennent que le montant des Réserves au 31 décembre 2017 des régimes non cadres et cadres et assimilés est irrévocablement et définitivement arrêté à la somme de 106 378 556 € ci-après distribuée :

- réserves non cadre : 68 172 337 € ;

- réserves cadres et assimilés : 38 206 219 € ;

3.2

Évolution des Réserves à compter du 1^{er} janvier 2018

À compter du 1^{er} janvier 2018,

- Les Réserves sont alimentées

- des produits financiers sur provisions et réserves définis au 3.5 ci-après
- de 85 % des boni techniques cumulés constatés dans les comptes de suivi des engagements visé à l'annexe 3 net des dotations/ reprises déjà effectuées⁽¹⁾

¹ Le principe de répartition des boni/ mali cumulés en fonction des dotations/reprises déjà effectuées est précisé en annexe 3. Les boni/ mali cumulés tiennent compte du boni de 31,1 millions constaté en 2018.

pour chaque catégorie de personnel (non cadres d'une part, cadres et assimilés d'autre part, étant précisé qu'il est mis en place une mutualisation prévoyance/santé pour chaque catégorie de personnel mais qu'il n'y a pas de mutualisation entre les catégories de personnel.

- Les Réserves sont utilisées comme indiqué au 3.3 ci-après.

3.3 *Règles d'utilisation des Réserves*

3.3.1 *Principes*

L'ensemble des parties signataires ou adhérents à la présente Convention conviennent que les Réserves constituées grâce aux cotisations des entreprises et des salariés de la branche, doivent être utilisées dans l'intérêt de l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche conformément aux dispositions de la présente Convention, dans le respect du principe d'égalité entre toutes les entreprises et tous les salariés.

KLESIA Prévoyance s'engage en conséquence à régler chaque année à chaque Assureur signataire ou adhérent de la présente Convention les montants correspondants à la quote-part lui revenant et à inscrire dans ses comptes le montant lui revenant conformément à l'article 2.1.

À la suite des ajustements de réserves, le montant des provisions, ci-dessous détaillées, au 1^{er} janvier 2018 des régimes non cadres et cadres et assimilés est irrévocablement et définitivement arrêté à la somme de 187 474 413 € pour le régime non cadre et 62 152 791 € pour le régime cadre :

Cette somme résulte des opérations suivantes :

- Provisions techniques prévoyance non cadre : 160 834 671 €*
- PSAP Prévoyance non cadre : 5 774 909 €*
- Provisions mathématiques santé non cadre : 16 622 483 €*
- PSAP santé non cadre : 4 242 350 €*
- Provisions techniques prévoyance cadre : 55 440 947 €*
- PSAP Prévoyance cadre : 3 914 831 €*
- Provisions mathématiques santé cadre : 447 013 €*
- PSAP santé cadre : 2 350 000 €*

À compter du 1^{er} janvier 2018, les Parties conviennent que :

- Les Réserves peuvent être utilisées, dans la limite de leur montant :*

a) pour financer les aménagements de garanties décidées par les partenaires sociaux dans le cadre des dispositions conventionnelles ; cette utilisation se fait selon les règles précisées au 3.3.2 ci-après ;

b) pour financer les pertes techniques éventuelles du compte de suivi des engagements du passé au 31 décembre 2017 défini à l'annexe 3 et pour financer les éventuelles changements réglementaires ou conventionnels à compter du 1^{er} janvier 2020 ; cette utilisation se fait selon les règles précisées au 3.3.3 ci-après ;

c) (Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu) pour financer les différences de risques éventuels entre le périmètre des entreprises assurés par un des organismes signataire de la Convention et l'ensemble des entreprises de la branche selon les modalités précisées en annexe 1.IV

d) pour financer les prestations payées par un Assureur aux officines et aux salariés des officines qui ont adhéré à cet Assureur au 1^{er} janvier 2018 et qui n'ont pas payé de cotisations suite à un contentieux avec l'ancien assureur désigné concernant la résiliation au 1^{er} janvier 2018.

e) pour financer les indemnités complémentaires prévues à l'article 2 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19 en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine selon les modalités précisées au 3.3.4 ci-après.

f) (Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu) pour financer les engagements de revalorisation postérieurs au 31 décembre 2017 pour les prestations périodiques (incapacité, invalidité et rente éducation) des sinistres dont la date de survenance est antérieure au 1^{er} janvier 2018 et qui était assurés par KLESIA Prévoyance au 31 décembre 2017 dans le cadre du régime de prévoyance non cadres, d'une part et du régime de prévoyance cadres et assimilés, d'autre part, de la pharmacie d'officine, selon les modalités précisées au 3.3.5 ci-après.

3.3.2 *Financement des améliorations de garanties*

A

(Avenant n° 2, 4 juill. 2022, non étendu) - À compter du 1^{er} janvier 2018, il est convenu que les Réserves continuent notamment d'être utilisées pour financer les aménagements de garanties décidées par la CPPNI. Les montants à prélever sur les réserves cadre et non cadre, dans la limite de leurs montants respectifs, sont définis comme suit :

A1 Montant à prélever sur les réserves du personnel non cadre :

- 15 % de la charge des prestations santé du personnel non cadres (prestations payées dans l'année et variation*

des provisions pour prestations à payer) au titre des régimes conventionnels frais de soins du personnel non cadres pour les survenances 2018 et 2019 nette des prestations visées au C ci-dessous ;

- Pour l'avenir, les partenaires sociaux ont choisi de retenir une liste spécifique de postes de la garantie frais de santé pouvant faire l'objet d'un financement, total ou partiel, par les réserves des régimes. Cette liste est définie de façon à représenter 15 % de la charge des prestations du régime conventionnel Frais de santé du personnel non cadre défini aux annexes IV.1 et IV.3 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.

- Pour la survenance 2020, les postes de la garantie frais de santé pouvant faire l'objet d'un financement par les réserves sont listés en Annexe 5 «Montants à prélever sur les réserves du personnel non cadre et du personnel cadre et assimilé».

- Pour les survenances 2021 et postérieures, la liste des postes retenus pour la garantie frais de santé pourra être modifiée par avenant à l'Annexe 5. A défaut, la dernière liste applicable est retenue.

A2 Montant à prélever sur les réserves du personnel cadre et assimilé :

- 14 % de la charge des prestations santé du personnel cadre et assimilé cadre (prestations payées dans l'année et variation des provisions pour prestations à payer) au titre des régimes conventionnels frais de santé du personnel cadre et assimilé pour les survenances 2018 et 2019 ;

- Pour l'avenir, les partenaires sociaux ont choisi de retenir une liste spécifique de postes de la garantie frais de santé pouvant faire l'objet d'un financement, total ou partiel, par les réserves des régimes. Cette liste est définie de façon à représenter 10 % de la charge des prestations du régime conventionnel Frais de santé du personnel cadre et assimilés défini aux annexes IV.2 et IV.3 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine

- Pour la survenance 2020, les postes de la garantie frais de santé pouvant faire l'objet d'un financement par les réserves sont listés en Annexe 5 «Montants à prélever sur les réserves du personnel non cadre et du personnel cadre et assimilé».

- Pour les survenances 2021 et postérieurs, la liste des postes retenus pour la garantie frais de santé pourra être modifiée par avenant à l'Annexe 5. A défaut, la dernière liste applicable est retenue.

- Au titre de la garantie maternité-paternité du régime de base conventionnel du personnel cadre et assimilé (RPO) : 100 % des prestations payées dans l'année, dans la limite des prestations maternité-paternité du régime conventionnel Prévoyance du personnel cadre et assimilés défini à l'annexe IV.2 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine; étant précisé que la limitation par rapport aux prestations conventionnelles définies à l'annexe IV.2 en vigueur ne s'applique qu'à compter du 10 avril 2020 ;

B

(Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu) - En outre, afin de compenser le déficit comptable constaté en 2018 et 2019 sur l'arrêt de travail non cadre du fait de l'impact des provisions, un système de lissage est mis en place. Ce système permet, s'il le souhaite, à chaque Assureur signataire ou adhérent à la présente Convention de bénéficier d'un prélèvement spécifique sur les réserves du personnel non cadre égal au déficit comptable, constaté dans les comptes au 31 décembre 2018, du régime conventionnel du personnel non cadre, au titre des risques prévoyance, pour la survenance 2018, dans la limite de 20 % des cotisations prévoyance 2018 du régime conventionnel du personnel non cadre.

Un prélèvement similaire pourra être mise en œuvre au titre de la survenance 2019 en fonction du déficit comptable constaté dans les comptes au 31 décembre 2019 des régimes conventionnels du personnel non cadre dans la limite de 10 % des cotisations prévoyance 2019 du régime conventionnel du personnel non cadre.

En contrepartie, à compter de 2020, le prélèvement annuel sur les réserves sera minoré, pendant 5 ans, à hauteur de 20 % de ces prélèvements exceptionnels majoré de produits financiers calculés en appliquant le taux défini au 3.5.3 ci-après pour chaque année avec capitalisation des intérêts⁽²⁾

(2) - Le prélèvement 2020 est minoré de 20 % des prélèvements exceptionnels $x (1 + \text{taux } 2019)$.

Le prélèvement 2021 est minoré de 20 % des prélèvements exceptionnel $x (1 + \text{taux } 2019) \times (1 + \text{taux } 2020)$ etc.

Avec $\text{taux } 2019 = x \%$ du taux l'actif général KLESIA prévoyance 2019 ($x \% = 70 \%$ si taux de l'actif général KLESIA prévoyance 2019 est $> 2 \% ; 85 \%$ sinon)

Et $\text{taux } 2020 = y\%$ du taux l'actif général KLESIA prévoyance 2020 ($y \% = 70 \%$ si taux de l'actif général KLESIA prévoyance 2020 est $> 2 \% ; 85 \%$ sinon).

Dans l'hypothèse où un assureur n'assurera plus de pharmacies d'officine dans les 5 ans, ou si le prélèvement d'une année est inférieur à 20 % des prélèvements exceptionnels, l'assureur remboursera la part du prélèvement exceptionnel qui ne peut pas être compensé par le prélèvement de l'année.

Un assureur signataire ou adhérent à la Convention qui a choisi de ne pas avoir recours à ce mécanisme de financement, ne pourra plus demander à en bénéficier par la suite.

Cette décision doit être formalisée dans un relevé de décision de la CSTP.

C

Les prestations santé payées par un Assureur, autre que KLESIA Prévoyance, pour les personnes en arrêt de travail indemnisées par KLESIA Prévoyance au titre d'un arrêt de travail antérieur au 31 décembre 2017 seront remboursées chaque année par KLESIA Prévoyance et imputées sur le compte de suivi des engagements existant au 31 décembre 2017. Les prestations prises en compte sont les prestations santé payées pendant la durée de l'arrêt de travail uniquement ;

D

(Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu) - Les montants à prélever chaque année sur les Réserves au titre du financement des aménagements de garanties (cf point A ci-dessus) et les montants visés au B et C ci-dessus sont définis sur la base des comptes réalisés par chaque Assureur en application de l'article 2 de la présente Convention et présentés à la CSTP.

Les prélèvements mentionnés aux A1 et A2 pourront être ajustés en 2021 en fonction des évolutions de garantie et du 100 % santé et pourront être ensuite ajustés chaque année par voie d'avenant à la présente Convention sur proposition de la CSTP en fonction des évolutions de couvertures et cotisations décidées par la CPPNI et de l'évolution de la sinistralité.

Il est précisé que les prestations à prendre en compte sont les prestations relatives aux régimes conventionnels définis par accord collectif par les Partenaires sociaux (annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la CCN) à compter de leur date entrée en vigueur, étant précisé qu'un délai minimum de 6 mois devra en toute hypothèse être prévu entre la date de signature de l'accord actant les modifications et la date d'entrée en vigueur pour permettre aux Assureurs d'adapter les prestations. Par dérogation ce délai n'est pas applicable pour les modifications liées à des mises en conformité réglementaires ou à la prise en charge des arrêts Covid-19.

En contrepartie, la CPPNI s'engage à communiquer les accords ou avenants révisant les garanties conventionnelles aux Assureurs signataires ou adhérents dans les 15 jours suivants la date de leur ouverture à la signature. À défaut, le délai de 6 mois prévu pour permettre aux Assureurs d'adapter les prestations sera prorogé du nombre de jours de retard. Pour le premier exercice, le délai de 6 mois s'applique à compter de la date de signature de la présente Convention 3.

Par exception à ce qui précède, pour le premier exercice, il est accordé aux Assureurs un délai jusqu'au 31 décembre 2020 pour mettre en conformité leurs prestations avec celles définies par les Partenaires sociaux dans les annexes IV.1, IV.2 et IV 3 de la CCN.

Les Assureurs sont libres de proposer des prestations supérieures aux prestations conventionnelles, ces prestations ne peuvent toutefois pas donner lieu à financement par les Réserves. De même, le fait pour un Assureur de ne pas appliquer les prestations conventionnelles avant la date d'extension par arrêté ministériel n'exclut par l'Assureur du bénéfice de la présente Convention, en revanche, l'Assureur ne pourra pas bénéficier d'un financement par les réserves des prestations qui ont été réduites par avenant conventionnel. Dans tous les cas les prestations prises en compte sont limitées aux prestations réellement payées (un assureur qui applique avec retard une amélioration de garanties ne peut bénéficier d'une prise en charge par les réserves des prestations reconstituées sur la base des garanties améliorées).

3.3.3

Financement des pertes techniques des comptes de suivi des engagements au 31 décembre 2017 et des changements réglementaires ou conventionnels à compter du 1^{er} janvier 2020

Comme défini à l'annexe 3, 100 % du solde débiteur cumulé du compte de suivi des engagements passé net des dotations/ reprises déjà effectuées sera prélevé sur les Réserves de la catégorie de personnel concernée dans la limite de son montant.

Par ailleurs, les parties pourront décider de financer par prélèvement sur les Réserves dans la limite de leur montant, les changements réglementaires ou conventionnels impliquant une augmentation de la charge de prestations. Ces prélèvements sur les Réserves seront présentés à la CSTP sur la base des comptes réalisés par les Assureurs en application de l'article 2 de la présente Convention

3.3.4

(Avenant n° 2, 4 juill. 2022, non étendu) Financement des arrêts de travail liés au COVID 19

Sont financées par les Réserves de la catégorie de personnel concernée :

- les indemnités complémentaires prévues par l'article 2 de l'accord collectif portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19 en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine du 10 avril 2020 ;*
- les indemnités complémentaires prévues par les articles 2.1 des accords collectifs portant mesures d'urgence pour*

faire face à l'épidémie de COVID-19 en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine :

- du 6 juillet 2020 et ses 2 avenants (avenant n° 1 du 15 décembre 2020 et avenant n° 2 du 13 janvier 2021) ;
- du 16 novembre 2021 ;

- en cas de prolongation des mesures exceptionnelles liés au COVID-19, les indemnités complémentaires qui pourraient être décidées par avenant à l'accord collectif national du 16 novembre 2021 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19.

En outre, un prélèvement exceptionnel est effectué pour neutraliser la surcharge de prestation incapacité constatée sur les arrêts de travail survenus au mois de mars 2020 uniquement (écart de charges survenance mars 2020 - survenance mars 2019 vu au 31 mars N + 1) ; cette charge n'étant pas déjà financée par ailleurs par les réserves.

Pour ce faire, les assureurs signataires ou adhérents à la Convention devront produire le fichier des prestations payés par catégorie de personnel (non cadre d'une part et cadres et assimilés d'autre part) pour les arrêts de travail concernés avec la date de survenance de l'arrêt, la date de début d'indemnisation et de fin d'indemnisation et le montant payé, en complément des données visées à l'annexe 2.

3.3.5

(Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu) - Financement des revalorisations postérieures au 31 décembre 2017 pour les sinistres antérieurs au 1^{er} janvier 2018

a - Périmètre des prestations concernées

Sont concernées les prestations arrêt de travail (incapacité et invalidité) et les rentes éducation en cours à la date d'effet de la revalorisation découlant de sinistres dont la date de survenance est antérieure au 1^{er} janvier 2018 et qui étaient assurés par KLESIA Prévoyance au 31 décembre 2017 dans le cadre du régime de prévoyance non cadres, d'une part et du régime de prévoyance cadres et assimilés, d'autre part, de la pharmacie d'officine.

S'agissant des rentes des assurés rattachés à des officines qui sont toujours adhérentes à KLESIA, KLESIA a l'obligation de payer les revalorisations en application de la convention d'assurance au même titre que les prestations de base.

En revanche, s'agissant des rentes des assurés rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à KLESIA, KLESIA a l'obligation de continuer le paiement des prestations au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation mais n'a pas l'obligation de prendre en charge le paiement des revalorisations postérieures à la date d'effet de la résiliation.

Toutefois, afin de simplifier le paiement des revalorisations de tous les sinistres de survenance antérieure au 1^{er} janvier 2018 dont la base est assurée par KLESIA, KLESIA prévoyance accepte de prendre en charge le paiement des revalorisations des sinistres de survenance antérieure au 1^{er} janvier 2018 des assurés rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à KLESIA en contrepartie d'un prélèvement sur réserves permettant de financer la charge de ces revalorisations selon les modalités indiquées d2) ci-après.

b - Taux de revalorisation

La première revalorisation de 1 % s'applique à effet du 1^{er} juillet 2022 pour les prestations en cours de services au 30 juin 2022 visées au a).

c - Organisme assureur responsable du paiement de la revalorisation pour les sinistres visés au a)

KLESIA Prévoyance revalorise les prestations entrant dans le périmètre visé au a).

d) Modalités de financement de la revalorisation des sinistres visées au a)

d1) S'agissant des rentes des assurés rattachés à des officines qui sont toujours adhérentes à KLESIA à la date d'effet de la revalorisation, les prestations de revalorisations et les provisions mathématiques liées sont intégrées aux prestations et provisions du compte des engagements passés décrit à l'annexe 3, le déficit éventuel de ce compte étant financé par les réserves en application de l'article 3.3.3.

d2) S'agissant des rentes des assurés rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à KLESIA à la date d'effet de la revalorisation, la charge de revalorisation est financée par un prélèvement sur réserves validé chaque année par la CPPNI.

Le montant à financer au titre de chaque année N pour la revalorisation de l'année N est la somme

- des prestations payées en N au titre de la revalorisation N pour les sinistres de survenance antérieure au 1^{er} janvier 2018 rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à Klésia à la date d'effet de la revalorisation de l'année N (en principe 1^{er} juillet N) ;

- des provisions mathématiques au 31 décembre N correspondant aux prestations de revalorisation N pour les sinistres de survenance antérieure au 1^{er} janvier 2018 rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à Klésia à la date d'effet de la revalorisation de l'année N (en principe 1^{er} juillet N) ; Ce montant est calculé avec les tables

et taux réglementaires en vigueur au 31 décembre N.

KLESIA doit fournir chaque année les montants ci-dessus pour les sinistres visés au a) rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à KLESIA à la date d'effet de la revalorisation, validé par le tiers de confiance, avec les informations suivantes ventilées par survenance et par catégorie de personnel :

i) nombre de rentes ayant bénéficié de la revalorisation;

ii) montant total de la revalorisation payé ;

iii) montant de la revalorisation payé (ou restant à payer) au titre de la dernière année N ;

iv) montant des provisions mathématiques de revalorisation de l'année N au 31 décembre NN ;

Le financement (montant iii + iv) est fait par prélèvements sur les réserves de la catégorie de personnel concernée dans la limite de leur montant et/ou par les produits financiers sur provisions du compte des engagements passés de la catégorie de personnel concernée.

Les prestations de revalorisations et les provisions mathématiques liées sont intégrées aux prestations et provisions mises au débit du compte des engagements passés. Le prélèvement sur réserves est mis au crédit du compte des engagements passés.

3.3.6

(Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu) - Sont financés par les réserves de la catégorie de personnel concernée jusqu'au 31 décembre 2024, les prestations HDS de l'action «Abondement des Anciens Salariés» octroyées en application d'une décision de la CPPNI de la branche des Officines de pharmacies à des bénéficiaires Anciens salariés qui ne seraient pas éligibles aux dispositifs du HDS de la branche.

Ces prestations sont versées selon les mêmes modalités que celles prévues par le règlement HDS pour l'action «Abondement des Anciens Salariés». À l'exclusion de la vérification du règlement, par leurs officines de rattachement, de la contribution HDS au cours de l'exercices précédent.

Les frais attachés au versement de ces prestations sont également financés par les réserves selon les dispositions applicables à cette action.

3.3.7

(Avenant n° 4, 28 avr. 2025, non étendu) - Sont financés par les réserves de la catégorie de personnel concernée pour l'année 2023, l'écart entre la cotisation hors taxes du RPO de l'année 5 et les cotisations hors taxes du RPO des années 1 à 4 pour chacun des anciens salariés retraités couverts par le régime, en fonction de l'ancienneté de leur adhésion et au prorata de leur durée de présence dans l'année 2023.

3.4

Compte de suivi des Réserves

KLESIA Prévoyance établit chaque année et remet à la CSTP avant le 30 juin N + 1, un compte de suivi des Réserves au 31 décembre N pour les Réserves des régimes non cadres d'une part et les Réserves des régimes cadres et assimilés d'autre part.

Par dérogation, le compte de suivi des Réserves au 31 décembre 2018 sera présenté avant le 30 septembre 2020.

Ce compte se présente comme suit pour les Réserves de chaque catégorie de personnel :

Au crédit :

- Le montant de la réserve constituée au 31 décembre N – 1 ;

- La part des produits financiers sur provisions et réserves allouée aux Réserves calculée selon les modalités visées ci-dessous (cf.3.5.3) ;

- 85 % du solde créditeur cumulé du Compte de suivi des engagements passés défini à l'annexe 3 net des dotations / reprises déjà effectuées ;

Au débit :

Dans la limite du montant des Réserves :

- 100 % du solde débiteur cumulé du Compte de suivi des engagements passés défini à l'annexe 3 net des dotations / reprises déjà effectuées ;

- (Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu) - Les prélèvements prévus au c et d du 3.3.1 (différence de risque et impayés 2018 suite à contentieux), au 3.3.2 (financement des améliorations de garanties), 3.3.3 (financement des pertes techniques et des changements réglementaires et conventionnels), 3.3.4 (financement des arrêts de travail liés au COVID 19) et 3.3.5 (financement des revalorisations postérieures au 31 décembre pour des sinistres antérieurs au 1^{er} janvier 2018).

3.5

Produits financiers sur provisions et Réserves

3.5.1

Produits financiers sur provisions et Réserves

À compter du 1^{er} janvier 2018, KLESIA Prévoyance calculera chaque année les Produits financiers sur provisions et Réserves, pour les régimes des non-cadres d'une part et les régimes des cadres et assimilés d'autre part, en appliquant au montant des Réserves au 1^{er} janvier et des provisions portées au crédit du compte de suivi des engagements passés, visé à l'annexe 3 (ci-après les Provisions d'ouverture) 100 % du taux de rendement de l'actif général de KLESIA Prévoyance de l'année.

(Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu) Pour le calcul des Produits financiers sur réserves, le montant des Réserves au 1^{er} janvier de l'exercice ne tient pas compte des prélèvements dus au titre de l'exercice N – 1 même si ces prélèvements n'ont pas été payés au 1^{er} janvier de l'exercice. En contrepartie, les prélèvements donnent lieu au versement de produits financiers comme indiqué au 3.5.4.

3.5.2

Intérêts techniques

Les intérêts techniques de l'année sont calculés en appliquant aux Provisions d'ouverture le taux technique réglementaire utilisé pour le calcul de ces mêmes provisions.

3.5.3

Produits financiers alloués aux réserves

Les produits financiers sur provisions et réserves sont alloués aux réserves (cf. 3.4)

Chaque année, un % de la différence entre les Produits financiers sur provisions et réserves visés au 3.5.1 et les Intérêts techniques visés au 3.5.2 alimentent les Réserves ; ce % est fixé à 70 % si le taux de rendement de l'actif général de KLESIA Prévoyance de l'année est supérieur à 2 % ; il est fixé à 85 % si le taux de rendement de l'actif général de KLESIA Prévoyance de l'année est inférieur ou égal à 2 %.

3.5.4

(Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu) - Produits financiers sur prélèvements

Lorsque les prélèvements sont payés après le 31 décembre de l'exercice au titre duquel ils sont dus, ils donnent lieu au paiement de produits financiers entre le 1^{er} janvier de l'année suivant celle au titre de laquelle ils sont dus et le 1^{er} jour du mois précédent le paiement effectif du prélèvement⁽¹⁾

⁽¹⁾ Exemple : les prélèvements au titre de l'exercice 2020 ont été payés en février 2022. Ils donnent donc lieu au paiement de produits financiers entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 janvier 2022.

Les produits financiers sur prélèvements sont calculés en appliquant au montant du prélèvement dû le taux de produits financiers défini à l'article 3.5.3 (70 % ou 85 % du taux de rendement de l'actif général de KLESIA Prévoyance).

Les produits financiers sont payés à l'organisme assureur auxquels ils sont dus en même temps que les prélèvements. Si le taux de rendement de l'actif général de KLESIA Prévoyance à appliquer n'est pas connu à la date du paiement, les produits financiers sont calculés avec le dernier taux connu et une régularisation est effectuée l'année suivante.

Par dérogation à ce qui précède :

- il n'est pas dû de produits financiers sur les prélèvements au titre des exercices 2018 et 2019 ;
- les produits financiers sur les prélèvements 2020 seront payés en même temps que les prélèvements 2021 avec ajustement lorsque le taux de produits financiers 2022 sera connu.

Article 4

Date d'effet - durée - terme

4.1

Durée

La présente Convention prend effet rétroactivement à compter du 1^{er} janvier 2018 pour une durée déterminée qui prendra fin le 31 décembre de l'année qui constatera l'extinction des Réserves selon les modalités visées à l'article 3.

4.2

Renouvellement

À défaut de dénonciation trois mois avant l'arrivée du terme susvisé, la Convention se renouvellera par tacite recon-

duction le 1^{er} janvier de chaque année étant précisé que toutes les dispositions relatives à l'utilisation des réserves ne s'appliqueront plus.

Elle pourra alors être résiliée chaque année à compter de son renouvellement, par chaque partie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'ensemble des autres parties, au moins deux (2) mois avant la date de renouvellement.

Article 5

Communication

Les parties conviennent de mettre en place, dans les 6 mois qui suivent la signature de la convention, un dispositif permettant d'informer l'ensemble des officines des dispositions de la présente convention concernant l'utilisation des Réserves.

Tout au long de l'exécution de la présente Convention, les parties s'interdisent i) de communiquer par tout support sur la présente Convention, en dehors des communications validées unanimement par les signataires de la présente convention, et ii) de porter atteinte à la réputation d'une autre partie, par ses propos ou ses écrits.

Plus généralement, les parties s'engagent les unes à l'égard des autres, à adopter une attitude de modération et de mesure tant dans les rapports entretenus en leur sein que dans le cadre de leur communication extérieure.

Article 6

Résolution des conflits

6.1

Contestation

Conformément aux dispositions de l'article 2254 du code civil, les parties conviennent que toute contestation relative à l'exécution, l'interprétation ou la validité de la présente convention doit être soulevée dans le délai de 12 mois à compter de l'évènement qui y donne naissance ou à compter de la date à laquelle la partie qui le conteste en a eu connaissance.

Les comptes de suivi technique visés à l'article 2 et les comptes de suivi des engagements passés visés à l'article 3 qui n'auront pas fait l'objet d'une contestation dans les 6 mois de leur présentation seront présumés acceptés.

6.2

Tentative de rapprochement

6.2.1

En cas de différend concernant l'exécution, l'interprétation ou la validité de la présente convention, les parties s'engagent à se réunir et à échanger de manière loyale et confidentielle pour tenter de trouver une solution amiable dans le respect de l'intérêt de l'ensemble des entreprises et des salariés de la Branche.

Elles s'obligent à consacrer un minimum de trois réunions et trente jours à la recherche d'une résolution amiable du différend et à conserver un caractère strictement confidentiel à leurs échanges.

6.3

Médiation et avis technique

À défaut de rapprochement dans le cadre des démarches visées à l'article 6.2 ci-dessus, en cas de différend concernant l'exécution, l'interprétation ou la validité de la présente convention, les parties conviennent préalablement à toute procédure judiciaire, de solliciter une médiation telle que prévue par le règlement de médiation de CEFAREA ARIAS France en vigueur à la date du différend, pour trancher toutes les contestations pouvant s'élever entre elles, pour quelle que cause que ce soit, dans un délai de trois mois.

Le Règlement de Médiation CEFAREA ARIAS France en vigueur à la date de signature de la présente Convention est ci-après annexé (annexe 4).

Concomitamment, les parties conviennent de solliciter un avis technique en organisant une expertise ad hoc.

À cette fin, les parties en désaccord désignent un expert indépendant choisi en raison de ses compétences au regard du sujet traité. Les deux premiers experts choisissent le troisième expert.

Le collège ainsi constitué peut se faire communiquer tout document, rencontrer tout sachant, aux fins de l'éclairer sur le différend soulevé entre les parties.

Il doit rendre son avis et le communiquer à l'ensemble des parties signataires de la convention. Cet avis pourra être utilisé par les parties pour les étapes suivantes. En revanche, il ne lie pas les parties.

Chaque partie garde à sa charge les frais de l'expert qu'il a désigné et supporte par moitié les frais d'expertise supplémentaires.

Cette phase de médiation et d'avis technique doit se dérouler dans un délai maximum de quatre mois.

6.4 Renonciation

Quelle que soit l'étape visée au présent article, les Parties conviennent expressément qu'elles entendent mener à son terme l'exécution de la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, au besoin en recourant à toute mesure d'exécution forcée.

Par conséquent :

- chaque partie s'interdit de demander la rupture anticipée de la convention avant extinction totale des réserves ;
- chaque partie s'interdit de solliciter la résiliation amiable de la convention, sans l'accord unanime de parties ;
- par dérogation à l'article 1224 du code civil, chaque partie s'interdit de solliciter la résolution judiciaire pour inexécution.

6.5 Droit applicable - attribution de compétence

La présente convention est régie par le droit français et tout différend entre les partis relatif à l'existence, la validité, l'interprétation, l'exécution des présentes sera soumis au Tribunal de Grande Instance de Paris sous réserve que soient respectées les modalités suivantes : le Tribunal de Grande Instance ne pourra pas être saisi tant que les différentes étapes prévues aux 6.1 à 6.2 n'ont pas été menées à leur terme.

Annexes techniques

Les annexes ci-après précisent les règles et modalités de mise en œuvre de la présente Convention et des engagements pris par les Parties. Elles font partie intégrante de la présente Convention.

Annexe 1 - Règles de présentation des comptes de résultats par survenance

Annexe 2 - Liste des données nécessaires à l'analyse des comptes par survenance

Annexe 3 - Règles de présentation des Comptes de suivi des engagements passés

Annexe 4 - Règlement de médiation de la CEFAREA ARIAS France en vigueur au 31 décembre 2019.

Annexe 1 : Règles de présentation des comptes de résultats par survenance

Mod. par Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CFE CGC ;

UNSA ;

FO.

Chaque Assureur signataire ou adhérent de la Convention présente à la Commission de Suivi Technique Paritaire avant le 30 juin de chaque année les comptes de résultats par survenance des contrats de prévoyance et de frais de soins de santé qu'il assure en application des dispositions conventionnelles (annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la CCN de la pharmacie d'officine) ;

Par dérogation

- les comptes 2018 sont fournis dans les 3 mois suivants les signatures de la convention, dans le format existant.
- pour les assureurs qui adhéreront à la convention en 2020 selon les dispositions prévues à l'article 1, les comptes des années 2018 et 2019 sont fournis dans les 3 mois suivant l'adhésion à la convention ; lorsqu'en application de ces dispositions dérogatoires l'assureur fournit ses comptes selon un calendrier non compatible avec la validation annuelle par la CPPNI telle que prévu à l'article 2, les prélèvements au titre des années 2018 et 2019 pour cet assureur seront validés en 2021, en même temps que la validation des prélèvements au titre de l'année 2020 de l'ensemble des assureurs⁽⁴⁾

⁴ Exemple 1 : un assureur adhère à la convention le 20 septembre 2020. Il fournit les comptes relatifs aux exercices 2018 et 2019 avant le 20 décembre 2020 (calendrier dérogatoire) et les comptes 2020 avant le 30 juin 2021. Les prélèvements au titre de l'année 2018 et 2019 pour cet assureur seront validés par la CPPNI en 2021, en même temps que la validation des prélèvements 2020 pour l'ensemble des assureurs.

Exemple 2 : un assureur adhère à la convention en 2021. Il n'est pas éligible aux prélèvements au titre des années 2018, 2019, 2020. Il fournit les comptes relatifs à l'exercice 2021 avant le 30 juin 2022 (calendrier habituel). Les prélèvements au titre de l'année 2021 pour cet assureur seront validés par la CPPNI en 2022, en même temps que la validation des prélèvements 2021 pour l'ensemble des assureurs.

Les parties se laissent la possibilité d'ajuster les tableaux de suivi en fonction de l'expérience.

Les documents sont établis conformément aux règles ci-après :

I- Les différents niveaux de comptes et périmètres de mutualisation

Chaque compte tient compte des résultats de l'ensemble des entreprises, salariés, anciens salariés et leurs ayants droit assurés par l'Assureur au titre d'un des régimes conventionnels prévus par l'annexe IV.1, IV.2 ou IV.3 de la convention collective de la pharmacie d'officine pour les engagements prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2018 (sauf pour Klesia remplissage de ces tableaux également pour les engagements passés).

Sont à distinguer pour chaque Assureur 4 périmètres de mutualisation :

a- le compte de résultats du régime de prévoyance du personnel non cadre

Ce compte consolide les résultats de l'ensemble des salariés non cadres couverts par le régime conventionnel prévoyance non cadres proposé par l'organisme assureur (régime de prévoyance conforme à l'annexe IV.1).

b- le compte de résultat du régime santé du personnel non cadres

Ce compte consolide les résultats de l'ensemble des salariés non cadres, anciens salariés non cadre et adhérents facultatifs au régime frais de santé non cadres couverts par le régime conventionnel santé non cadres proposé par l'organisme assureur (régime santé conforme à l'annexe IV.1) avec un détail par population et par niveau de couverture :

- Compte santé du régime de base des salariés non cadres;
- Compte santé des adhérents facultatifs au régime de base non cadres y compris anciens salariés ;
- Compte santé du régime de base non cadres (somme des 2 comptes précédents)
- Compte santé du régime supplémentaire des salariés non cadres ;
- Compte santé des adhérents facultatifs au régime supplémentaire non cadres y compris anciens salariés ;
- Compte santé du régime supplémentaire non cadres (somme des 2 comptes précédents)
- Compte santé non cadres (somme du compte santé du régime de base et du régime supplémentaire non cadres)

c- le compte de résultats du régime de prévoyance du personnel cadres et assimilés

Ce compte consolide les résultats de l'ensemble des salariés cadres et assimilés couverts par le régime conventionnel prévoyance cadres proposé par l'organisme assureur (régime de prévoyance conforme à l'annexe IV.2, RPO, RSF et RSF+) avec un détail par niveau de couverture :

- Compte prévoyance du régime de base cadres et assimilés (RPO) ;
- Compte prévoyance du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) ;
- Compte prévoyance cadres et assimilés (somme des 2 comptes précédents)

d- le compte de résultat du régime santé du personnel cadres et assimilés

Ce compte consolide les résultats de l'ensemble des salariés non cadres, anciens salariés non cadre et adhérents facultatifs couverts par le régime conventionnel santé cadres proposé par l'organisme assureur régime santé conforme à l'annexe IV.2 avec un détail par niveau de couverture et par population :

- Compte santé du régime de base des salariés cadres et assimilés ;
- Compte santé des adhérents facultatifs au régime de base des cadres et assimilés y compris anciens salariés ;
- Compte santé du régime de base cadres et assimilés (compte santé RPO = somme des 2 comptes précédents)
- Compte santé du régime supplémentaire des salariés cadres et assimilés ;
- Compte santé des adhérents facultatifs au régime supplémentaire cadres et assimilés y compris anciens salariés ;
- Compte santé du régime supplémentaire cadres et assimilés (compte santé RSF = somme des 2 comptes précédents)
- Compte santé cadres et assimilés (somme du compte santé RPO + compte santé RSF)

II- Présentation des comptes de résultats santé par survenance

Les comptes santé par survenance se présentent comme suit pour chaque régime/population/ niveau de couverture (soit 7 comptes non cadres et 7 comptes cadres selon découpage précisé au b et d du I ci-dessus)

Compte santé par survenance

COMPTE SANTE PAR SURVENANCE

Organisme assureur : _____

Population assurée : _____

Niveau de couverture : _____

	Année de survenance						
		< N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N
Cotisations acquises HT							
Chargements*							
Cotisations nettes = C							
Prestations versées à fin N <i>dont versées en N</i> <i>dont versées en N+1</i> <i>dont versées en N+2</i> <i>dont versées en N+3 et +</i>							
Forfait médecin traitant							
PPAP au 31/12/N							
Charges de prestations = P							
Résultat vu fin N = C – P							
P / C vu fin N							
PM maintien gratuit et exo au 31/12/N = PM							
(P + PM) / C vu fin N							

* Les chargements à indiquer sont les chargements de l'organisme

P/C inclus maintien gratuit 31/12/N

Organisme assureur : _____	Stock au 31/12/N-1 ⁵	Stock au 31/12/N
Population assurée : _____		
Niveau de couverture* (RPO ou RSF) : _____		
Nombre d'entreprise adhérentes		
Nombre d'assurés		
dont nombre d'assurés bénéficiant du régime Alsace Moselle		
dont nombre d'assurés en portabilité		
Dont nombre d'assurés multi-employeur*		
Age moyen calculé par différence de millésime		
Nombre de conjoints		
Nombre d'enfants		
Nombre d'assurés ayant consommé pour eux-mêmes ou ayants-droits		
Nombre d'assurés provisionnés au titre de l'exonération ou des maintiens gratuits		

- remplissage en fonction des informations disponibles

III- Présentation des comptes de résultats prévoyance par survenance

Les comptes prévoyance par survenance se présentent comme suit pour chaque régime/population/niveau de couverture (soit un compte non cadre et 3 comptes cadres comme indiqué au a et c du I ci-dessus)

Compte prévoyance par survenance**COMPTE PREVOYANCE PAR SURVENANCE**

Organisme assureur : _____

Population assurée : _____

Niveau de couverture : _____

	Décès						Incap/Inval/mater/pater						Total Prév					
	Année de survenance																	
	N-<4	N-4	N-3	N-2	N-1	N	N-<4	N-4	N-3	N-2	N-1	N	N-<4	N-4	N-3	N-2	N-1	N
Cotisation acquises																		
Chargements*																		
Cotisations nettes = C																		
Prestations versées à fin N <i>dont versées en N</i> <i>dont versées en N+1</i> <i>dont versées en N+2</i> <i>dont versées en N+3</i> <i>dont versées en N+4</i> <i>dont versées en N+5</i> <i>et +</i>																		
PPAP au 31/12/N																		
PM au 31/12/N																		
PSI au 31/12/N																		
Charges de prestations = P																		
Résultat vu fin N = C – P																		
P / C vu fin N																		
PM exo décès = PM																		
(P + PM) / C vu fin N																		

* Les chargements à indiquer sont les chargements de l'organisme

Organisme assureur :

Population assurée :

Niveau de couverture :

	Au 31 décembre N – 1	Au 31 décembre N
Nombre d'entreprises assurées		
Nombre de capitaux décès versés au 31 décembre		
Nombre de capitaux prédécès versés au 31 décembre		
Nombre de capitaux décès restant à verser au 31 décembre*		
Nombre de capitaux prédécès restant à verser au 31 décembre*		
Nombre de rentes d'éducation en cours au 31 décembre		

	Au 31 décembre N – 1	Au 31 décembre N
Nombre d'assurées en maternité avec IJ maternité en cours au 31 décembre		
Nombre d'IT en cours au 31 décembre		
Nombre d'IP1 en cours au 31 décembre		
Nombre d'IP2 en cours au 31 décembre		
Nombre d'IP3 en cours au 31 décembre		
*Si informations disponibles		

IV- Calcul des différences de risques

Les différences de risque sont mesurées notamment par

- i) la différence d'âge moyen
- ii) la différence de taux d'assurés bénéficiant du maintien de garantie au titre de la portabilité

(Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu) Compensation des différences de risque liées à l'âge:

S'il existe, pour un organisme signataire de la Convention, un écart positif de plus de 1 an entre l'âge moyen des assurés cadres (/ non cadres) de cet organisme et l'âge moyen de l'ensemble des assurés cadres (/ non cadres) assurés par l'ensemble des assureurs signataires de la Convention (âge moyen de la branche), l'assureur référencé concerné bénéficie d'un prélèvement sur réserve égale à :

- 3,0 % des cotisations prévoyance de la population concernée x écart d'âge
- 1,8 % des cotisations santé de la population concernée x écart d'âge

Compensation des différences de risque liés au taux de salariés bénéficiant de la portabilité :

S'il existe, pour un organisme signataire de la Convention, un écart positif de plus de 1 point entre le % des assurés cadres (/ non cadres) en portabilité ayant fait l'objet d'au moins un remboursement dans l'exercice concerné et le % des assurés en portabilité ayant fait l'objet au moins d'une prestation dans l'exercice concerné de l'ensemble des assureurs signataires de la Convention, l'assureur concerné bénéficie d'un prélèvement sur réserve égal aux cotisations prévoyance et santé de la catégorie de personnel concerné x l'écart de taux des assurés en portabilité de la catégorie de personnel concernée.

Annexe 2 : Liste des données nécessaires à l'analyse des comptes par survenance et contrôles à effectuer par le tiers de confiance

Mod. par Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant n° 4, 28 avr. 2024, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

UNSA ;

FO.

Dans les trois mois qui précèdent la présentation des comptes, chaque Assureur présente à la CSTP trois noms choisis sur la liste des commissaires aux comptes inscrits à l'Ordre, afin qu'elle désigne et notifie à chaque Assureur le nom retenu sur cette liste en qualité de tiers de confiance. Les honoraires du tiers de confiance sont pris en charge par chaque Assureur pour les travaux qui le concernent.

(Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu) Chaque Assureur s'engage à communiquer à la CSTP les données détaillées ci-après décrites aux points I et III. À cet effet, il peut recourir à l'intervention d'un tiers de confiance

Au moins 30 jours avant la présentation des comptes, chaque Assureur remet au tiers de confiance désigné, sur fichiers informatiques (fichier excel) :

- Les comptes et états de synthèse qui seront présentés à la CSTP,
- Accompagnés des informations ci-après décrites aux points I et III sur fichiers informatiques (fichier excel).

Le tiers de confiance a pour mission de valider la cohérence entre les documents communiqués à la CSTP (comptes visés à l'annexe 1 et états de synthèse visée à l'annexe 2, et annexe 3 concernant KLESIA Prévoyance) et les informations détaillées qui ne sont pas communiquées.

Au moins 15 jours avant la présentation des comptes, chaque Assureur transmet à la CSTP sur fichiers informatiques (fichier excel) les comptes et états de synthèses décrits aux points II et IV qui seront présentés, accompagnés d'une attestation du tiers de confiance.

Par dérogation, les données au 31 décembre 2018 sont fournies avant le 30 septembre 2020.

I- Données à fournir en santé au tiers de confiance et contrôle à effectuer

L'Assureur communique au Tiers de confiance notamment :

- Pour chaque régime (régime de base et régime supplémentaire) et pour chaque catégorie de personnel (cadres et assimilés d'une part et non cadres d'autre part) :

m Fichier des cotisations N par entreprise avec les informations suivantes (identifiant anonymisé par entreprise / collège / date comptable/ trimestre et exercice de survenance/ montant des cotisations)

m Fichier des cotisations N par individus pour les adhésions individuelles avec les informations suivantes (identifiant anonymisé par individu / régime / régime SS (régime général ou alsace moselle) / date comptable / exercice de survenance / montant des cotisations)

m Fichier des prestations par entreprise (avec un identifiant anonymisé par entreprise / régime / identifiant anonymisé assuré / identifiant anonymisé bénéficiaire / type de bénéficiaire / date de soins / date de paiement / famille d'acte / type d'acte / acte / frais réel / remboursement SS / remboursement du régime / autre remboursement)

m Fichier des prestations par individu pour les adhésions individuelles et adhérents facultatifs (avec le régime / identifiant anonymisé assuré / identifiant anonymisé bénéficiaire / type de bénéficiaire / date de soins/ date de paiement / famille d'acte / type d'acte / acte / frais réel / remboursement SS / remboursement du régime / autre remboursement)

m Fichier des personnes protégées en santé au 31 décembre N

m Fichier des provisions pour exonérations et maintiens gratuits avec les données suivantes :

- identifiant de l'assuré (anonymisé)
- catégorie de personnel
- date de survenance de l'arrêt
- type d'arrêt (IT/ IP2, IP2, IP3 ...)
- date de naissance
- montant de la provision au 31 décembre N

Le Tiers de confiance effectue notamment des contrôles suivants :

- cohérence entre les montants figurant dans les comptes et états de synthèse établis pour la CSTP avec les données détaillées ;

a) cohérence des cotisations par catégorie

b) cohérence des prestations par catégorie

c) cohérences des provisions

d) cohérence du nombre d'entreprises adhérentes

e) cohérence des effectifs assurés dont AM et portabilité, conjoints, enfants, âge moyen des assurés par catégorie

- nombre d'entreprises avec prestations santé mais sans cotisations santé pour les cadres / pour les non cadres

- nombre d'individus en adhésion individuelle avec prestations santé sans cotisations santé pour les cadres / pour les non cadres

- liste des individus bénéficiant d'un maintien gratuit en cohérence avec la liste N – 1 est les prestations payées au titre de l'arrêt de travail

- Pour KLESIA Prévoyance, bonne affectation des prestations et provisions entre le compte de suivi des engagements passés visé à l'annexe 3 et le compte par survenance pour les survenances 2018 et postérieures

En outre, le Tiers de confiance effectue des contrôles aléatoires pour vérifier que les prestations payées sont conformes aux garanties conventionnelles santé pour chaque catégorie de personnel.

II- États de synthèse à fournir en santé à la Commission de Suivi Technique Paritaire

- Copie des notices d'informations des régimes conventionnels assurés par l'organisme (pour l'exercice en cours)
- Pour chaque régime (régime de base et régime supplémentaire), pour chaque catégorie de personnel et chaque population assurée (salariés, les anciens salariés et les adhérents facultatifs) les tableaux donnant par survenance (limitée à 3 années), par famille d'actes et type de bénéficiaires (salariés couverts par le régime, conjoints, enfants) les montants suivants :

Organisme assureur : _____

Date d'arrêté comptable : _____

Exercice de survenance : _____

Population : _____

Nombre de bénéficiaire au 31/12/N : _____

	Nombre d'actes	Frais réel	BRSS	RSS	RC Base	RC Sup
o frais pharmaceutiques						
<input type="checkbox"/> médicaments remboursés à 65% par le RO	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> médicaments remboursés à 30% par le RO	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> médicaments remboursés à 15% par le RO	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> médicaments non remboursés	<input type="checkbox"/>					
o dispositifs médicaux,						
<input type="checkbox"/> prothèses auditives	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> petit appareillage	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> gros appareillage	<input type="checkbox"/>					
o dentaire						
<input type="checkbox"/> soins dentaires,	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> inlay onlay	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> prothèses dentaires 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> prothèses dentaires remboursées SS hors 100% santé	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> prothèses dentaires non remboursées SS	<input type="checkbox"/>					

Provision pour exonération et maintien gratuit

- Nombre de personnes provisionnées par arrêt de survenance de l'arrêt

- Montant des provisions par arrêt de survenance de l'arrêt

Organisme assureur : ____

Date d'arrêté comptable : ____

Population assurée : ____

Année de survenance de l'arrêt	Nombre d'assuré	Montant des provisions
$< N - 4$		
$N - 4$		
$N - 3$		
$N - 2$		
$N - 1$		
N		

(Avenant n° 4, 28 avr. 2025) États de synthèse à fournir en santé à la Commission de Suivi Technique Paritaire
Anciens salariés retraités

RPO Anciens salariés : Suivi des adhésions des retraités depuis 2018

Effectif par année d'adhésion

Retraités Non cadres	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Adhésions 2018	a1	a2	a3	a4	a5	a6	a7			
Adhésions 2019										
Adhésions 2020										
Adhésions 2021										
Adhésions 2022										
Adhésions 2023										
Adhésions 2024										
...										
...										
...										

NB : a1 = nombre d'adhésion de retraités non cadre au régime des anciens salariés en 2018,
a2 = nombre retraités non cadres ayant adhéré au régime des anciens salariés en 2018 et toujours présent au 31 décembre 2019
a3 = nombre retraités non cadres ayant adhéré au régime des anciens salariés en 2018 et toujours présent au 31 décembre 2020
...

Effectif par année d'adhésion

Retraités Cadres	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Adhésions 2018										
Adhésions 2019										
Adhésions 2020										
Adhésions 2021										
Adhésions 2022										
Adhésions 2023										
Adhésions 2024										
...										

Retraités Cadres	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
...										
...										

NB : a1 = nombre d'adhésion de retraités cadre au régime des anciens salariés en 2018,
a2 = nombre retraités cadres ayant adhéré au régime des anciens salariés en 2018 et toujours présents au 31 décembre 2019
a3 = nombre retraités ayant adhéré au régime des anciens salariés en 2018 et toujours présents au 31 décembre 2020
 ...

RPO anciens salariés : Suivi des effectifs retraités adhérents au régime des anciens salariés par tranche d'âge

Age *	Retraités Non cadre						
	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N - 2	Effectif présent au 31 décembre N - 2	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N - 1	Effectif présent au 31 décembre N - 1	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N	Effectif présent au 31 décembre N	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N + 1
Moins de 65 ans							
65 à 70							
70 à 75							
75 à 80							
80 à 85							
85 à 90							
90 à 95							
95 et plus							
Effectif total							
Age moyen							

* Age calculé par différence de Millésime

Retraités Non cadre		
Effectif moyen** N - 2	Effectif moyen** N - 1	Effectif moyen** N

** Moyenne des effectifs au 1^{er} janvier et au 3

Age *	Retraités cadre						
	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N - 2	Effectif présent au 31 décembre N - 2	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N - 1	Effectif présent au 31 décembre N - 1	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N	Effectif présent au 31 décembre N	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N + 1
Moins de 65 ans							
65 à 70							
70 à 75							
75 à 80							
80 à 85							
85 à 90							

Age *	Retraités cadre						
	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N – 2	Effectif présent au 31 décembre N – 2	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N – 1	Effectif présent au 31 décembre N – 1	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N	Effectif présent au 31 décembre N	Effectif présent au 1 ^{er} janvier N + 1
90 à 95							
95 et plus							
Effectif total							
Age moyen							
* Age calculé par différence de Millésime							

Retraités cadre		
Effectif moyen** N – 2	Effectif moyen** N – 1	Effectif moyen** N
** Moyenne des effectifs au 1 ^{er} janvier et au 3		

RPO anciens salariés - Retraités uniquement : Montant des prestations santé versées au 28 février suivant la survenance

Age à date de soins*	Survenance N – 2		
	Montant de prestations versées au 28 février N – 1		
	Retraités Non cadre	Retraités Cadres	Total Retraités
Moins de 65 ans			
65 à 70			
70 à 75			
75 à 80			
80 à 85			
85 à 90			
90 à 95			
95 et plus			
Total			
* Age calculé par différence de Millésime			

	Survenance N – 1		
	Montant de prestations versées au 28 février N		
	Retraités Non cadre	Retraités Cadres	Total Retraités
Moins de 65 ans			
65 à 70			
70 à 75			
75 à 80			

	<i>Survenance N – 1</i>		
	<i>Montant de prestations versées au 28 février N</i>		
	<i>Retraités Non cadre</i>	<i>Retraités Cadres</i>	<i>Total Retraités</i>
<i>80 à 85</i>			
<i>85 à 90</i>			
<i>90 à 95</i>			
<i>95 et plus</i>			
<i>Total</i>			

	<i>Survenance N</i>		
	<i>Montant de prestations versées au 28 février N + 1</i>		
	<i>Retraités Non cadre</i>	<i>Retraités Cadres</i>	<i>Total Retraités</i>
<i>Moins de 65 ans</i>			
<i>65 à 70</i>			
<i>70 à 75</i>			
<i>75 à 80</i>			
<i>80 à 85</i>			
<i>85 à 90</i>			
<i>90 à 95</i>			
<i>95 et plus</i>			
<i>Total</i>			

RPO anciens salaires : Prestations moyenne

<i>Age à date de soins*</i>	<i>Survenance N – 2</i>		
	<i>Montant de moyenne vues au 28 février N – 1</i>		
	<i>Retraités Non cadre</i>	<i>Retraités Cadres</i>	<i>Total Retraités</i>
<i>Moins de 65 ans</i>			
<i>65 à 70</i>			
<i>70 à 75</i>			
<i>75 à 80</i>			
<i>80 à 85</i>			
<i>85 à 90</i>			
<i>90 à 95</i>			
<i>95 et plus</i>			
<i>Prestations moyennes</i>			
<i>* Age calculé par différence de Millésime</i>			

	<i>Survenance N – 1</i>		
	<i>Montant de moyenne vues au 28 février N</i>		
	<i>Retraités Non cadre</i>	<i>Retraités Cadres</i>	<i>Total Retraités</i>
<i>Moins de 65 ans</i>			
<i>65 à 70</i>			
<i>70 à 75</i>			
<i>75 à 80</i>			
<i>80 à 85</i>			
<i>85 à 90</i>			
<i>90 à 95</i>			
<i>95 et plus</i>			
<i>Prestations moyennes</i>			

	<i>Survenance N</i>		
	<i>Montant de moyenne vues au 28 février N + 1</i>		
	<i>Retraités Non cadre</i>	<i>Retraités Cadres</i>	<i>Total Retraités</i>
<i>Moins de 65 ans</i>			
<i>65 à 70</i>			
<i>70 à 75</i>			
<i>75 à 80</i>			
<i>80 à 85</i>			
<i>85 à 90</i>			
<i>90 à 95</i>			
<i>95 et plus</i>			
<i>Prestations moyennes</i>			

RPO anciens salariés - Retraités uniquement : Montant des cotisations encaissées au 28 février suivant la survenance

<i>Age à date de soins*</i>	<i>Survenance N – 2</i>		
	<i>Montant des cotisations encaissées TTC au 28 février N – 1</i>		
	<i>Retraités Non cadre</i>	<i>Retraités Cadres</i>	<i>Total Retraités</i>
<i>Moins de 65 ans</i>			
<i>65 à 70</i>			
<i>70 à 75</i>			
<i>75 à 80</i>			
<i>80 à 85</i>			
<i>85 à 90</i>			
<i>90 à 95</i>			

<i>Age à date de soins*</i>	<i>Survenance N – 2</i>		
	<i>Montant des cotisations encaissées TTC au 28 février N – 1</i>		
	<i>Retraités Non cadre</i>	<i>Retraités Cadres</i>	<i>Total Retraités</i>
<i>95 et plus</i>			
<i>Total</i>			
<i>* Age calculé par différence de Millésime</i>			

	<i>Survenance N – 1</i>		
	<i>Montant des cotisations encaissées TTC au 28 février N</i>		
	<i>Retraités Non cadre</i>	<i>Retraités Cadres</i>	<i>Total Retraités</i>
<i>Moins de 65 ans</i>			
<i>65 à 70</i>			
<i>70 à 75</i>			
<i>75 à 80</i>			
<i>80 à 85</i>			
<i>85 à 90</i>			
<i>90 à 95</i>			
<i>95 et plus</i>			
<i>Total</i>			

	<i>Survenance N</i>		
	<i>Montant des cotisations encaissées TTC au 28 février N + 1</i>		
	<i>Retraités Non cadre</i>	<i>Retraités Cadres</i>	<i>Total Retraités</i>
<i>Moins de 65 ans</i>			
<i>65 à 70</i>			
<i>70 à 75</i>			
<i>75 à 80</i>			
<i>80 à 85</i>			
<i>85 à 90</i>			
<i>90 à 95</i>			
<i>95 et plus</i>			
<i>Total</i>			

RPO anciens salariés : cotisations moyenne

Age à date de soins*	Survenance N – 2		
	Cotisations moyennes TTC vues au 28 février N – 1		
	Retraités Non cadre	Retraités Cadres	Total Retraités
Moins de 65 ans			
65 à 70			
70 à 75			
75 à 80			
80 à 85			
85 à 90			
90 à 95			
95 et plus			
Cotisations moyenne			
* Age calculé par différence de Millésime			

	Survenance N – 1		
	Cotisations moyennes TTC vues au 28 février N		
	Retraités Non cadre	Retraités Cadres	Total Retraités
Moins de 65 ans			
65 à 70			
70 à 75			
75 à 80			
80 à 85			
85 à 90			
90 à 95			
95 et plus			
Cotisations moyenne			

	Survenance N		
	Cotisations moyennes TTC vues au 28 février N + 1		
	Retraités Non cadre	Retraités Cadres	Total Retraités
Moins de 65 ans			
65 à 70			
70 à 75			
75 à 80			
80 à 85			
85 à 90			
90 à 95			

	Survenance N		
	Cotisations moyennes TTC vues au 28 février N + 1		
	Retraités Non cadre	Retraités Cadres	Total Retraités
95 et plus			
Cotisations moyenne			

III- Données à fournir en prévoyance au tiers de confiance et contrôles à effectuer

- Pour chaque régime (régime de base et régime supplémentaire) et pour chaque catégorie de personnel (non cadre / cadres et assimilé) :

m Fichier des cotisations N par entreprise avec les informations suivantes (identifiant anonymisé par entreprise / collège / risque / date comptable / trimestre et exercice de survénance / montant des cotisations)

m Fichier des prestations N par entreprise (avec un identifiant anonymisé par entreprise)

- Pour chaque régime (régime de base et régime supplémentaire pour chaque catégorie de personnel) sur support informatique le fichier des prestations et provisions prévoyance

m Fichier des capitaux décès payée dans l'exercice ou à payer avec les informations suivantes

- identifiant de l'assuré (anonymisé)
- catégorie de personnel
- type d'assuré (salarié / conjoint)
- date de survénance du décès
- date de survénance de l'arrêt (si décès d'un salarié en arrêt de travail)
- date de naissance de l'assuré décédé
- montant du capital décès
- date de paiement du capital

m Fichier des provisions rentes éducation

- identifiant de l'assuré (anonymisé)
- catégorie de personnel
- identifiant du bénéficiaire (anonymisé)
- date de survénance du décès
- date de survénance de l'arrêt (si décès d'un salarié en arrêt de travail)
- situation de famille
- date de naissance du bénéficiaire (à compter des décès assurés 2018)
- montant annuel de la rente
- montant des prestations payées dans l'exercice
- date de fin de la dernière période payée
- PM au 31 décembre N
- PSAP au 31 décembre N

m Fichier des provisions arrêts de travail

- identifiant de l'assuré (anonymisé)
- catégorie de personnel
- date de naissance de l'assuré
- date de survénance de l'arrêt
- type de prestation (IJ / IP / AT / MP)
- base de prestation retenue
- date de début de prestations payées
- date de fin de prestations payées
- montant des prestations payées pour la période
- PM au 31 décembre N

- PSAP au 31 décembre N
- PM exo au 31 décembre N

Pour définir les arrêts plus ou moins de trois mois, la durée d'un arrêt de travail est calculée comme suit à chaque date d'inventaire (31 décembre N) :

- pour les arrêts n'ayant donné lieu à aucun paiement au titre du 4^{ème} trimestre N : durée = date de fin de la dernière période indemnisée – date de survenance
- pour les arrêts ayant donné à un paiement au titre du 4^{ème} trimestre N : durée = 31 décembre N – date de survenance

Cette méthode doit être harmonisée entre chaque assureur et pourra être revue en fonction de l'expérience.

Le Tiers de confiance effectue notamment des contrôles suivants :

- Contrôle de cohérence entre les montants figurant dans les comptes et les états de synthèse établis pour la CSTP et les données détaillées ;

- a) cohérence des cotisations par catégorie de personnel et de la ventilation par risque
- b) cohérence des prestations par catégorie de personnel
- c) cohérences des provisions
- d) cohérence du nombre d'entreprises adhérentes

- nombre d'entreprises avec prestations prévoyance mais sans cotisations prévoyance pour les cadres / pour les non cadres et montant des prestations liés

- conformité du fichier des arrêts provisionnés avec les règles de sélection des arrêts à provisionner ;

- conformité du calcul des provisions avec les normes réglementaires.

- Pour KLESIA Prévoyance, bonne affectation des prestations et provisions entre le compte de suivi des engagements passés et le compte par survenance pour les survenances 2018 et postérieures

En outre, le Tiers de confiance effectue des contrôles aléatoires pour vérifier

- i) que les prestations payées sont conformes aux garanties conventionnelles prévoyance pour chaque catégorie de personnel,
- ii) que les bases de prestations retenues pour le calcul des provisions sont cohérentes avec les prestations payées ;

IV- États de synthèse à fournir en prévoyance à la Commission de Suivi Technique Paritaire

- Copie des notices d'informations des régimes conventionnels assurés par l'organisme (pour l'exercice en cours)
- Tableaux par risque

Décès :

- Nombre de décès d'assurés réglés par année de survenance et année comptable (par catégorie de personnel) et montant des capitaux versés

Organisme assureur : ____

Date d'arrêté comptable : ____

Population assurée : ____

Nombre de décès d'assuré réglés par exercice de survenance et exercice comptable						
Exercice comptable	<N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N
<N-4						
N-4						
N-3						
N-2						
N-1						
N						
Total à fin N						

Nombre de décès des ayants droits réglés par exercice de survenance et exercice comptable						
Exercice comptable	<N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N
<N-4						
N-4						
N-3						
N-2						
N-1						
N						
Total à fin N						

- Répartition des capitaux par situation de famille

Organisme assureur : ____

Date d'arrêté comptable : ____

Population assurée : ____

Nombre de décès réglés par situation de famille

	Nombre d'enfants à charge					
	0	1	2	3 et +	Total	%
Célibataire, veuf, divorcé						
Marié						

	Nombre d'enfants à charge					
Total						
%						100 %

- Répartition des frais d'obsèques par type assuré / conjoint / enfant

Organisme assureur : ____

Date d'arrêté comptable : ____

Population assurée : ____

	Nombre de frais d'obsèques par catégorie et année de survenance	
	N	%
Assurés		
Conjoints		
Enfants		
Total		100 %

Incapacité - invalidité

- Répartition des arrêts / montant payé par durée moyenne d'arrêt

Organisme assureur : ____

Date d'arrêté comptable : ____

Population assurée : ____

	Nombre d'arrêts par survenance		Durée moyenne indemnisée	
	N - I	N	N - I	N
moins de 7 jours				
entre 7 jours et moins de 30 jours				
entre 1 mois et 3 mois				
entre 3 mois et 6 mois				
6 mois et plus				

Pour les arrêts non cadres de moins de 3 mois :

- Triangle des nombre de dossiers réglés par mois - année comptable et mois année de règlement

- Triangle des montants réglés par mois - année comptable et mois année de règlement

- Nombre d'arrêts provisionnés et montant des par année de survenance en distinguant les provisions IT, IP en attente, IP1, IP2, IP3

Organisme assureur : ____

Date d'arrêté comptable : ____

Population assurée : Non cadres

Arrêt de moins de 3 mois - nombre d'arrêt indemnisés

Arrêt de moins de 3 mois - nombre d'arrêt indemnisés

		...	année N-1												année N											
		...	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12
	...																									
année N-1	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
année N	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
Total fin N																										

Arrêt de moins de 3 mois - montant des prestations payées

Arrêt de moins de 3 mois - montant des prestations payées

		exercice - mensualités de prestations payées																								
		...	année N-1												année N											
		...	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12
année N-1	...																									
	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
année N	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
	Total payé fin N																									
Provision fin N																										
Total charge																										

Pour les arrêts de plus de 3 mois non cadre et les arrêts cadres :

- Nombre d'arrêts indemnisés par trimestre et année comptable et année de survenance et montant des prestations payées par année comptable de survenance

Organisme assureur : ____

Date d'arrêt comptable : ____

Population assurée : ____

Organisme assureur : ____

Date d'arrêt comptable : ____

Population assurée : ____

	Nombre d'arrêts réglés par années de survenance et année comptable					
Exercice comptable	< N- 4	N- 4	N- 3	N- 2	N- 1	N
< N-4						
N-4						
N-3						
N-2						
N-1						
N						
Total payé à fin N						
PSAP fin N						

- Triangle des nombre de dossiers et montants réglés par mois - année comptable et mois année de règlement

Nombre d'arrêt maternité - paternité indemnisés

Nombre d'arrêt maternité - paternité indemnisés																										
		...	année N-1												année N											
		...	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12
année N-1	...																									
	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
année N	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
	Total fin N																									
Nb dossiers provisionnés																										

Montant payé au titre des arrêts maternité - paternité																										
		...	année N-1												année N											
		...	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12	m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12
année N-1	...																									
	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
année N	m1																									
	m2																									
	m3																									
	m4																									
	m5																									
	m6																									
	m7																									
	m8																									
	m9																									
	m10																									
	m11																									
	m12																									
	Total payé fin N																									
Provision fin N																										
Total charge																										

Annexe 3 : Règles de présentation des Comptes de suivi des engagements passés et données nécessaires à l'analyse des comptes de suivis des engagements passés

Mod. par Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CFE CGC ;

UNSA ;

FO.

KLESIA prévoyance s'engage à présenter chaque année à la Commission de Suivi Technique Paritaire avant le 30 juin de chaque année, et pour la première fois dans les trois mois qui suivent la signature de la présente convention, les Comptes de suivi des engagements passés (sinistres prévoyance et santé de survenance antérieurs au 1^{er} janvier 2018 des salariés des entreprises qui étaient assurées par KLESIA Prévoyance dans le cadre des régimes conventionnels, à adhésion collective et individuelle, de prévoyance et de santé, cadres ou non cadres) accompagné du rapport du tiers de confiance visé à l'annexe 2 précisant le résultat des contrôles effectués sur le compte des engagements passés.

Par dérogation, les comptes de suivi des engagements passés au 31 décembre 2018 et les données nécessaires à l'analyse des comptes au 31 décembre 2018 sont fournis avant le 30 septembre 2020.

Ces Comptes concernent les engagements suivants (ci-après Engagements passés) :

- Paiement des prestations décès (rentes et capitaux décès) pour les décès de survenances antérieures au 1^{er} janvier 2018 ou décès suite à un arrêt de travail de survenances antérieures au 1^{er} janvier 2018 et paiement des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail, de maternité ou de paternité et des rentes d'invalidité pour les arrêts de travail de survenances antérieures au 1^{er} janvier 2018 en application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

- Maintien des garanties décès pour les salariés en arrêt de travail au 31 décembre 2017 en application de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

- Exonérations et maintiens gratuits prévus par les annexes IV 1 et IV 2 de la convention collective de la pharmacie d'officine en vigueur au 31 décembre 2017, et notamment exonération et maintiens gratuits des garanties frais de santé ;

- Paiement des prestations de frais de soins santé dont la date de soin est antérieures au 1^{er} janvier 2018.

Les Comptes de suivi des Engagements passés sont établis chaque année comme suit par KLESIA Prévoyance pour chaque catégorie de personnel et chaque risque :

Pour le personnel cadre et assimilé (régimes définis à l'article IV.2 et IV.3 de la convention collective)

- Décès cadres et assimilés

- Arrêt de travail cadres et assimilés

- Santé cadres et assimilés

Pour le personnel non cadre (régimes définis à l'article IV.1 et IV.3 de la convention collective)

- Décès non cadres

- Arrêt de travail non cadres

- Santé non cadres

Soit 6 sous-comptes de suivi des Engagements passés avec pour chacun de ces six sous-comptes les éléments suivants :

(Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu) Au crédit :

- Provisions techniques constituées au 31 décembre N – 1 (avec détail par type de provisions selon le compte : PM rente éducation, PM exonération décès, PM exonération santé, PM maintien gratuit, PM IT, PM maternité / paternité , PM invalidé en attente, PM invalidité) ;

- PSAP au 31 décembre N – 1 ;

- Intérêts techniques tel que définis à l'article 5 ;

- Prélèvement sur Réserves pour financer les changements réglementaires éventuelles à compter du 1^{er} janvier 2020 comme indiqué à l'article 3.3.

- Prélèvement sur Réserves pour financer l'engagement de revalorisation de l'année des sinistres de survenance antérieures à 2018 rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à KLESIA à la date d'effet de la revalorisation comme indiqué à l'article 3.3.5

(Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu) Au débit :

- Provisions techniques à constituer au 31 décembre N (avec détail par type de provisions selon le compte : PM

rente éducation, PM exonération décès, PM exonération santé, PM maintien gratuit, PM IT, PM maternité / paternité, PM invalidité en attente, PM invalidité) ;

- PSAP au 31 décembre N ;

- Prestations versées dans l'exercice au titre des engagements passés ;

- Prestations remboursées par KLESIA Prévoyance à un autre Assureur en application du C) de l'article 3.3.2 ;

Provisions pour frais de gestion constituées au 31 décembre N

Affectation des résultats santé et prévoyance non cadres

Le solde prévoyance non cadres est égal à la somme du résultat du compte décès non cadres et du compte arrêt de travail non cadres (incapacité, invalidité, maternité, paternité).

Le solde santé non cadres est égal au résultat du compte santé non cadres.

Le solde non cadres est égal à la somme algébrique du solde prévoyance non cadre et du solde santé non cadre.

Si la somme algébrique (tenant compte du boni de 24,5 M€ constaté sur 2018) des soldes non cadres depuis le 1^{er} janvier 2018 est négative, 100 % du solde débiteur cumulé net des dotations/ reprises effectuées depuis le 1^{er} janvier 2018 est apuré par prélèvement sur la Réserve non cadre, dans la limite de son montant.

Si la somme algébrique des soldes non cadres est positive, 85 % du solde créditeur cumulé net des dotations/ reprises effectuées depuis le 1^{er} janvier 2018 est affecté à la Réserves non cadres à titre de participation aux excédents.

Affectation des résultats santé et prévoyance cadres et assimilés

Le solde prévoyance cadres et assimilés est égal à la somme du résultat du compte décès cadres et assimilés et du compte arrêt de travail cadres et assimilés (incapacité, invalidité, maternité, paternité).

Le solde santé cadres et assimilés est égal au résultat du compte santé cadres et assimilés.

Le solde cadres et assimilés est égal à la somme algébrique du solde prévoyance cadres et assimilés et du solde santé cadres et assimilés

Si la somme algébrique (tenant compte du boni de 6,6 M€ constaté sur 2018) des soldes cadres et assimilés depuis le 1^{er} janvier 2018 est négative, 100 % du solde débiteur cumulé net des dotations/ reprises effectuées depuis le 1^{er} janvier 2018 est apuré par prélèvement sur la Réserve cadre dans la limite de son montant.

Si la somme algébrique des soldes cadres et assimilés est positive, 85 % du solde créditeur cumulé net des dotations/reprises effectuées depuis le 1^{er} janvier 2018 est affecté à la Réserve cadres et assimilés à titre de participation aux excédents.

En complément des Comptes de suivi des engagements passés, KLESIA Prévoyance fournit chaque année :

- un tableau de synthèse du nombre d'assurés et bénéficiaires concernés ;

Effectifs concernés	Régime prévoyance cadre	Régime santé cadre	Régime prévoyance non cadre	Régime santé non cadre
Nombre de rente décès				
Nombre d'assurés en incapacité				
Nombre d'assurés en invalidité				
Nombre d'assurés en maternité / paternité				
Nombre d'assurés bénéficiant d'un maintien des garanties décès				
Nombre d'assurés bénéficiant d'un maintien gratuit frais de santé				

Principe de répartition des boni/mali cumulés en fonction des dotations/ reprises déjà effectuées.

Le tableau ci-dessous donne un exemple de répartition des boni mail

L'année 1 reprend le boni de 31 M€ constaté en 2018.

Exemple : alternance de gains et de perte avec boni cumulé à terme

	an 1	an 2	an 3	an 4	an 5	an 6	an 7	an 8
Résultat annuel	31	- 15	- 12	- 15	8	5	1	- 1
Résultat cumulé	31	16	4	- 11	- 3	2	3	2

Affectation de l'année

Réserves	26,4	-12,8	-10,2	-14,4	8,0	4,7	0,9	-0,9
assureur	4,7	-2,3	-1,8	-0,6	0,0	0,3	0,2	-0,2

Affectation cumulée

réserves	26,4	13,6	3,4	-11,0	-3,0	1,7	2,6	1,7
assureur	4,7	2,4	0,6	0,0	0,0	0,3	0,5	0,3

Répartition en % du résultat cumulé

réserves	85 %	85 %	85 %	100 %	100 %	85 %	85 %	85 %
assureur	15 %	15 %	15 %	0 %	0 %	15 %	15 %	15 %

Annexe 4 : Règlement de médiation de la CEFAREA ARIAS France en vigueur au 31 décembre 2019

Règlement de médiation

1- Préambule

1.1

La médiation

La médiation est un processus structuré de résolution des litiges par lequel un tiers indépendant, impartial et spécialement formé aide les parties, par différentes méthodes, à résoudre un litige.

Ce processus est régi par le code de procédure civile qui prévoit également que le médiateur peut être une personne morale qui désigne alors la personne physique chargée d'accomplir la mission.

1.2

CEFAREA-ARIAS France

CEFAREA-ARIAS France est une de ces personnes morales, et possède les moyens matériels et humains permettant aux tiers qui le souhaitent de mettre en œuvre des médiations, conciliations et arbitrages dans les domaines qui sont les siens.

Créé il y a plus de 20 ans par les professionnels de l'assurance de la réassurance, à l'origine pour gérer leurs arbitrages, CEFAREA-ARIAS France intervient aujourd'hui dans tout ce qui a trait aux «monde assurantiel», assurance, réassurance, mutualité, prévoyance, gestion de patrimoine, intermédiation et distribution, sinistres, etc.

Tous ses médiateurs comme ses arbitres sont, en plus de leur formation spécifique, des professionnels ou des spécialistes avertis dans un au moins de ces domaines.

2- Règlement de médiation

C'est dans ce contexte qu'a été établi le présent Règlement («le Règlement») qui a pour vocation de s'appliquer à toutes les médiations qui sont confiées au Centre.

2.1

Mise en œuvre

La médiation peut être mise en œuvre :

- *Sur décision d'un juge, après avoir recueilli l'accord des parties.*
- *En vertu d'une clause contractuelle prévoyant en cas de litige le recours à ce processus avant toute saisine d'une juridiction, qu'elle soit publique ou arbitrale.*
- *Par décision commune des parties.*
- *Par une demande unilatérale d'une partie qui souhaiterait recourir à ce processus, demande adressée au Centre qui interrogera alors l'autre (les autres) partie(s) pour recueillir son accord.*
- *Enfin, lorsque le centre est saisi d'une demande d'arbitrage et que la commission d'arbitrage, au vu du litige, estime qu'une médiation peut être tentée. (Les parties restent totalement libres d'accepter ou de refuser de suivre cet avis).*

2.2

Demande de médiation et suites

Sauf accord faisant suite à la proposition de la commission d'arbitrage, le centre est saisi conjointement par les parties ou par l'une seule, avec mention de :

- Son état civil, sa raison sociale, son adresse.*
- L'objet sommaire et l'importance approximative du litige.*
- Le cas échéant la position de la partie saisissante ou de chacune des parties si elle est connue.*
- Copie de la clause de médiation si elle existe.*

À réception et sauf demande conjointe, le Centre informe l'autre (les autres) partie(s) de la mise en œuvre de la médiation.

Cette ou ces partie(s) dispose(nt) alors d'un délai de 15 jours pour faire connaître leur position.

2.3

Réponse à la demande

En présence d'une clause de médiation :

Dès réception des observations de l'autre ou des autres partie(s) ou, à défaut de réponse, à l'expiration du délai prévu ci-dessus, le centre saisit sa commission de médiation en vue de la désignation d'un médiateur.

Ce dernier, une fois désigné et la provision versée, conviendra d'une réunion avec les parties et en cas de refus de l'une d'elles de se présenter dressera un procès-verbal de refus de médiation.

En l'absence de clause de médiation :

En cas d'accord des parties, le Centre saisit sa Commission Médiation en vue de la désignation d'un médiateur et celui-ci procédera à sa mission conformément aux articles ci-après.

En cas de refus explicite de la proposition de médiation comme en l'absence de réponse après expiration du délai ci-dessus, le Centre en informera la partie qui l'a saisi et le dossier sera clos. Pour mémoire, les frais administratifs resteront alors acquis.

2.4

Frais et honoraires de médiation

Les frais et honoraires de médiation sont fixés selon le cas, en fonction du barème forfaitaire ou proportionnel annexé au Règlement en vigueur au moment de la saisine du Centre.

Les parties conviennent entre elles de la répartition du coût de la médiation. À défaut, ces frais seront supportés par chacune des parties au prorata.

Lorsqu'aucune médiation n'est intervenue, ces frais seront supportés par la partie requérante.

Le Centre sollicite le versement d'une provision supportée par moitié par partie ou par groupe de parties et à défaut avancée par le demandeur à charge pour lui d'évoquer cette question de partage à l'occasion de la médiation, s'il le souhaite.

À défaut de paiement préalable de la provision précitée, la médiation ne sera pas initiée ou prendra fin.

Au fur et à mesure de l'avancement de la médiation, le médiateur tiendra le Centre informé du temps passé et raisonnablement prévisible et le Centre appellera alors toute provision complémentaire s'il y a lieu.

Le paiement préalable de la provision conditionne le début de la médiation et le cas échéant sa poursuite.

2.5

Désignation du médiateur

Dès qu'elle est saisie, la Commission Médiation désigne un médiateur choisi en fonction de la nature du litige.

Les parties peuvent proposer à la commission un médiateur préalablement choisi par elles d'un commun accord, et ce pourvu qu'il figure sur la liste des médiateurs agréés par le Centre.

Si les parties le souhaitent ou si la Commission l'estime utile, une co-médiation peut le cas échéant être mise en œuvre

Le médiateur désigné par la Commission signe une déclaration d'indépendance.

Si au cours du processus de médiation, il constate l'existence d'un élément de nature à mettre en cause celle-ci ou son impartialité, il en informe aussitôt les parties et ne poursuit sa mission que sur accord de celles-ci.

Dans le cas contraire, il suspend la médiation et la commission procède alors à son remplacement.

Sauf refus de l'une/et ou l'autre de parties, le Centre peut adjoindre au médiateur désigné un médiateur observateur. Celui-ci, dénué de tout pouvoir et non rémunéré est une personne ayant suivi l'ensemble de sa formation et la finalisant par des expériences pratiques. Il est tenu des mêmes obligations que l'ensemble des médiateurs.

2.6

Rôle du médiateur et principes essentiels de la médiation

Le médiateur a pour mission d'aider les parties à rechercher, dans la loyauté et le souci du respect des intérêts de chacune d'elles, une solution au litige qui les sépare. Il est maître de l'exécution de sa mission.

Le médiateur décide en concertation avec les parties le lieu (ou les lieux) où se tiendront les réunions, la (ou les) langue(s) utilisée(s) et plus généralement la manière dont s'organisera la médiation.

S'il l'estime utile, il peut entendre séparément les parties, et même souhaiter des entretiens séparés si elles en sont d'accord.

Les parties ou une fraction d'entre elles peuvent elles-mêmes, chacune de leur côté, demander, confidentiellement ou non, au médiateur de les entendre séparément.

Cette liberté d'établissement et de poursuite du dialogue est le corollaire de l'absence de tout pouvoir contraignant du médiateur et de la plus stricte confidentialité concernant les opérations de médiation. Aucune constatation, déclaration ou proposition effectuée devant le médiateur, par les parties ou par lui ne peut en aucun cas être utilisée ultérieurement par quiconque. Il en va de même de tout document et plus généralement de toute information échangés lors de la médiation.

2.7

Fin de la médiation

- La médiation prend fin par une déclaration écrite conjointe des parties, faite à tout moment, indiquant qu'elles ne souhaitent pas poursuivre la médiation,

- ou par une déclaration écrite d'une seule des parties indiquant qu'elle entend mettre un terme à la médiation,

- ou lorsque le délai éventuellement fixé est expiré et n'est pas prorogé par les parties,

- par la décision du médiateur de mettre fin à la médiation.

- et enfin bien entendu, comme c'est le plus souvent le cas, par un accord entre les parties. Cet accord constitue entre elles une transaction, qui peut-être homologuée par un juge sauf convention de confidentialité.

2.8

Interprétation du règlement et/ou résolution des litiges

Toute interprétation du présent règlement ou tout litige survenant à l'occasion d'une médiation seront du seul ressort de la Commission Médiation du Centre.

2.9

Médiation judiciaire

Toute médiation judiciaire confiée au Centre sera gérée en vertu du présent règlement, sous la réserve des dispositions procédurales propres à ces médiations, qu'elles résultent du Code de Procédure Civile ou de la décision du juge auxquelles lui seront alors substituées dans leur limite.

Annexe 5 : Montants à prélever sur les réserves du personnel non cadre et du personnel cadre et assimilé

Mod. par Avenant n° 1, 4 juill. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2018⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

En application de l'article 3.3.2 A, les postes ci-dessous pourront faire l'objet d'un financement par les réserves à compter de la survenance 2020 :

1 Montant à prélever sur les réserves du personnel non cadre :

- Forfait vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables dans la limite de 50 € par an et par assuré : il s'agit d'un forfait de 50 € par famille quel que soit le nombre d'ayants droit ; les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % ;

- Forfait naissance / adoption dans la limite de 250 € par enfant ;

- Orthodontie remboursée et non remboursée par le régime obligatoire dans la limite de 326 % de la base de remboursement moins le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ;

- Lentilles non remboursées par le régime obligatoire dans la limite de 130 € par an et par bénéficiaire ;
- Montures pour les enfants – de 16 ans dans la limite de 70 € par monture moins le remboursement régime obligatoire d'assurance maladie.

2 Montant à prélever sur les réserves du personnel cadre et assimilé :

- Forfait vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables dans la limite de 50 € par an et par assuré : il s'agit d'un forfait de 50 € par famille quel que soit le nombre d'ayants droit ; les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % ;
- Forfait naissance / adoption dans la limite de 250 € par enfant ;
- Orthodontie remboursée et non remboursée par le régime obligatoire dans la limite de 326 % de la base de remboursement moins le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

Annexe 6 : Modalités de calcul des prestations incapacité et invalidité pour le personnel cadre et non cadre

Mod. par Avenant n° 3, 16 déc. 2024, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CFE CGC ;

UNSA ;

FO.

I- Modalités de calcul des prestations incapacité

Notations :

Salaire annuel de référence limité à TB = S = Sa + Sb (Sa part du salaire < = TA et Sb part du salaire entre TA et TB)

Indemnité journalière versée par le RO = IJSS

Revenu maintenu par l'employeur / jour = R (modalités de calcul restant à définir)

Niveau de garantie du régime en % du brut sur la tranche A = Na (82 % pour les non cadres, 40 % pour les cadres à la date de signature de l'avenant)

Niveau de garantie du régime en % du brut sur la tranche B = Nb (82 % pour les non cadres, 90 % pour les cadres à la date de signature de l'avenant)

Part des cotisations financées par l'employeur : C (pour les cadres C = 100 %, pour les non cadres C = 65,24 % à la date de signature de l'avenant)

Taux de charges sur salaire = t1 (pour les cadres C = 22 %, pour les non cadres C = 22,5 % à la date de signature de l'avenant)

Taux de CSG-CRDS sur IJSS applicable au cas concerné : t2 (4,3 % ou 6,7 % à la date de signature de l'avenant)

Taux de charge sur revenu maintenu : t3 Montant de l'indemnisation nette plafond : P

Montant de l'indemnisation brute avant limitation : M1 Montant de l'indemnisation brute après limitation : M2

Calcul :

Etape 1 - calcul de l'indemnisation brute du régime avant limitation

- Pour les non cadres : $M1 = (Sa/365) \times Na + (Sb/365) \times Nb - IJSS$

- Pour les cadres : $M1 = (Sa/365) \times Na + (Sb/365) \times Nb$

Etape 2 - contrôle de la limitation au net

$P = (S/365) \times (1 - t1) - IJSS \times (1 - t2) - R \times (1 - t3)$

Etape 3 - détermination du montant de l'indemnisation brute à prendre en compte Si $M1 \times (1 - C \times t1) \leq P$ alors $M2 = M1$

Si $M1 \times (1 - C \times t1) > P$ alors $M2 = P / (1 - C \times t1)$

Le montant M2 est versé à l'employeur qui indemnise le salariés après déduction des charges sociales.

II- Modalités de calcul des prestations invalidité

Notations :

Salaire annuel de référence limité à TB = S = Sa + Sb (Sa part du salaire < = TA et Sb part du salaire entre

TA et TB)

Rente d'invalidité mensuelle versée par le RO = IPSS

Revenu maintenu par l'employeur (par mois) = R (modalités de calcul restant à définir)

Niveau de garantie du régime en % du brut sur la tranche A = Na (90 % à la date de signature de l'avenant))

Niveau de garantie du régime en % du brut sur la tranche B = Nb (90 % à la date de signature de l'avenant))

Taux de charges sur salaire = t1

Taux de CSG-CRDS-CASA sur IPSS applicable au cas concerné : t2 (0 %, 4,3 %, 7,4 % ou 9,1 % à la date de signature de l'avenant))

Taux de charge sur revenu maintenu : t3

Taux de charges sur IP complémentaire applicable au cas concerné = t4 (0 % , 4,3 %, 7,4 % ou 9,1 % à la date de signature de l'avenant))

Montant de l'indemnisation nette plafond : P

Montant de l'indemnisation brute avant limitation : M1 Montant de l'indemnisation brute après limitation : M2

Calcul :

Etape 1 - calcul de l'indemnisation brute du régime avant limitation $M1 = (Sa/12) \times Na + (Sb/12) \times Nb - IPSS$

Etape 2 - contrôle de la limitation au net

$P = (S/12) \times (1 - t1) - IPSS (1 - t2) - R \times (1 - t3)$

Etape 3 - détermination du montant de l'indemnisation brute à prendre en compte Si $M1 \times (1 - t4) < = P$ alors $M2 = M1$

Si $M1 \times (1 - t4) > P$ alors $M2 = P / (1 - t4)$

Le montant versé au salarié est net de CSG-CRDS et d'impôt sur le revenu (prélèvement à la source) calculé selon la situation du salarié. La CSG-CRDS et l'impôt (PAS) sont reversés par l'assureur.

Avenant du 6 juillet 2020

[Non étendu, applicable à compter du 1^{er} juill. 2020 et pour une durée égale à celle de l'accord collectif national du 10 avril 2020 qu'il révisé]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes, notamment son Annexe IV - Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine;

Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017 étendu portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, modifié en dernier lieu par avenant du 5 juin 2020 ;

Vu l'accord collectif national du 10 avril 2020 relatif au suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé de la Pharmacie d'officine et à l'utilisation des réserves constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018 ;

Vu la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves conclue entre les organisations syndicales représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, KLESIA Prévoyance et l'APGIS, en date du 10 avril 2020 ;

Article 1er

Pour la survenance 2020, la liste des postes du régime de base conventionnel frais de soins de santé du personnel non cadre pouvant faire l'objet d'un financement sur les réserves, mentionnée au A1 du A du 1.2.1 du 1.2 - Modalités d'utilisation des Réserves à compter du 1^{er} janvier 2018 - de l'article 1^{er} de l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé est fixée comme suit :

- forfait vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursable dans la limite de 50 euros par an et par assuré : il s'agit d'un forfait de 50 euros par famille quel que soit le nombre d'ayants droit. Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % ;*
- forfait naissance / adoption dans la limite de 250 euros par enfant ;*
- orthodontie remboursée et non remboursée par le régime obligatoire dans la limite de 326 % de la base de remboursement moins le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ;*
- montures pour les enfants de moins de 16 ans dans la limite de 70 euros par monture moins le remboursement régime obligatoire d'assurance maladie ;*
- lentilles non remboursées par le régime obligatoire dans la limite de 130 € par an et par bénéficiaire.*

Dans tous les cas, les prélèvements effectués sur les réserves ne peuvent pas dépasser la somme des prestations remboursées aux assurés, ces prestations étant elles-mêmes limitées au montant des frais réellement exposés après remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie et des autres régimes dont bénéficient éventuellement les assurés et leurs ayants droit.

Article 2

Pour la survenance 2020, la liste des postes du régime de base conventionnel frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé pouvant faire l'objet d'un financement sur les réserves, mentionnée au A2 du A du 1.2.1 du 1.2 - Modalités d'utilisation des Réserves à compter du 1^{er} janvier 2018 - de l'article 1^{er} de l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé est fixée comme suit :

- forfait vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables dans la limite de 50 euros par an et par assuré : il s'agit d'un forfait de 50 euros par famille quel que soit le nombre d'ayants droit. Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % ;*
- forfait naissance / adoption dans la limite de 250 euros par enfant ;*
- orthodontie remboursée et non remboursée par le régime obligatoire dans la limite de 326 % de la base de remboursement moins le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.*

Dans tous les cas, les prélèvements effectués sur les réserves ne peuvent pas dépasser la somme des prestations remboursées aux assurés, ces prestations étant elles-mêmes limitées au montant des frais réellement exposés après remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie et des autres régimes dont bénéficient éventuellement les assurés et leurs ayants droit.

Article 3

(Voir Accord du 10 avril 2020, article 1.2.5)

Article 4

Le présent avenant prend effet à compter du 1^{er} juillet 2020 et pour une durée égale à celle de l'accord collectif national du 10 avril 2020 qu'il révisé.

Il sera déposé à l'initiative de la partie la plus diligente.

Il pourra être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent avenant, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2016). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Chèques vacances

Accord du 24 juin 2002

[Étendu par arrêté du 26 mars 2003, JO 4 avril 2003, applicable à compter du 1^{er} janvier 2003]

Préambule

Prenant acte des dispositions de la loi n°99-584 du 12 juillet 1999 modifiant l'ordonnance n°86-283 du 26 mars 1982 portant création des chèques - vacances, les partenaires sociaux de la branche de la pharmacie d'officine, NAF 52-3A, souhaitent poursuivre leur démarche visant à garantir aux salariés employés dans les entreprises relevant de la Convention collective nationale étendue du 3 décembre 1997 de la pharmacie d'officine, des avancées sociales. Dans cet esprit, les signataires du présent accord décident de faciliter l'accès aux chèques - vacances aux employés des entreprises relevant de la Convention collective nationale étendue du 3 décembre 1997 de la Pharmacie d'office, ci-après désignées «Pharmacies d'officine» dans le cadre des dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés prévues par la loi du 12 juillet 1999.

Le mécanisme d'accès direct défini par les partenaires sociaux de la branche de la pharmacie d'officine est de caractère optionnel, reposant sur l'adhésion volontaire des employeurs au dispositif et sur le choix des salariés d'effectuer des versements.

Il est rappelé que les dispositions du présent accord ne se substituent en aucune manière à un quelconque élément de la rémunération au sens des articles L. 441-4 du Code du Travail et L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Conformément à l'article 3 de la loi du 12 juillet 1999, cet accord pourra être complété par une éventuelle négociation dans l'entreprise.

Article 1

Entreprises et salariés concernés

Sont comprises dans le champ d'application du présent accord les «Pharmacies d'officine» qui emploient moins de 50 salariés et qui sont dépourvues de comité d'entreprise.

L'accès aux chèques - vacances est ouvert à l'ensemble des employés des «Pharmacies d'officine» susmentionnées qui auront choisi d'entrer dans le dispositif. L'employeur peut adhérer à ce dispositif à tout moment. Les institutions représentatives du personnel, si elles existent dans l'entreprise, seront consultées avant la mise en place du présent dispositif.

La mise en place du dispositif est effectuée pour un an, renouvelable par tacite reconduction.

Pour pouvoir bénéficier des chèques - vacances, les salariés doivent justifier, *par une attestation sur l'honneur à leur employeur (termes exclus de l'extension par arrêté du 26 mars 2003, JO 4 avril 2003)*, que le montant des revenus de leur foyer fiscal de l'avant-dernière année n'excède pas le plafond tel que fixé par l'article 2 de la loi du 12 juillet 1999 et l'article 1.417 du code général des impôts.

Les apprentis, les titulaires d'un contrat de qualification, d'insertion ou en alternance, les contrats à durée déterminée bénéficient de l'accès aux chèques - vacances sous réserve que la durée du contrat conclu inclut celle du plan d'épargne choisi dans l'entreprise.

Le dispositif défini par le présent accord demeure applicable aux salariés dont le contrat de travail est suspendu pour les seuls motifs suivants :

- maternité,
- accident du travail ou maladie professionnelle,
- maladie non professionnelle d'une durée totale, continue ou non, inférieure à six mois par an.

En cas de rupture du contrat de travail au cours de la période d'épargne, les sommes versées par le salarié augmentées de l'abondement net de l'employeur seront restituées au salarié selon les modalités prévues par l'organisme gestionnaire du dispositif des chèques-vacances.

Article 2

Modalités de financement du chèque-vacances

L'accès au bénéfice des chèques-vacances dans les «Pharmacies d'officine» qui ont adhéré au dispositif s'applique à l'ensemble des salariés sans discrimination, conformément à l'article 1 du présent accord, et s'effectue dans le respect des règles suivantes :

Durée des versements : Chaque année, tout salarié qui souhaite acquérir des chèques - vacances procède à des versements mensuels. Chaque salarié peut choisir une durée d'épargne de 4,6 ou 8 mois. Cette durée doit obligatoirement s'inclure dans une année civile.

Montant des versements des salariés : Chaque année, le niveau d'épargne de chaque salarié est défini dans les deux propositions correspondantes à la durée d'épargne retenue par le salarié.

Contribution de l'employeur : En fonction de la durée du plan d'épargne choisi par le salarié, l'employeur décide chaque année de l'option d'abondement à retenir parmi celles proposées dans l'annexe du présent accord.

Article 3 **Exonération des charges sociales**

En application de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1999, la contribution de l'employeur à l'acquisition des chèques - vacances par les salariés est exonérée des cotisations et contributions prévues par la législation du travail et de la sécurité sociale. Toutefois, la CSG et la RDS restent à la charge du salarié.

Les propositions et options d'abondement prévues à l'annexe du présent accord respectent les conditions d'exonération prévues par la Loi, à savoir :

- Le montant de la participation de l'employeur n'excède pas 30 % du SMIC mensuel par salarié et par an.
- Le montant de la participation de l'employeur aux chèques-vacances est plus élevé pour les salariés dont les rémunérations sont les plus faibles.
- La contribution de l'employeur ne se substitue à aucun élément faisant partie de la rémunération versée dans l'entreprise, au sens de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale ou prévu pour l'avenir par des stipulations contractuelles, individuelles ou collectives.

Article 4 **Suivi de l'accord**

Un comité de suivi est mis en place au sein de la branche pharmacie d'officine. Il est composé des organisations syndicales de salariés et d'employeurs signataires du présent accord.

Son rôle est de :

- suivre la mise en œuvre des chèques-vacances dans les «Pharmacies d'officine»,
- adapter en début de chaque année l'annexe relative aux plans d'épargne en fonction de la revalorisation annuelle du SMIC
- informer la Commission nationale paritaire de ses travaux.

Il se réunira au moins une fois par an dans le cadre d'un bilan annuel présenté par l'organisme gestionnaire du dispositif des chèques - vacances.

Article 5 **Entrée en vigueur**

Le présent accord entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2003.

Il sera déposé, en vue de son extension, conformément aux dispositions légales, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Annexe à l'accord pour la mise en place des chèques vacances

Dans le souci de faciliter la mise en place des chèques vacances pour les entreprises, les partenaires sociaux de la branche pharmacie d'officine ont convenu des tableaux mensuels suivants, pour la période de janvier à avril (4 mois), de janvier à juin (6 mois) ou de janvier à août (8 mois).

Propositions à 4 mois

1^{ère} option d'abondement

Jusqu'au SMIC à 1,5 SMIC		1,5 SMIC à 2 fois le SMIC		> 2 SMIC	
Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié
78 %	22 %	50 %	50 %	30 %	70 %
84,5 €/mois	23 €/mois	54 €/mois	54 €/mois	27 €/mois	63 €/mois
Soit 430 € sur 4 mois		Soit 430 € sur 4 mois		Soit 430 € sur 4 mois	

2^{ème} option d'abondement

Jusqu'au SMIC à 1,5 SMIC		1,5 SMIC à 2 fois le SMIC		> 2 SMIC	
Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié
70 %	30 %	50 %	50 %	30 %	70 %
84 €/mois	36 €/mois	60 €/mois	60 €/mois	36 €/mois	84 €/mois
Soit 480 € sur 4 mois		Soit 480 € sur 4 mois		Soit 480 € sur 4 mois	

Propositions à 6 mois

1^{ère} option d'abondement

Jusqu'au SMIC à 1,5 SMIC		1,5 SMIC à 2 fois le SMIC		> 2 SMIC	
Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié
70 %	30 %	50 %	50 %	30 %	70 %
56 €/mois	24 €/mois	40 €/mois	40 €/mois	24 €/mois	56 €/mois
Soit 480 € sur 6 mois		Soit 480 € sur 6 mois		Soit 480 € sur 6 mois	

2^{ème} option d'abondement

Jusqu'au SMIC à 1,5 SMIC		1,5 SMIC à 2 fois le SMIC		> 2 SMIC	
Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié
70 %	30 %	50 %	50 %	30 %	70 %
58,3 €/mois	25 €/mois	41,6 €/mois	41,6 €/mois	25 €/mois	58,3 €/mois
Soit 500 € sur 6 mois		Soit 500 € sur 6 mois		Soit 500 € sur 6 mois	

Proposition à 8 mois

Jusqu'au SMIC à 1,5 SMIC		1,5 SMIC à 2 fois le SMIC		> 2 SMIC	
Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié	Part employeur	Part salarié
64,6 %	35,4 %	50 %	50 %	35,4 %	64,6 %
42 €/mois	23 €/mois	32,5 €/mois	32,55 €/mois	23 €/mois	42 €/mois
Soit 520 € sur 8 mois		Soit 520 € sur 8 mois		Soit 520 € sur 8 mois	

Ces tarifs ne comprennent pas le 1 % de frais de gestion ANCV, ni les frais dossiers.

Développement du paritarisme et financement de la négociation collective

Accord du 3 décembre 1997

[Étendu par arr. du 13 août 1998, JO 8 sept.]

Mod. par Accord 12 avr. 2006, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct.

Avenant 15 nov. 2006, non étendu

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Union nationale des pharmacies de France.

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 17 févr. 2020, JO 22 févr., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 26 mars 2018, étendu par arr. 21 mai 2021, JO 29 mai, applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;

FO ;

CGT ;

UNSA.

Mod. par Avenant 16 nov. 2021, étendu par arr. 4 févr. 2022, JO 12 févr., applicable à compter du 1^{er} octobre 2021 à l'exception de son article 1^{er} qui prend effet à compter du 15 novembre 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Préambule

Par le présent accord, les parties signataires confirment leur attachement au développement du paritarisme et leur volonté de garantir une négociation collective de qualité. Dans cet esprit, elles ont fixé le cadre général et les moyens à mettre en oeuvre pour atteindre ces objectifs.

Elles considèrent que le développement du paritarisme passe par la reconnaissance de la fonction de négociateur de la branche.

Article 1 Champ d'application

Mod. par Avenant 26 mars 2018, étendu par arr. 21 mai 2021, JO 29 mai, applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;

FO ;

CGT ;

UNSA.

(Avenant 26 mars 2018, étendu) Le présent accord s'applique à toutes les entreprises, organismes ou entités, situés aussi bien sur le territoire métropolitain qu'outre-mer, qui appliquent la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

(Avenant 5 juin 2020, étendu) Il constitue une annexe à la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine étendue du 3 décembre 1997.

Article 2 Objet

Mod. par Avenant 26 mars 2018, étendu par arr. 21 mai 2021, JO 29 mai, applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;
FO ;
CGT ;
UNSA.

Les parties signataires du présent accord conviennent de constituer un Fonds National pour le développement du Paritarisme et le Financement de la Négociation Collective dans la Pharmacie d'Officine.

Ce fonds a pour objet de financer le fonctionnement des diverses instances paritaires instituées par les textes législatifs, réglementaires ou conventionnels en vigueur.

À cet effet, le fonds recueille et gère les cotisations qui lui sont affectées.

(Avenant 5 juin 2020, étendu) Les missions de ce fonds, telles que définies par le présent accord, sont exercées par une association régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 constituée et mandatée à cet effet par les organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés mentionnées à l'article 5.

Exécuté conformément aux dispositions du présent accord, ce mandat peut être révoqué par avenant audit accord dans le respect des règles de conclusion des accords collectifs.

Article 3 **Cotisations des employeurs**

Avenant 26 mars 2018, non étendu, applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*FNIC CGT ;
FSS CFDT ;
CFTC Santé sociaux ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;
Pharmacie LABM FO.*

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*CFDT ;
CFTC ;
CFE CGC ;
FO ;
CGT ;
UNSA.*

(Avenant 26 mars 2018, étendu) «Toutes les entreprises, organismes ou entités, entrant dans le champ d'application du présent accord» contribuent, à compter du 1^{er} janvier 1997, au financement de la négociation collective par le versement au fonds d'une cotisation égale à 0,03 % de la masse salariale brute annuelle.

(Avenant 26 mars 2018, étendu ; Avenant 5 juin 2020, étendu) Relevant de la compétence exclusive de l'association de gestion du fonds mentionnée à l'article 2, le choix de l'organisme collecteur de cette cotisation fait l'objet d'une délibération adoptée selon les modalités fixées à l'article 10.

Article 4 **Affectation des cotisations**

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020 ⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

*FSPF ;
USPO.*

Syndicat(s) de salariés :

*CFDT ;
CFTC ;
CFE CGC ;
FO ;
CGT ;*

- Les cotisations sont destinées à financer notamment :
 - Le remboursement des frais de transport, de repas et d'hébergement des représentants des employeurs et des représentants des salariés composant les délégations syndicales représentatives appelées à participer aux travaux des diverses instances paritaires mises en place dans le cadre de la Convention Collective Pharmacie d'Officine ;
 - (Avenant 5 juin 2020, étendu) le remboursement aux employeurs du maintien de la rémunération, salaires et charges sociales cotisations sociales, de leurs salariés mandatés par leur organisation syndicale représentative pour participer aux travaux des instances paritaires précitées ;
 - le remboursement, sur la base d'un forfait négocié paritairement, de la perte de ressources des employeurs mandatés par leur organisation syndicale représentative pour participer aux travaux des instances paritaires précitées ;
 - (Avenant 5 juin 2020, étendu) les frais de secrétariat et les frais de missions d'études et d'information décidés dans le cadre des instances paritaires précitées ;
 - (Avenant 5 juin 2020, étendu) les frais de collecte de la contribution instituée à l'article 3 ;
 - (Avenant 5 juin 2020, étendu) les frais engagés pour la formation à la négociation collective des représentants des organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés signataires du présent accord ou y ayant adhéré ; ;
- (Avenant 5 juin 2020, étendu) et plus généralement, tous autres frais et indemnités décidés dans le cadre des instances paritaires précitées en vue de développer la négociation collective .

Article 5

Gestion paritaire et composition du fonds

Mod. par Accord 12 avr. 2006, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct.

Avenant 15 nov. 2006, non étendu

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Union nationale des pharmacies de France.

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 17 févr. 2020, JO 22 févr., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 26 mars 2018, étendu par arr. 21 mai 2021, JO 29 mai, applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.
Syndicat(s) de salariés :
CFDT ;
CFTC ;
CFE CGC ;
FO ;
CGT ;
UNSA.

Mod. par Avenant 16 nov. 2021, étendu par arr. 4 févr. 2022, JO 12 févr., applicable à compter du 1^{er} octobre 2021 à l'exception de son article 1^{er} qui prend effet à compter du 15 novembre 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
FNIC CGT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;
Pharmacie LABM FO.

(Avenant 16 nov. 2021, étendu) Le fonds est composé paritairement, d'une part, de 15 représentants des organisations syndicales de salariés reconnues représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, à raison de 3 représentants par organisation syndicale et, d'autre part, de 15 représentants des organisations syndicales d'employeurs reconnues représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, à raison de 10 représentants pour la FSPF et de 5 représentants pour l'USPO.

(Avenant 5 juin 2020, étendu) Il exerce ses missions par l'intermédiaire de l'association mentionnée à l'article 2.

Article 6
Secrétariat administratif

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
CFDT ;
CFTC ;
CFE CGC ;
FO ;
CGT ;
UNSA.

Le secrétariat administratif du fonds est assuré, dans le cadre de l'association mentionnée à l'article 2 et sur décision de cette dernière, par un prestataire, dans des conditions et selon des modalités fixées par convention conclue entre ledit prestataire et ladite association.

À défaut, le secrétariat administratif est assuré par l'une des organisations syndicales d'employeurs mentionnées à l'article 5.

Article 7
Désignation des membres du fonds

Mod. par Accord 12 avr. 2006, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct.

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
CFDT ;
CFTC ;
CFE CGC ;
FO ;
CGT ;
UNSA.

(Avenant 5 juin 2020, étendu) Les organisations membres doivent faire connaître, par écrit, au secrétariat adminis-

tratif du fonds, au début de chaque année civile et avant la première réunion, la composition de leur délégation. (Avenant 5 juin 2020, étendu) Cette désignation est valable pour l'année civile sauf remplacement notifié par écrit au secrétariat administratif par l'organisation à laquelle appartient le membre remplacé. Cette désignation est valable jusqu'à la fin de l'année en cours.

Article 8 Présidence

Mod. par Accord 12 avr. 2006, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct.

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;

FO ;

CGT ;

UNSA.

(Avenant 5 juin 2020, étendu) Le Bureau exerce ses missions dans le cadre de l'association mentionnée à l'article 2. (Accord 12 avr. 2006, étendu ; Avenant 5 juin 2020, étendu) « Le Bureau » est assurée pour un an alternativement par chacun des deux collèges mentionnés à l'article 5.

Le Président est désigné par les membres du collège auquel il appartient. Le Vice-Président est désigné par les membres du collège auquel n'appartient pas le Président.

Le Trésorier est désigné par les membres du collège auquel n'appartient pas le Président. Le Trésorier Adjoint est désigné par les membres du collège auquel appartient le Président.

(Accord 12 avr. 2006, étendu) Le secrétaire est désigné par les membres du collège auquel appartient le président. Le secrétaire adjoint est désigné par les membres du collège auquel n'appartient pas le président.

Article 9 Réunions du fonds

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;

FO ;

CGT ;

UNSA.

Mod. par Avenant 16 nov. 2021, étendu par arr. 4 févr. 2021, JO 12 févr., applicable à compter du 1^{er} octobre 2021 à l'exception de son article 1^{er} qui prend effet à compter du 15 novembre 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

(Avenant 16 nov. 2021, étendu) Les membres du fonds se réunissent dans le cadre de l'association mentionnée à l'article 2 au moins deux fois par an sur convocation du président. Ils peuvent participer à distance aux réunions organisées à cet effet, selon les modalités fixées par l'association mentionnée à l'article 2.

Le calendrier annuel prévisionnel des réunions de l'année suivante est fixé au cours de la dernière réunion de l'année.

Une ou plusieurs réunions extraordinaires peuvent se tenir à la demande de l'un ou de l'autre des deux collèges.

Article 10 **Délibérations**

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 17 févr. 2020, JO 22 févr., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;

FO ;

CGT ;

UNSA.

L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le Président en accord avec le Vice-Président.

Le vote a lieu par collège. Les décisions ne sont adoptées que si, respectivement dans chacun des deux collèges, elles ont recueilli la majorité des voix des membres présents ou représentés. S'il y a désaccord entre les deux collèges, la décision est prise par vote individuel à la majorité simple.

(Avenant 2 oct. 2017, étendu) Tout membre empêché de participer à une réunion peut se faire représenter par un membre appartenant au même collège auquel il donne pouvoir à cet effet. Le nombre de pouvoirs est limité à trois par membre présent.

Article 11 **Durée**

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;

FO ;

CGT ;

UNSA.

Le présent accord, applicable à compter du 1^{er} janvier 1998 sous réserve de son extension, est signé pour une durée indéterminée.

Article 12 **Dispositions diverses**

Mod. par Avenant 5 juin 2020, étendu par arr. 2 avr. 2021, JO 13 avr., applicable à compter du 15 juin 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE CGC ;
FO ;
CGT ;
UNSA.

Le présent accord annule et remplace, à compter du 1^{er} janvier 1998, l'accord modifié du 24 octobre 1983 sur l'indemnisation des représentants syndicaux auquel il se substitue pour l'ensemble de ses dispositions.

Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle Accord du 16 décembre 1991

[Étendu par arrêté 27 nov. 1992, JO 16 déc.]

Mod. par Avenant 3 déc. 1997, étendu par arr. 11 juin 1998, JO 23 juin

Avenant 12 avr. 2006, étendu par arr. 13 oct. 2006, JO 24 oct.

Avenant 15 nov. 2006, non étendu

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

Union nationale des pharmacies de France.

Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT.

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 15 févr. 2018, JO 21 févr., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Mod. par Avenant, 16 nov. 2021, étendu par arr. 18 sept. 2023, JO 12 oct., applicable à compter du 1^{er} octobre 2021 à l'exception de son article 1^{er}, qui prend effet à compter du 15 novembre 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

L'accord du 11 mai 1971 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

Préambule

Dans le cadre de l'accord national interprofessionnel sur la sécurité de l'emploi signé le 10 février 1969 entre le C.N.P.F. et la C.G.P.M.E., d'une part, et les confédérations syndicales de salariés, d'autre part, les organisations sous-signées ont conclu le présent accord.

Objet

En vue de répondre au souci commun des organisations signataires de rechercher toutes les possibilités, tant de contribuer à la sécurité de l'emploi que d'éviter ou à défaut de pallier les conséquences, qui se révéleraient dommageables pour les salariés, de l'évolution technique ou économique, il est institué une commission nationale paritaire de l'emploi de la pharmacie d'officine.

Article 2

Composition

Mod. par Avenant, 16 nov. 2021, étendu par arr. 18 sept. 2023, JO 12 oct., applicable à compter du du 1^{er} octobre 2021 à l'exception de son article 1^{er}, qui prend effet a compter du 15 novembre 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

La commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle est composée, d'une part, de 15 représentants des organisations syndicales de salariés reconnues représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, à raison de 3 représentants par organisation syndicale et, d'autre part, de 15 représentants des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine, à raison de 10 représentants pour la FSPF et de 5 représentants pour l'USPO.

Article 3

Désignation des membres

Les organisations signataires doivent faire connaître par écrit au secrétariat de la commission, au début de chaque année civile et avant la première réunion, les membres de leur délégation.

Cette désignation est valable pour l'année civile, sauf remplacement notifié par écrit au secrétariat de la commission par l'organisation à laquelle appartient le membre remplacé. Cette nouvelle désignation est valable jusqu'à la fin de l'année en cours.

Article 4

Réunions

Mod. par Avenant, 16 nov. 2021, étendu par arr. 18 sept. 2023, JO 12 oct., applicable à compter du du 1^{er} octobre 2021 à l'exception de son article 1^{er}, qui prend effet a compter du 15 novembre 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

La commission paritaire nationale de l'emploi se réunit une fois par trimestre sur convocation du secrétariat de la commission. Le calendrier annuel des réunions est fixé par accord entre les parties signataires au cours de la première réunion.

Une ou plusieurs réunions extraordinaires peuvent se tenir à la demande écrite de l'un ou l'autre des deux collèges, transmise au secrétariat de la commission et signée par l'ensemble des organisations le composant.

(Avenant 16 nov. 2021, étendu) Les membres de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle peuvent participer à distance aux réunions, sous réserve de recourir à des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective aux débats et aux prises de décisions.

(Avenant 16 nov. 2021, étendu) Les moyens de visioconférence ou de télécommunication utilisés transmettent au moins la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des débats. Les participants sont alors réputés présents pour l'adoption des décisions.

Article 5

Présidence

La présidence est assurée pour un an alternativement par chacun des deux collèges.

Le président est désigné par les membres du collège auquel il appartient. Il en est de même pour le vice-président désigné par le collège auquel n'appartient pas le président.

En cas d'empêchement du président, le vice-président préside la réunion.

En cas d'empêchement simultané du président et du vice-président, il appartient à la commission de désigner un président de séance dans les formes prévues à l'article 7 du présent accord.

Article 6

Secrétariat

Le secrétariat de la commission est assuré par l'une ou l'autre des organisations patronales signataires.

L'organisation patronale en charge du secrétariat désigne à chaque réunion de la commission un secrétaire de séance, choisi parmi ses membres, ayant pour mission d'établir le projet de procès-verbal qui sera soumis pour approbation à l'ensemble des membres de la commission.

Article 7

Délibérations de la commission

Mod. par Avenant 2 oct. 2017, étendu par arr. 15 févr. 2018, JO 21 févr., applicable à compter du 2 oct. 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président en fonction des propositions faites par les deux collèges trente jours au moins avant la date de la réunion.

Le vote a lieu par collège. Les décisions ne sont adoptées que si, respectivement dans chacun des deux collèges, elles ont recueilli la majorité des voix des membres présents ou représentés. S'il y a un désaccord entre les deux collèges, le président reporte la proposition à l'ordre du jour de la plus prochaine réunion, où la décision est prise par vote individuel des membres de la commission.

Tout membre empêché de participer à une réunion de la commission peut se faire représenter par un membre appartenant au même collège auquel il donne pouvoir à cet effet. Le nombre de pouvoirs est limité à deux par membre présent.

(Avenant 2 oct. 2017, étendu) Tout membre empêché de participer à une réunion de la commission peut se faire représenter par un membre appartenant au même collège auquel il donne pouvoir à cet effet. Le nombre de pouvoirs est limité à trois par membre présent.

Article 8

Remboursement des frais

Mod. par Avenant, 16 nov. 2021, étendu par arr. 18 sept. 2023, JO 12 oct., applicable à compter du 1^{er} octobre 2021 à l'exception de son article 1^{er}, qui prend effet à compter du 15 novembre 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

En application des dispositions du paragraphe 5.2 de l'article 5 - Droit syndical et liberté d'opinion - des dispositions générales de la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, les salaires des membres de la commission appartenant au collège des salariés sont maintenus par leurs employeurs pour la durée des réunions lorsque celles-ci se tiennent pendant le temps de travail.

En outre, les frais de déplacement des membres de la commission d'une part, ainsi que les salaires des membres de la commission appartenant au collège des salariés et la perte de ressources des membres de la commission appartenant au collège des employeurs d'autre part, sont pris en charge par le Fonds National pour le Développement du Paritarisme et le financement de la négociation collective dans la Pharmacie d'officine (FNDP), visé à l'article 2 de l'accord collectif national étendu du 3 décembre 1997 modifié relatif au développement du paritarisme et au financement de la négociation collective dans la Pharmacie d'officine, dans les conditions et selon les modalités qu'il détermine.

Article 9

Missions relatives à l'emploi

La commission nationale paritaire de l'emploi a pour missions :

- de permettre l'information réciproque des organisations signataires sur la situation de l'emploi dans la pharmacie d'officine ;
- d'étudier la situation de l'emploi dans la pharmacie d'officine, son évolution au cours des mois précédents et son évolution prévisible à partir de statistiques annuelles concernant les effectifs de la profession et leur répartition par grandes catégories professionnelles et par région de programme ;
- d'examiner les possibilités d'adaptation à d'autres emplois par des mesures de du personnel appartenant à des catégories en régression ou en évolution technique ;
- d'examiner, en cas de licenciements collectifs, les conditions de mise en œuvre des moyens de reclassement et de réadaptation.

En outre, la commission nationale paritaire de l'emploi peut recevoir toutes missions d'études concernant les problèmes de l'emploi, de la part de la commission nationale mixte ou de la part des commissions paritaires de la convention collective auxquelles elle ne saurait se substituer.

Un rapport annuel est établi sur la situation de l'emploi et sur son évolution.

Article 10

Missions relatives à la formation professionnelle

La commission nationale paritaire de l'emploi a pour missions :

- de définir et promouvoir la politique de formation dans la pharmacie d'officine ;
- de dégager les axes de formation prioritaires dans la pharmacie d'officine et de définir le contenu de ces formations ;
- de conduire les études permettant de suivre l'évolution des moyens de formation, de perfectionnement et de réadaptation professionnels, publics ou privés, existants pour les différents niveaux de qualification, de rechercher avec les pouvoirs publics et les organismes intéressés les moyens propres à assurer leur pleine utilisation, leur adaptation et leur développement et de formuler à cet effet toutes observations et propositions utiles ;
- d'examiner les possibilités d'adaptation à d'autres emplois par des mesures de formation professionnelle du personnel appartenant à des catégories en régression ou en évolution technique ;
- d'établir et tenir à jour, conformément aux dispositions de l'accord du 9 juillet 1970 sur la formation et le perfectionnement professionnel, la liste nominative des cours, stages ou sessions considérés par elle comme présentant un intérêt reconnu pour la profession et retenus à partir de critères définis par elle, notamment ceux liés au contenu des actions de formation, à leur valeur pédagogique et aux catégories de salariés auxquelles ils sont destinés ;
- d'établir la liste des centres, établissements ou organismes de formation dont les programmes correspondent aux orientations définies par elle ;
- d'établir la liste des centres, établissements ou organismes de formation dans lesquels les salariés pourront demander à exercer des fonctions d'enseignement en application de l'article 60-4 de l'accord interprofessionnel du 3 juillet 1991 ;
- d'indiquer, compte tenu des propositions qui peuvent lui être faites par les commissions paritaires interprofessionnelles de l'emploi, les qualifications professionnelles ou les préparations aux diplômes de l'enseignement technologique qui lui paraissent devoir être développées dans le cadre des contrats de qualification.

Article 11

Relations extérieures

La commission prend toutes initiatives utiles pour établir les liaisons nécessaires avec les administrations, commissions et comités officiels ayant des attributions en matière d'emploi ou de formation, et notamment :

- l'Agence nationale pour l'emploi ;
- l'Association pour la formation professionnelle des adultes ;
- les comités régionaux de la formation professionnelle ;
- l'association pour l'emploi des cadres ;
- l'U.N.E.D.I.C. et les Assedic ;

en vue d'échanger tous renseignements ou informations dont elle pourrait disposer ou avoir besoin.

Article 12

Les parties signataires du présent accord s'engagent à effectuer dans les délais les plus brefs, à l'initiative de la

partie la plus diligente, l'ensemble des formalités nécessaires, conformément aux dispositions du code du travail, à son extension à l'ensemble des pharmacies d'officine entrant dans son champ d'application.

Fonds d'assurance formation des professions libérales OPCA-PL

Accord collectif du 16 décembre 1991

[Étendu par arrêté du 13 mai 1992, JO 28 mai 1992]

(Annulé et remplacé par Accord du 5 novembre 2018)

Mod. par — Avenant 6 févr. 1992, étendu par arr. 13 mai 1992, JO 28 mai.

Mod. par — Avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

Préambule

Considérant les évolutions de plus en plus rapides des techniques et des compétences liées à la protection de la santé ;

Considérant que ces évolutions, nécessaires à la modernisation des officines qui détermine leur compétitivité et leur développement, doivent aussi contribuer à la préservation et au développement de l'emploi et être génératrices de progrès social pour les personnes qui les composent ;

Considérant que, face à ces évolutions, un développement organisé de la formation proposée au personnel des pharmacies d'officine, quelle que soit leur taille, est une nécessité à l'échelon national, dans l'intérêt même de la profession ;

Considérant la structure de la profession composée essentiellement d'entreprises de taille très modeste dispersées sur l'ensemble du territoire national ;

Considérant que la mutualisation des contributions, qui sont ou seront versées par les pharmacies d'officine, est un outil privilégié d'amélioration de l'efficacité de la politique de formation définie et mise en oeuvre par les parties signataires et désimplification des procédures administratives,

Vu l'accord du 16 décembre 1991 portant création de la commission nationale paritaire de l'emploi de la pharmacie d'officine ;

Vu la convention pour la formation des préparateurs du 28 avril 1986 et ses avenants ;

Vu l'accord cadre interprofessionnel du 9 juillet 1987 relatif à la formation permanente et à la création du F.A.F. - P.L. (fonds d'assurance formation des professions libérales).

Les parties signataires conviennent et décident ce qui suit :

Article 1

Champ d'application

Mod. par — Avenant 6 févr. 1992, étendu par arr. 13 mai 1992, JO 28 mai.

Un grand nombre de pharmacies d'officine ayant un effectif inférieur au seuil de dix salariés au-delà duquel, en application de l'article L. 950-1 du code du travail, les employeurs doivent légalement concourir financièrement au développement de la formation continue, les parties signataires décident d'étendre cette obligation de financement à toutes les pharmacies d'officine employant au moins un salarié, répertoriées sous le code NAF 52.3A et implantées sur le territoire métropolitain.

Article 2

Mod. par — Avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

Les parties signataires considèrent que la structure de la profession rend nécessaire, pour améliorer l'efficacité des investissements en formation, le recours à la technique du fonds d'assurance formation (F.A.F.) en vue de satisfaire aux obligations tant légale que conventionnelles.

Elles considèrent en outre que, pour favoriser la mise en oeuvre d'une politique globale de formation dans la branche professionnelle, les contributions financières des pharmacies d'officine doivent être, sauf dispositions légales particulières, versées à un même fonds d'assurance formation.

(Avenant 30 nov. 2004, non étendu) En conséquence, les parties signataires décident l'adhésion de la branche professionnelle qu'elles représentent à OPCA-PL dont le siège social est 52-56, rue Kléber, 92309 Levallois-Perret Cedex.

Article 3

Mod. par — Avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Les pharmacies d'officine employant dix salariés et plus, soumises à l'obligation légale de financement de la formation telle qu'elle résulte de l'article L. 950-1 du code du travail, doivent verser au OPCA-PL :

- la totalité de leur contribution légale, calculée au taux en vigueur, au titre du financement de la formation en alternance ;

- au minimum 80 p. 100 de leur contribution légale, calculée au taux en vigueur, au titre du financement du plan de formation, en application de l'article R. 964-13 5 alinéa du code du travail.

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Chaque pharmacie d'officine employant dix salariés et plus est toutefois libre de verser, si elle le souhaite, la totalité de sa contribution au titre du plan de formation au F.A.F. - P.L. OPCA-PL

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Aussi longtemps que l' OPCA-PL ne sera pas agréé au titre du congé individuel de formation, les pharmacies d'officine employant dix salariés et plus continueront de verser leur contribution à l'organisme auquel elles la versent actuellement.

Article 4

Mod. par — Avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Les pharmacies d'officine employant moins de dix salariés visées par l'extension de l'obligation de financer la formation prévue à l'article 1^{er} du présent accord doivent verser à ce titre à l'OPCA-PL 0,8 p. 100 de leur masse salariale brute annuelle.⁽¹⁾

(1) Dispositions exclues de l'extension par arrêté du 13 août 1998 (JO 8 septembre 1998)

(Avenant, 30 nov. 2004, non étendu) Ce pourcentage est affecté au financement des formations en alternance, au plan de formation et aux actions menées dans le cadre du droit individuel à la formation (DIF) selon la préparation suivante :

- 0,35 p. 100 au titre des formations en alternance (contrat et période de professionnalisation) et du DIF ;
- le solde de la participation au titre des actions de formation mises en œuvre pour les salariés.

Article 5

Mod. par — Résultant de : avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

Le coût forfaitaire horaire des actions d'évaluation, d'accompagnement et de formation des contrats et des actions de professionnalisation, fixé conformément aux dispositions de l'article D. 981-5 du code du travail, est modulable par la commission paritaire nationale de l'emploi de la Pharmacie d'officine selon ses critères de priorité.

Article 6

Mod. par — Avenant 6 févr. 1992, étendu par arr. 13 mai 1992, JO 28 mai.

— Avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

Pour les officines employant moins de dix salariés, la contribution annuelle, calculée sur la masse salariale brute de l'année précédente, sera appelée avant le 1^{er} mars et pour la première fois avant le 1^{er} mars 1992, calculée sur la masse salariale brute de l'année 1991.

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Les modalités de collecte des contributions des pharmacies d'officine assujetties au financement de la formation professionnelle seront définies par la commission nationale paritaire de l'emploi en accord avec le conseil de gestion l' OPCA-PL .

Article 7

Mod. par Avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Les parties signataires demandent, pour la détermination du droit à l'accès aux fonds mutualisés tel qu'il est défini par l'accord interprofessionnel du 9 juillet 1987 portant création de l' OPCA-PL à être rattaché à la section « Santé ».

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Les parties signataires demandent que les opérations financières relatives à l'ensemble des pharmacies d'officine soient, en application de l'article 5.3 des statuts de l'OPCA-PL isolées dans une comptabilité analytique particulière et que le bilan annuel en soit communiqué à la commission nationale paritaire de l'emploi.

Article 8

Mod. par — Avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

La commission nationale paritaire de l'emploi de la pharmacie d'officine a pour mission, notamment, de permettre l'information réciproque des partenaires sociaux sur la situation de l'emploi, d'analyser l'évolution de l'emploi dans la branche professionnelle, de participer à l'étude des moyens de formation existants pour l'ensemble des niveaux

de qualification, de conduire l'ensemble des études nécessaires à la définition des actions prioritaires de formation et de leurs contenus et plus généralement d'élaborer la politique de formation.

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) En conséquence la commission nationale paritaire de l'emploi sera l'interlocuteur privilégié du conseil de gestion du de l' OPCA-PL afin d'en orienter les choix quant à l'accès aux divers fonds de mutualisation tant de la section « Santé » que « Général ».

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Les délibérations de la commission nationale paritaire de l'emploi feront l'objet de procès-verbaux adressés à cet effet au président du conseil de gestion F.A.F. - P.L. de l' OPCA-PL

Article 9

Mod. par — Avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

Les parties signataires décident de mettre en place une cellule opérationnelle permanente, qui sera chargée de conduire l'ensemble des travaux nécessaires à la commission nationale paritaire de l'emploi pour remplir sa mission.

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Les modalités et moyens de fonctionnement de cette cellule permanente, dénommée délégation emploi-formation, seront définis par la Commission nationale paritaire de l'emploi en accord avec le conseil de gestion de l' OPCA-PL .

Article 10

Mod. par Avenant 30 nov. 2004, étendu par arr. 13 juill. 2005, JO 26 juill.

(Avenant 30 nov. 2004, étendu) Les membres du personnel des pharmacies d'officine désignés par leur organisation syndicale pour être membre soit du conseil de gestion, soit du bureau de la section « Santé » de l' OPCA - PL pourront participer aux réunions de ces instances. Ils devront informer leur employeur de la date de leur absence au moins quinze jours avant la date prévue.

Ces absences sont considérées comme temps de travail et payées à échéance normale, sous réserve de la production de l'attestation de présence délivrée par l' OPCA - PL

Article 11

Le présent accord est signé pour une durée indéterminée. Il s'applique à compter de la date de sa signature.

Article 12

Les parties signataires du présent accord s'engagent à effectuer dans les délais les plus brefs, à l'initiative de la partie la plus diligente, l'ensemble des formalités nécessaires, conformément aux dispositions du code du travail, à son extension à l'ensemble des pharmacies d'officine entrant dans son champ d'application.

Article 13

Le présent accord pourra être dénoncé suivant les dispositions légales en vigueur.

Étudiants et stagiaires en pharmacie

Gratification

Accord du 17 janvier 2007

[Étendu par arr. 22 juin 2007, JO 5 juill., applicable à compter du 1^{er} févr. 2007]

Exposé

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 242-4-1 et D. 242-2-1 ;

Vu l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 1987 modifié relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, notamment son article 26 ;

Vu la Convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998 ;

Soucieuses de permettre aux étudiants en pharmacie d'effectuer, dans des conditions favorables, le stage de pratique professionnelle défini par l'article 26 de l'arrêté susvisé, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des dispositions suivantes :

Accord

Article 1 Stage de 6^{ème} année

Le montant brut de la gratification versée à tout étudiant qui effectue son stage de pratique professionnelle de 6 mois à temps plein en pharmacie d'officine conformément à l'article 26 de l'arrêté susvisé, est égale à 55 (cinquante-cinq) fois le taux horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) par mois de stage à temps plein (151 heures 67), étant rappelé que toute gratification dont le montant excède la fraction mentionnée à l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale doit faire l'objet d'un bulletin de paye.

Article 2 Caractère obligatoire du présent accord

En application du dernier alinéa de l'article L. 132-23 du code du travail, les parties signataires confèrent aux dispositions du présent accord un caractère impératif et interdisent de ce fait aux entreprises de la branche d'y déroger en tout ou partie, à moins de clauses plus favorables pour les bénéficiaires.

Article 3 Entrée en vigueur et formalités d'extension

Le présent accord prendra effet à compter du 1^{er} février 2007.

Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Aides et remplacements Accord du 17 janvier 2007

[Étendu par arr. 7 mai 2007, JO 17 mai, applicable à compter du 1^{er} févr. 2007]

Mod. par Avenant 30 janv. 2008, étendu par arr. 27 oct. 2008, JO 6 nov., applicable à compter du 1^{er} mars 2008

Mod. par Avenant 11 mai 2017, étendu par arr. 25 mai 2018, JO 1^{er} juin, applicable à compter du 1^{er} juin 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS GFDT ;

CFTC Santé Sociaux ;

FNSCIC CFE CGC.

Exposé

(Avenant 11 mai 2017, étendu) Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4241-10 et R. 5125-39 ;
Vu la Convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998 ;

Considérant que les étudiants en pharmacie accomplissant des aides et des remplacements en officine au cours de leur cursus universitaire dans les conditions prévues par les articles L. 4241-11 et R. 5125-39 susvisés doivent percevoir une juste rémunération, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des dispositions suivantes :

Accord

Article 1er Aides en Officine

Mod. par Avenant 30 janv. 2008, étendu par arr. 27 oct. 2008, JO 6 nov., applicable à compter du 1^{er} mars 2008

Mod. par Avenant 11 mai 2017, étendu par arr. 25 mai 2018, JO 1^{er} juin, applicable à compter du 1^{er} juin 2017⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

(Avenant 11 mai 2017, étendu) Le tarif des aides en officine mentionnées à l'article L. 4241-10 susvisé est fixé comme suit pour les étudiants en pharmacie régulièrement inscrits en 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} ou 6^{ème} année d'études, ayant effectué le premier stage obligatoire :

— moins de 350 heures de pratique officinale : tarif horaire du coefficient 230 de la classification des emplois de la convention collective susvisée ;

— (Avenant 11 mai 2017, étendu) à partir de 350 heures de pratique officinale dûment justifiées, en dehors du stage officinal d'initiation obligatoire : tarif horaire du coefficient 300 de cette classification.

Le bulletin de salaire remis à l'intéressé devra comporter la mention «Étudiant en pharmacie» à l'exclusion de tout coefficient, les coefficients ci-dessus constituant une simple référence tarifaire.

Article 2

Remplacement du titulaire

Le tarif horaire applicable à un étudiant qui remplace, dans les conditions définies par l'article R. 5125-39 susvisé, le titulaire d'une officine, est fixé par référence au coefficient 330 de la classification des emplois de la convention collective susvisée, sans toutefois que la seule référence à ce coefficient puisse avoir pour effet de lui conférer le statut d'assimilé-cadre.

Le bulletin de salaire remis à l'intéressé devra comporter la mention «Étudiant en pharmacie de 6^{ème} année d'études» à l'exclusion de tout coefficient, le coefficient ci-dessus constituant une simple référence pour l'application des conditions tarifaires du remplacement.

Article 3

Caractère obligatoire du présent accord

En application du dernier alinéa de l'article L. 132-23 du code du travail, les parties signataires confèrent aux dispositions du présent accord un caractère impératif et interdisent de ce fait aux entreprises de la branche d'y déroger en tout ou partie, à moins de clauses plus favorables pour les salariés.

Article 4

Entrée en vigueur et formalités d'extension

Le présent accord prendra effet à compter du 1^{er} février 2007.

Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Certificat de qualification professionnelle

Accord du 19 septembre 2007

[Étendu par arr. 19 févr. 2008, JO 27 févr.]

Mod. par Avenant, 1^{er} avr. 2009, étendu par arr. 18 déc. 2009, JO 29 déc.

Mod. par Avenant 19 mai 2011, étendu par arr. 3 juin 2013, JO 8 juin

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNP FO ;

FSS CFTC ;

FNSCIC ;

FNIC CGT.

Mod. par Avenant 19 sept. 2012, étendu par arr. 3 juin 2013, JO 8 juin, entre en vigueur à la date de sa conclusion⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;
Pharmacie FO ;
FNSCIC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 23 sept. 2022, JO 11 oct., applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;
Pharmacie LABM FO.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, applicable à compter du 1^{er} mai. 2025⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;
USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;
UNSA ;
FO ;
CFE-CGC.

Préambule

Mod. par Avenant, 1^{er} avr. 2009, étendu par arr. 18 déc. 2009, JO 29 déc.

Le certificat de qualification professionnelle (CQP) permet de reconnaître qu'une personne maîtrise les savoirs et les savoir-faire correspondant à une qualification identifiée, non sanctionnée par un diplôme délivré par l'État.

(Avenant 1^{er} avr. 2009, étendu) Le certificat de qualification professionnelle permet de certifier les compétences des salariés, que celles-ci soient acquises par la formation ou par l'expérience. « Il peut s'adresser aux salariés en activité dans le cadre de la formation professionnelle continue, aux jeunes et adultes, par la voie de la formation en alternance ainsi qu'aux demandeurs d'emploi. » Le CQP peut être délivré dans le cadre d'une démarche de validation des acquis de l'expérience. La démarche CQP est un des moyens de développement des qualifications des salariés.

Pour les salariés en activité, le dispositif CQP permet de :

- reconnaître le professionnalisme des salariés dans leur emploi en validant partiellement ou totalement des compétences qu'ils mettent en œuvre ;
- renforcer et développer leurs qualifications par le biais de modules de formation, pour favoriser leur adaptation aux évolutions technique et organisationnelles ;
- favoriser leur évolution professionnelle par l'adaptation permanente des qualifications aux besoins de l'entreprise.

Conformément aux dispositions susvisées, la reconnaissance de la qualification se fait, au niveau de la branche professionnelle, selon une procédure de validation définie par les dispositions suivantes.

Article 1 Démarche d'élaboration d'un CQP

Mod. par Avenant, 1^{er} avr. 2009, étendu par arr. 18 déc. 2009, JO 29 déc.

1.1 Principes généraux

La décision de mettre en place un certificat de qualification professionnelle revient à la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la Pharmacie d'officine (CPNEFP) mentionnée à l'accord du 16 décembre 1991 susvisé.

Sa mise en place ne peut se faire que selon le processus défini par le présent accord.

1.2 Processus de mise en place

La CPNEFP élabore, pour chaque qualification, un descriptif des activités professionnelles exercées dans les emplois correspondants ou associés à la qualification. Les activités doivent être décrites de manière suffisamment détaillée pour pouvoir en déduire les connaissances et les compétences nécessaires pour exercer les emplois mettant en œuvre la qualification.

Le descriptif d'activités permet l'élaboration, par la CPNEFP, d'un référentiel de certification qui décrit l'ensemble des compétences constitutives du CQP. Ces dernières peuvent être regroupées par grands domaines ou unités.

Le référentiel de certification permet l'élaboration, par la CPNEFP, d'un référentiel de formation contenant les différents modules de formation.

L'ensemble des documents nécessaires à l'élaboration d'un CQP doit être établi par la CPNEFP.

(Avenant, 1^{er} avr. 2009, étendu) Chaque CQP mis en place par la CPNEFP est inscrit sur la liste annexée au présent accord.

Article 2

Démarche d'acquisition et d'obtention d'un CQP

Les compétences constitutives du CQP s'acquièrent par l'expérience et/ou la formation.

Pour chaque CQP, la CPNEFP doit :

- élaborer un référentiel et une procédure d'évaluation afin d'apprécier si le candidat maîtrise tout ou partie des compétences requises ;
- définir les publics visés ainsi que les prérequis nécessaires à l'entrée en formation ;
- agréer les organismes de formation dispensant la formation dont le suivi est nécessaire à son obtention.

Article 3

Évaluation des compétences des candidats

La procédure d'évaluation des compétences, acquises par la formation et/ou l'expérience s'appuie sur le référentiel d'évaluation mentionné à l'article 2.

Quel que soit le mode d'acquisition des compétences constitutives du CQP (par la formation ou l'expérience), le référentiel d'évaluation est identique.

Pour chaque unité de compétences, les acquis de la formation et/ou de l'expérience et les situations professionnelles rencontrées par le candidat sont évalués afin de déterminer si le candidat maîtrise ou non les compétences requises par le CQP.

Article 4

Composition et rôle du jury de certification

Mod. par Avenant, 1^{er} avr. 2009, étendu par arr. 18 déc. 2009, JO 29 déc.

(Avenant, 1^{er} avr. 2009, étendu) Le jury de certification est composé de trois personnes, à savoir :

- un professionnel désigné par le collège des salariés de la CPNEFP ;
- un professionnel désigné par le collège des employeurs de la CPNEFP ;
- un formateur désigné par la CPNEFP.

Le président du jury appartient au collège qui préside la CPNEFP.

Le jury se réunit à l'initiative de la CPNEFP.

Article 5

Délivrance du diplôme

Le président du jury s'assure de la délivrance aux bénéficiaires du CQP.

L'organisation des jurys de certification est assurée par le secrétariat de la CPNEFP.

Les décisions de délivrance totale ou partielle de CQP sont prises à la majorité des membres du jury de certification. En cas d'égalité des voix, la voix du président est prépondérante.

Lorsque le dossier de validation ne permet pas de valider tous les acquis de l'expérience ou de la formation, le candidat garde le bénéfice des unités validés pendant une période de cinq ans.

Article 6

Agrément des organismes délivrant une formation sanctionnée par un CQP

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 23 sept. 2022, JO 11 oct., applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

La formation est dispensée par des organismes de formation agréés par la CPNEFP.

Chaque CQP fait l'objet d'un agrément exprès.

Tout organisme de formation intéressé doit faire une demande d'agrément auprès de la CPNEFP. Celle-ci déterminera le cahier des charges de cet agrément et les conditions de son renouvellement.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) Les organismes de formation sont agréés pour une durée comprise entre deux et cinq ans. Cet agrément peut être retiré avant son échéance, sur décision motivée de la CPNEFP, lorsque les conditions qui ont conduit à sa délivrance ne sont plus réunies.

Article 7 **CQP et évolution professionnelle**

Contribuant à l'accroissement des compétences et à la reconnaissance de l'expérience professionnelle dans l'ensemble de la profession, les CQP doivent être pris en compte dans les entreprises lors des entretiens annuels d'évaluation. Chaque CQP sera reconnu dans la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

Article 8 **Inscription des CQP au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ou au Répertoire spécifique des certifications et habilitations (RS)**

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 23 sept. 2022, JO 11 oct., applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :
Organisation(s) patronale(s) :
FSPF ;
USPO.
Syndicat(s) de salariés :
FNIC CGT ;
FNSCIC CFE CGC ;
UFIC-UNSA ;
Pharmacie LABM FO.

Lorsqu'un CQP correspond à une qualification pérenne, la CPNEFP peut décider de déposer une demande d'inscription au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ou au Répertoire spécifique des certifications et habilitations (RS). Le cas échéant, cette demande est effectuée en lien avec l'association portant la propriété intellectuelle des CQP de la branche de la Pharmacie d'officine (APPI des CQP Pharmacie, n° RNA : W751261000).

Article 9 **Suivi de l'accord**

La CPNEFP est chargée d'assurer le suivi des dispositions du présent accord.

Les parties signataires conviennent de se réunir dans un délai d'un an, à compter de la date de la signature, pour un premier bilan, et ensuite au minimum tous les deux ans.

À cette occasion, les membres de la CPNEFP pourront donner un avis sur la démarche d'acquisition et d'obtention du CQP et la composition et le rôle du jury de certification, aux parties signataires du présent accord qui pourront les compléter ou les actualiser.

Article 10 **Durée de l'accord**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 11 **Entrée en vigueur**

Le présent accord s'applique à compter de la date de sa signature.

Article 12 **Dénonciation**

Le présent accord pourra être dénoncé suivant les dispositions légales en vigueur.

Article 13 **Formalités d'extension**

Les parties signataires du présent accord s'engagent à effectuer dans les délais les plus brefs, à l'initiative de la partie la plus diligente, l'ensemble des formalités nécessaires, conformément aux dispositions du code du travail, à

son extension à l'ensemble des pharmacies d'officine entrant dans son champ d'application.

Annexe - Liste des certificats de qualification professionnelle en pharmacie d'officine

Mod. par Avenant, 1^{er} avr. 2009, étendu par arr. 18 déc. 2009, JO 29 déc.

Mod. par Avenant 19 mai 2011, étendu par arr. 3 juin 2013, JO 8 juin

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNP FO ;

FSS CFTC ;

FNSCIC ;

FNIC CGT.

Mod. par Avenant 19 sept. 2012, étendu par arr. 3 juin 2013, JO 8 juin, entre en vigueur à la date de sa conclusion⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FSS CFTC ;

Pharmacie FO ;

FNSCIC.

Mod. par Avenant 7 juin 2022, étendu par arr. 23 sept. 2022, JO 11 oct., applicable à compter de sa signature⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Avenant 28 avr. 2025, non étendu, applicable à compter du 1^{er} mai 2025⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CGT ;

UNSA ;

FO.

CFE-CGC.

(Avenant 7 juin 2022, étendu) CQP «dermo-cosmétique pharmaceutique» ;

CQP «produits cosmétiques et d'hygiène» ;

CQP «dispensation de matériel médical à l'officine»

(Al. complété par Avenant 28 avr. 2025, non étendu) - CQP «phytothérapie, aromathérapie et herboristerie en Pharmacie d'officine»

Amélioration des conditions de travail

Accord du 30 septembre 2009

[Étendu par arr. 15 avr. 2010, JO 24 avr.]

Préambule

Le présent accord, relatif à l'amélioration des conditions de travail dans les officines de pharmacie, définit les orientations et les mesures nécessaires en vue d'assurer la prévention des risques professionnels, la qualité des conditions de travail et la prise en compte du handicap dans les entreprises officinales.

Les organisations syndicales signataires soulignent qu'elles partagent, dans la mise en œuvre de ces priorités, les valeurs suivantes :

- le respect de la personne, signifiant que chacun, au sein de l'équipe officinale, doit s'investir dans une démarche prévention ;
- la transparence, d'où il ressort que l'adhésion à la mise en œuvre d'un système d'organisation du travail dans l'entreprise est une condition clé de sa réussite et que les méthodes utilisées doivent être compatibles avec le respect de la personne, à savoir une prise en compte des situations de travail, l'information des salariés et leur engagement dans le cadre d'une démarche globale et dynamique concertée avec l'employeur ;
- le dialogue social, qui implique d'associer les salariés et leurs instances représentatives, lorsqu'elles existent au sein de l'entreprise, à la politique de prévention arrêtée et à sa mise en œuvre.

Elles soulignent également, dans le prolongement des valeurs ci-dessus, la nécessité de prendre en compte dans les entreprises officinales la pénibilité au travail induite par certaines conditions de travail dont l'existence, contraire à l'épanouissement des salariés dans leur travail, a pour conséquence de nuire à une efficacité optimale de l'équipe officinale et par suite, à la compétitivité de l'entreprise.

Titre I

Santé et sécurité au travail dans les entreprises officinales

Dispositions liminaires

Les partenaires sociaux entendent souligner que la préservation et l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail constituent une priorité dans la branche et que l'action conjointe des employeurs et des salariés est nécessaire pour améliorer le fonctionnement du dispositif de prévention des risques professionnels.

Les partenaires sociaux rappellent que la protection de la santé et de la sécurité au travail relève de la responsabilité de l'employeur et doit être prise en compte dans l'organisation de l'entreprise. Ils rappellent également que les salariés sont de leur côté, acteurs de leur propre sécurité et de celle de leurs collègues de travail.

L'évaluation des risques professionnels dans l'entreprise s'inscrit dans une démarche de prévention et de qualité visant à préserver la sécurité et la santé des salariés mais aussi à améliorer les conditions de travail de ces derniers pour un développement harmonieux des compétences de chacun et une meilleure efficacité des moyens humains mis en œuvre au sein de l'entreprise.

Les parties signataires entendent ainsi réaffirmer leur volonté de préserver la santé et la sécurité au travail des salariés de l'entreprise officinale et d'améliorer leurs conditions de travail.

Article 1er

L'identification et la prévention des risques dans les entreprises officinales

La prévention des risques professionnels consiste à prendre les mesures nécessaires pour préserver la santé et la sécurité des salariés intervenant dans l'entreprise dans le cadre de leurs fonctions.

La mise en œuvre de mesures de prévention nécessite au préalable d'évaluer les risques professionnels dans l'entreprise et tout d'abord de les identifier.

L'évaluation a priori des risques professionnels constitue un des principaux leviers de progrès dans la démarche de prévention des risques professionnels au sein de l'entreprise officinale. Elle s'inscrit dans une dynamique de mise en œuvre de mesures visant à la meilleure prévention possible et constitue un moyen essentiel pour préserver la santé et la sécurité des salariés sous la forme d'une recherche en amont, systématique et exhaustive, des facteurs de risque auxquels ils peuvent être exposés.

Le pharmacien titulaire d'officine et employeur est responsable de l'évaluation et de la maîtrise des risques pour la santé et la sécurité au travail. Il lui appartient donc d'initier et d'organiser l'évaluation a priori des risques, ainsi que d'assurer sa mise à jour.

L'évaluation a priori des risques pour la santé et la sécurité des salariés de l'équipe officinale comporte habituellement trois étapes :

1. une évaluation initiale comportant une identification des dangers par le recensement de l'ensemble de ceux-ci ;
2. la fixation de priorités en fonction des résultats de l'évaluation initiale (suivant probabilité et gravité des risques) ;
3. l'établissement d'un plan de prévention visant notamment la maîtrise des risques et la programmation des actions de réévaluation.

L'employeur consulte les représentants du personnel préalablement à toute démarche d'évaluation a priori des risques et sur les décisions qui en découlent. En l'absence d'Institutions Représentatives du Personnel (IRP), l'employeur associe ses salariés dans cette démarche collective et participative d'évaluation des risques ; ils fixent des objectifs et en assurent régulièrement le suivi.

L'évaluation des risques porte notamment sur l'environnement de travail, l'utilisation régulière ou non de matières et matériels spécifiques et l'organisation du travail.

Les résultats de l'évaluation de ces risques professionnels doivent être transcrits dans un document synthétique (dit «document unique»), conformément aux dispositions légales en vigueur, avec mise à jour annuelle ou lors de toute modification des conditions de travail.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels doit être tenu à la disposition de tous les salariés de l'entreprise officinale. Un avis affiché dans les lieux de travail devra préciser les modalités de consultation de ce document par le personnel.

L'employeur doit également établir et tenir à jour le registre unique regroupant les attestations de vérification et contrôles mis à sa charge au titre de l'hygiène et de la sécurité du travail ainsi que les observations éventuelles de l'inspection du travail. Il doit également conserver les fiches d'aptitude établies par le médecin du travail qui peuvent être réclamées à tout moment.

Il doit en outre tenir à disposition du médecin du travail et des salariés concernés les fiches de données de sécurité concernant les produits chimiques ; ces fiches sont fournies par le fournisseur de ces produits.

Une première annexe au présent accord établit une liste non exhaustive des principaux risques rencontrés en pharmacie d'officine.

Article 2

Les acteurs de la Santé au travail dans les entreprises officinales

2-1

Rôle et responsabilité du Pharmacien titulaire d'officine

Le pharmacien titulaire doit veiller à la stricte application des dispositions relatives à la sécurité sur les lieux de travail, en informant les salariés pendant leur temps de travail des consignes de sécurité nécessaires. Des actions de formation adaptées pourront être proposées au personnel. Dans tous les cas, la responsabilité de l'employeur pourrait être engagée en cas de non-respect des règles de sécurité au travail.

Des consignes compréhensibles seront affichées dans l'officine et notamment dans les locaux où sont stockées les matières inflammables.

La participation active de chaque salarié à la prévention des risques est nécessaire, non seulement pour assurer sa propre sécurité mais aussi celle de l'ensemble de l'équipe officinale du fait de ses actes.

En cas de danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, tout salarié quelle que soit la fonction exercée au sein de l'entreprise officinale, est en droit d'en aviser immédiatement l'employeur et de suspendre son activité ; le pharmacien titulaire doit prendre les mesures et donner les instructions nécessaires pour permettre aux salariés, en situation de danger grave, imminent et inévitable, d'arrêter le travail pour se mettre en sécurité.

L'employeur ne peut sanctionner le salarié qui déclenche la procédure d'alerte et de retrait, sauf abus par le salarié.

En cas d'intervention de salariés d'une entreprise extérieure, notamment d'une entreprise de nettoyage, le pharmacien titulaire devra informer le prestataire de services des consignes de sécurité applicables dans son officine.

2-2

Rôle et responsabilité du personnel d'encadrement

Le personnel d'encadrement, notamment les pharmaciens adjoints, doit veiller au respect par les salariés des consignes de sécurité. Il sera particulièrement vigilant à l'égard des jeunes en formation et des stagiaires en pharmacie.

Il peut être plus spécialement associé au titulaire de l'officine dans la recherche des mesures concourant à une amélioration des conditions de sécurité au travail.

2-3

Rôle et responsabilités des Institutions Représentatives du Personnel

Les Délégués du Personnel (DP) sont investis des missions dévolues aux membres du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), qu'ils exercent dans le cadre des heures de délégation qui leur sont propres. Ils ont notamment pour rôle de s'occuper des activités de prévention des risques professionnels. Ils ont un rôle d'alerte en cas d'atteinte aux droits des personnes ou à leur santé physique et mentale.

2-4

Rôle des partenaires extérieurs à l'entreprise officinale

Des structures extérieures à l'entreprise officinale peuvent concourir à améliorer la sécurité et la santé au travail au sein de l'officine en apportant une aide technique au chef d'entreprise ; il s'agit notamment des services inter-entreprises de santé au travail, des Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), des CRAM ou de tout consultant spécialisé dans ce domaine.

Article 3

Les services de santé au travail

Les parties signataires rappellent l'importance du rôle de conseil des Services de santé au travail auprès des employeurs, des salariés et, lorsqu'ils existent, des représentants du personnel afin d'éviter l'altération de la santé des salariés du fait de leur travail lors de leur vie professionnelle.

Les employeurs doivent veiller au respect de leurs obligations, à savoir :

- l'adhésion annuelle aux Services de santé au travail pour tous leurs salariés ;
- l'affichage de leurs coordonnées sur le lieu de travail ;
- le suivi médical obligatoire de leurs salariés :
 - lors de l'embauche,
 - après une absence d'au moins 21 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel,
 - après une absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident du travail,
 - après un congé de maternité,
 - après une absence pour cause de maladie professionnelle,
 - en cas d'absences répétées pour raison de santé.

Lors d'absences de longue durée, les employeurs et les salariés notamment, peuvent solliciter une visite de pré-reprise auprès de leur Service de santé au travail préalablement à la reprise du travail du salarié en vue de faciliter son retour à l'emploi au sein de la pharmacie d'officine ; l'avis du médecin du travail devra être à nouveau sollicité lors de la reprise effective de l'activité professionnelle.

La cotisation annuelle des employeurs à leur Service de santé au travail constitue un forfait annuel de prévention, indépendant de la périodicité du suivi médical individuel. Ce forfait finance un ensemble d'actions et de prestations définies par chaque Service en réponse aux besoins et aux souhaits de ses adhérents en contrepartie de leurs cotisations ; ces actions sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires comprenant des médecins du travail et, en lien avec eux, des intervenants d'autres disciplines (ex. ergonomie, métrologie en matière d'éclairage ou de bruit, psychologie, service social,...).

Ces actions comprennent notamment :

- l'aide à l'évaluation des risques professionnels (Fiche d'entreprise et Document unique) et la réalisation d'actions de prévention en milieu de travail pour prévenir ces risques, en lien avec leur évaluation et évolution dans le temps ;
- un suivi médical individuel des salariés, prioritairement ciblé sur les populations officinales les plus exposées aux risques professionnels auquel s'ajoutent, à tout moment, en tant que de besoin, des possibilités de visites à la demande de l'employeur ou du salarié ;
- des actions collectives et individuelles de sensibilisation et de prévention en sécurité et santé travail.

Ces différentes prestations sont organisées par les services de santé au travail sans surcoût pour les employeurs, afin de les aider à répondre à leur obligation de prévention vis-à-vis de leurs salariés. Il appartient en conséquence aux employeurs, de solliciter leur service de santé au travail afin d'exprimer leurs besoins au regard des prestations offertes.

Titre II

Prévention des risques psycho-sociaux dans les entreprises officinales

Article 4

Le stress au travail

4-1

Dispositions liminaires

Le stress au travail est considéré comme une préoccupation à la fois de l'employeur et des salariés nécessitant une action commune spécifique.

Le stress peut affecter potentiellement les salariés travaillant à l'officine quels que soient la taille de celle-ci, le poste occupé ou la relation d'emploi. Cependant, tous les salariés ne sont pas nécessairement affectés par le stress au travail.

La lutte contre le stress au travail doit conduire à une plus grande efficacité et à une amélioration de la santé et de la sécurité du travail, avec les bénéfices économiques et sociaux qui en découlent pour l'entreprise et ses salariés.

En conséquence, les partenaires sociaux souhaitent :

3 Augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress au travail par l'employeur, les salariés et leurs représentants, sans culpabiliser pour autant l'individu par rapport au stress.

3 Attirer leur attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail, et ce le plus précocement possible.

3 Fournir aux employeurs et aux salariés un cadre qui permette de faire face aux problèmes de stress au travail en le prévenant, en l'éliminant ou à défaut en le réduisant.

Dans ce cadre, ils considèrent que la préservation de la santé des salariés nécessite :

3 La mise en place d'une prévention efficace contre les problèmes générés par les facteurs de stress liés au travail,

3 L'information et la formation de l'ensemble des acteurs de l'officine,

3 La lutte contre les problèmes de stress au travail et la promotion de bonnes pratiques notamment de dialogue dans l'officine et dans les modes organisationnels pour y faire face,

3 La prise en compte de l'équilibre entre vie professionnelle, vie familiale et personnelle.

4-2

Description du stress au travail

Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. L'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses.

Différents individus peuvent toutefois réagir de manière différente à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires.

Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et causer des problèmes de santé (fatigue chronique, troubles musculo-squelettiques, atteintes cardiovasculaires, dépression,...).

Le stress lié au travail peut être provoqué par différents facteurs tels que le contenu et l'organisation du travail, l'environnement de travail, une mauvaise communication mais aussi par des facteurs d'origine extérieure au milieu du travail, susceptibles d'entraîner des changements de comportement et une réduction de l'efficacité au travail.

Aussi, toute manifestation de stress au travail ne doit pas être nécessairement considérée comme stress lié au travail.

4-3

Identification du stress au travail

4-3-1

Les indicateurs de stress au travail

Un certain nombre d'indicateurs potentiels de stress, sans toutefois être exhaustifs, peuvent révéler la présence de stress dans l'officine et constituer des signaux d'alerte éventuels.

Ce peut être le cas notamment :

— d'un niveau élevé d'absentéisme ;

— de plaintes répétées des salariés ;

— de demandes de visites spontanées des salariés auprès du médecin du travail ;

-
- d'un taux de fréquence élevé des accidents du travail;
 - de passages d'actes violents, d'énervements ou de pleurs inconsidérés ;
 - d'un climat interne dégradé ;
 - de relations difficiles avec la clientèle.

4-3-2

Les manifestations du stress au travail

Le stress au travail peut se manifester de diverses manières et produire notamment des effets d'ordre :

- physiologique ou émotionnel : nervosité, irritation, crises d'angoisse, palpitations ;
- cognitif : réduction de l'attention et de la perception, oublis, erreurs de délivrance ;
- comportemental : agressivité, impulsivité, démotivation ;

susceptibles d'emporter des effets négatifs tant à l'égard des autres membres de l'équipe officinale que dans les relations avec la clientèle.

4-3-3

L'analyse des causes du stress au travail

L'identification d'un problème de stress au travail doit passer par une analyse de ses causes telles que :

L'organisation du travail (dépassements excessifs et systématiques d'horaires, degré d'autonomie, mauvaise adéquation du travail à la capacité et aux moyens mis à la disposition des salariés, charge de travail réelle manifestement excessive, objectifs disproportionnés ou mal définis, mise sous pression systématique qui ne doit pas constituer un mode de management, etc...) ;

Les conditions et l'environnement de travail (exposition à un environnement agressif, à un comportement abusif, au bruit, à la chaleur, à des substances dangereuses, etc...) ;

L'insuffisance de communication au sein de l'officine quant aux objectifs attendus et au rôle de chaque salarié ;

Des facteurs subjectifs (pression émotionnelle et sociale, impression de ne pouvoir faire face à la situation, perception d'un manque de soutien, difficulté de conciliation entre vie personnelle et professionnelle, etc...).

Les services de santé au travail et le médecin du travail sont à cet égard un interlocuteur privilégié de l'entreprise officinale dans l'identification du stress au travail.

4-4

Prévention et élimination du stress au travail

4-4-1

Dès qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire.

La responsabilité de déterminer les mesures appropriées incombe à l'employeur.

Les salariés ont l'obligation générale de se conformer aux mesures de protection déterminées par l'employeur auxquelles les institutions représentatives du personnel et, à défaut, les salariés sont directement associés.

La lutte contre les causes et les conséquences du stress au travail peut être menée dans le cadre d'une procédure globale d'évaluation des risques dans l'entreprise ou d'une politique distincte et spécifique dans le domaine du stress au travail.

4-4-2

Prévenir ou éliminer le stress au travail inclut diverses mesures qui peuvent être collectives, individuelles ou concomitantes.

À ce titre, les organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés de la branche professionnelle de la pharmacie d'officine souhaitent réaffirmer le rôle pivot du médecin du travail au demeurant soumis au secret professionnel.

L'officine peut également, en tant que de besoin, faire appel à une expertise externe.

Peuvent notamment être mises en œuvre des mesures visant à :

- améliorer l'organisation, les conditions et l'environnement du travail ;
- assurer un soutien adéquat du pharmacien titulaire à l'équipe officinale ;
- donner aux personnes qui la composent l'opportunité d'échanger sur leur travail en vue d'une meilleure optimisation de celui-ci.

Article 5

Le harcèlement et la violence au travail

5-1

Dispositions liminaires

5-1-1

Le harcèlement et la violence sur le lieu de travail sont inacceptables et intolérables au sein de l'entreprise officielle.

Différentes formes de harcèlement et de violence peuvent se présenter sur le lieu de travail et revêtir des formes physiques, psychologiques ou sexuelles, constituer des incidents isolés ou des comportements plus systématiques, survenir entre collègues, entre supérieurs et subordonnés ou provenir de tiers.

Le harcèlement survient lorsqu'un ou plusieurs salariés sont à plusieurs reprises et délibérément malmenés, menacés et / ou humiliés dans des situations liées au travail.

La violence se manifeste lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des situations liées au travail.

Le harcèlement et la violence peuvent être le fait de l'employeur, d'un ou plusieurs salariés, de tiers, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à la dignité de la personne visée, de nuire à sa santé et / ou de créer un environnement de travail hostile.

5-1-2

L'employeur a l'obligation de protéger les salariés contre le harcèlement et la violence sur le lieu de travail.

Les plaintes doivent être étayées par des informations détaillées. Elles seront examinées et traitées sans délai injustifié, toutes les parties devant être entendues de manière impartiale et bénéficier d'un traitement équitable.

Les fausses accusations ne doivent pas être davantage tolérées et leurs auteurs s'exposent à des mesures disciplinaires.

5-1-3

Plus spécialement, l'employeur doit prévenir et s'abstenir lui-même de tout comportement portant atteinte à la dignité des salariés, notamment d'agissements de harcèlement sexuel ou moral dans les relations de travail.

5-2

Identifier le harcèlement sexuel ou moral

Tout harcèlement sexuel ou moral est prohibé dans les relations de travail au sein de l'entreprise officielle.

5-2-1

Le harcèlement sexuel

Sont constitutifs de harcèlement sexuel les agissements de toute personne dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit de tiers.

5-2-2

Le harcèlement moral

Sont constitutifs de harcèlement moral les agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail d'un salarié susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

5-2-3

Manifestations du harcèlement sexuel ou moral

Le harcèlement sexuel ou moral peut être exercé par l'employeur, les personnes qui lui sont substituées ou n'importe quel salarié de l'entreprise, indépendamment de tout lien hiérarchique.

Le harcèlement moral peut se manifester notamment par une mise à l'écart, des critiques répétées, des conditions de travail humiliantes, un dénigrement systématique du travail réalisé, une multiplication de sanctions injustifiées, l'imposition de nombreuses tâches subalternes sans lien avec la qualification.

5-2-4

Rôle des délégués du personnel et du médecin du travail

Le harcèlement sexuel ou moral relève notamment du droit d'alerte des délégués du personnel.

Le médecin du travail peut proposer des mutations ou transformations de postes justifiées par des considérations relatives à la santé physique ou mentale des salariés.

5-3

Prévenir le harcèlement sexuel ou moral

La protection de la santé physique et mentale de ses salariés constituant pour l'employeur une obligation de résultat, il est de la responsabilité de celui-ci de prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement sexuel ou moral dans l'entreprise.

5-4

Agir contre le harcèlement sexuel ou moral

Indépendamment de toute sanction éventuelle et afin d'éviter que des situations de harcèlement ne perdurent au sein de l'entreprise, il appartient à l'employeur ayant eu connaissance d'agissements susceptibles de constituer un harcèlement de prendre toutes mesures appropriées à l'effet d'y remédier, nonobstant l'appréciation pouvant être portée ultérieurement sur la qualification des faits en cause.

Tout salarié ayant procédé à des agissements constitutifs de harcèlement sexuel ou moral est par ailleurs passible d'une sanction disciplinaire.

Ni le salarié harcelé, ni les salariés qui témoignent de faits de harcèlement ne peuvent faire l'objet de sanction, discrimination ou licenciement pour ce motif.

Le salarié qui s'estime victime de harcèlement peut en faire part au médecin du travail auquel il appartient notamment, sans pour autant contrevenir au secret professionnel, d'attirer l'attention de l'employeur sur les agissements rapportés et proposer le cas échéant des mesures individuelles en vue de faire cesser toute forme éventuelle de harcèlement dans l'entreprise.

Une procédure de médiation peut également être engagée par toute personne s'estimant victime de harcèlement sexuel ou moral. Le choix du médiateur fait l'objet d'un accord entre les parties.

Il appartient au salarié qui s'estime victime d'un harcèlement d'établir les faits permettant de présumer l'existence du harcèlement. Au vu des éléments rapportés, il appartiendra le cas échéant à l'auteur présumé de faits de harcèlement d'apporter la preuve que les agissements en cause ne sont pas constitutifs de harcèlement sexuel ou moral.

Titre III

L'accès et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (TH) dans les entreprises officinales

Les partenaires sociaux, soucieux de concrétiser l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, réaffirment le principe de non discrimination à l'accès à l'emploi des personnes handicapées tout en souhaitant favoriser l'emploi de ces mêmes personnes.

Article 6

Dispositions liminaires

6-1

Par handicap, il convient d'entendre toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Est par ailleurs considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques.

La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH, anc. COTOREP).

Une attention toute particulière sera toutefois accordée aux personnes en situation de handicap mais dont pour autant la qualité de TH n'est pas officiellement reconnue par la CDAPH.

6-2

Le handicap ne peut être en lui-même un facteur de discrimination

Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison de son état de santé ou de son handicap.

Toutefois, les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail ne constituent pas

une discrimination dès lors que ces différences sont objectives, nécessaires et appropriées.

De même, les mesures appropriées prises par les employeurs en faveur des personnes handicapées en vue de favoriser l'égalité de traitement ne constituent pas une discrimination.

6-3

L'emploi et le maintien dans l'emploi des TH dans les entreprises officinales sont une priorité pour les partenaires sociaux de la Branche professionnelle, quelle que soit la taille de l'entreprise, étant toutefois rappelé, en conformité avec l'article 12 de la Convention Collective Nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, qu'une obligation d'emploi des TH s'impose à toutes les entreprises officinales dès lors qu'elles comptent au moins 20 salariés.

Les entreprises officinales concernées par cette obligation d'emploi doivent occuper, à temps plein ou à temps partiel, des TH, dans la proportion de 6 % de leur effectif total. À défaut de satisfaire en tout ou partie à cette obligation, elles doivent verser une contribution annuelle à l'Agefiph dont le montant est fixé par voie réglementaire.

6-4

Les partenaires sociaux souhaitent par ailleurs que les TH puissent accéder, sans discrimination de poste, à tout emploi disponible dans l'entreprise, compatible avec leur qualification.

6-5

Toute entreprise officinale souhaitant recruter des TH a la possibilité de s'adresser à des structures spécialisées nationales ou locales dont l'objet est de favoriser l'emploi de ces personnes (PDITH, Pôles Emploi, Agefiph).

6-6

Les partenaires sociaux soulignent également que toute entreprise officinale, quel que soit son effectif, peut solliciter une aide financière particulière auprès de l'Agefiph, en cas d'embauche de TH.

6-7

En cas d'embauche de TH, l'employeur s'engage à prendre toute disposition facilitant l'accès de celui-ci sur son lieu de travail. Les TH peuvent, sur leur demande, bénéficier d'aménagement d'horaires individualisés propre à leur faciliter l'accès à l'emploi ou l'exercice de celui-ci, sans que cette demande constitue pour autant une obligation pour l'employeur.

Article 7

Le maintien dans l'emploi

Le maintien dans l'emploi des salariés dont le handicap est reconnu est un objectif prioritaire pour les partenaires sociaux de la Branche professionnelle.

En conséquence, les entreprises officinales s'engagent à mettre en œuvre des actions adaptées pour maintenir dans l'emploi tout salarié reconnu handicapé ou qui le deviendrait, afin d'éviter autant que possible le licenciement du salarié.

7.1

L'adaptation du poste de travail

Au moment de la survenance du handicap ou en cas d'aggravation de la situation de santé du salarié reconnu comme TH, des mesures seront prises pour tenir compte de la nouvelle situation du salarié.

Après établissement d'un diagnostic de la situation du salarié, des préconisations d'actions peuvent selon l'avis du médecin du travail donner lieu à :

- un aménagement de l'accès au poste de travail, de l'ergonomie du poste et le cas échéant des locaux,
- un aménagement d'horaires ou le recours éventuel au passage à temps partiel...
- la recherche d'un autre poste, en concertation avec le salarié dans le cas où la fonction ou l'exercice de la fonction ne seraient plus compatibles avec le handicap.

7.2

L'attention aux personnes en situation de handicap mais non reconnues en qualité de travailleur handicapé

Afin de mieux prendre en compte les situations de handicap, une attention particulière doit être accordée aux personnes non bénéficiaires de l'obligation d'emploi et qui seraient susceptibles de l'être. La reconnaissance de leur état permet aux intéressés de bénéficier de mesures particulières.

Afin de faciliter la reconnaissance du handicap, diverses mesures peuvent ainsi être mises œuvre dans les entreprises officinales. Elles consistent notamment à :

-
- donner une information accessible en permanence à l'ensemble des salariés sur leurs droits et les démarches à accomplir en matière de reconnaissance du handicap,
 - veiller à ce que les salariés absents pour longue maladie restent informés de leur situation administrative et financière dans le cadre de cette absence,
 - faciliter les démarches des salariés concernés pour accomplir les formalités liées au handicap.

7.3.

Les réunions «maintien dans l'emploi»

Afin d'identifier des situations particulières liées au handicap et de mettre en place des actions appropriées à chaque cas, des réunions peuvent être organisées par l'employeur en relation avec le médecin du travail ou avec des partenaires extérieurs à l'entreprise (tels que l'AGEFIPH, les Maisons du Handicap, l'ANACT et les ARACT) en fonction des besoins rencontrés dans la mise en œuvre de toute action liée au handicap et à l'adaptation de ces salariés dans l'entreprise.

Article 8

Le recrutement de collaborateurs handicapés

Dans les entreprises officinales, indépendamment de l'obligation d'emploi concernant les entreprises d'au moins 20 salariés, tous les postes, existants ou à créer, sont réputés ouverts aux personnes handicapées.

Les employeurs s'engagent à diversifier leur stratégie de recherche de candidats. Ils peuvent à cet égard s'appuyer notamment, sur les moyens suivants :

- le référencement des services de recrutement spécialisés,
- l'utilisation du site Emploi de l'Agefiph.

Article 9

L'accueil et l'insertion des TH

9.1

Les entreprises officinales peuvent organiser des actions de communication et de formation ayant pour objectif l'intégration durable des salariés handicapés.

9.2

Pour faciliter la prise de poste ou le retour des TH dans leur fonction, les entreprises officinales peuvent mettre en place un dispositif de tutorat organisé comme suit :

- Tout salarié handicapé se voit proposer l'accompagnement d'un tuteur lors de sa prise ou reprise de fonction.,
- Toute personne ayant un lien professionnel avec les fonctions exercées par le salarié handicapé peut se porter volontaire pour assurer ce tutorat. Le tuteur est désigné sur la base du volontariat par l'employeur qui lui permet de disposer du temps nécessaire à accomplir sa mission. Il rend compte régulièrement de la situation auprès de l'employeur,
- En cas d'acceptation, le tuteur est chargé de la mise en œuvre du retour à l'emploi du TH,
- Afin de faciliter sa mission, des formations ponctuelles sur l'approche des handicaps pourront être organisées. À cet effet, des actions locales pourront être menées avec les professionnels de santé et des spécialistes en la matière, notamment avec les services de Santé au travail.

Article 10

La gestion des carrières

Les partenaires sociaux rappellent que toutes les promotions sont ouvertes aux salariés handicapés.

Par ailleurs, s'agissant :

- des salariés bénéficiaires de l'obligation d'emploi qui souhaiteraient changer de poste ou de métier,
- des salariés fragilisés par l'aggravation de maladies susceptibles de devenir invalidantes afin d'anticiper d'éventuels reclassements,

les partenaires sociaux proposent la mise en œuvre de mesures particulières suivantes :

- d'une part, les employeurs peuvent proposer à ces salariés des entretiens de suivi réguliers en liaison avec leur tuteur mentionné à l'article 9 ci-dessus. Ces entretiens sont également proposés dans le cas d'une longue absence du salarié, afin de maintenir la relation de celui-ci avec l'entreprise ;
- d'autre part, en concertation avec le Médecin du Travail et en fonction des besoins identifiés, il est recherché des aménagements aux conditions de travail du salarié en situation de handicap (adaptations du poste, de l'organisation du travail, de l'horaire de travail, des conditions de transport...).

La formation personnalisée et adaptée des salariés en situation de handicap fera par ailleurs l'objet d'une attention particulière dans le cadre du déroulement de leur carrière, étant également rappelé que les employeurs devront veiller à un égal accès aux dispositifs de formation des salariés handicapés.

Article 11 **Suivi**

11.1

Les parties signataires souhaitent enfin promouvoir une démarche de diagnostic au niveau de la branche afin d'appréhender l'état des lieux en matière d'emploi des travailleurs handicapés.

Il est par ailleurs convenu que la branche utilisera l'offre de services de l'AGEFIPH lui permettant d'obtenir un financement pour ce diagnostic.

11.2

Une seconde annexe au présent accord résume les aides et services proposés par l'AGEFIPH aux entreprises.

11.3

Un bilan global sera par ailleurs effectué chaque année au niveau de la Branche professionnelle afin d'évaluer les résultats des actions menées au cours de cette période.

Article 12 **Date d'effet**

Le présent accord prend effet à la date de sa conclusion et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Annexe 1 - Principaux risques professionnels en pharmacie d'officine (liste non exhaustive)

1) Environnement de travail

Risques d'agression (verbale, physique)

Risques de chute (hauteur, plain-pied, escalier,...)

Risques de chute d'objets

Risques de choc (notamment contre le tiroir ouvert,...)

Risques biologiques (contact du public,...)

Port de charges

Station debout prolongée (problèmes de circulation veineuse, problèmes de dos,...)

Éclairage des postes de travail

2) Matières ou matériels

Récupération de déchets - DASRI

Incendie, Explosion

Produits toxiques manipulés

Allergies dermiques et respiratoires (préparations magistrales)

Monte-charges (écrasements, chocs)

Installations électriques

3) Organisation du travail

Pénurie de personnel

Réception des livraisons

Livraisons et Portage à domicile

4) Autres

Intervenants extérieurs (travaux, entretien)

Stress, harcèlement

Annexe 2 - Agefiph, mode d'emploi : les aides et les services proposés aux

entreprises

L'Agefiph propose une palette d'aides et de services à l'attention des entreprises, sans distinction d'effectif, qui souhaitent recruter un travailleur handicapé, l'accompagner dans son évolution professionnelle ou le reclasser lorsque le handicap survient ou s'aggrave.

1) Le recrutement d'un collaborateur handicapé

- a. incitation au recrutement en CDI ou Contrat de Formation, par le versement d'aides spécifiques,
- b. financement possible de l'aménagement du poste de travail,
- c. accompagnement de l'entreprise dans ses démarches par l'intermédiaire d'un réseau local de professionnels : Cap Emploi (organisme de placement spécialisé) et Sameth (organisme d'appui au maintien dans l'emploi des TH).

2) Le reclassement d'un salarié en poste

- a. Versement éventuel d'une première subvention forfaitaire pour couvrir dans l'urgence les premières dépenses et éviter tout licenciement,
- b. Accompagnement de l'entreprise par des professionnels spécialisés (réseau Sameth, Cap Emploi,...) afin de rechercher la solution la mieux adaptée.

3) L'accompagnement du salarié dans son évolution professionnelle

- a. Financement possible d'un bilan de compétences, puis d'une formation si nécessaire...
- b. Accompagnement individualisé du salarié pour compenser sa situation de handicap,
- c. Soutien de l'entreprise afin de réaliser une étude préalable à tout aménagement du poste ou de l'outil de travail du salarié.

Une seule adresse : [www. agefiph.fr/espace entreprise](http://www.agefiph.fr/espace entreprise)

L'Agefiph, propose également un service destiné aux entreprises afin de les rendre accessibles et ouvertes à tous : Au-delà des travailleurs handicapés, cette démarche citoyenne concerne tous les publics fréquentant la pharmacie d'officine. Il s'agit d'une part, d'une base de ressources via internet et d'autre part, d'une démarche d'accompagnement destinée aux seules entreprises occupant 20 salariés et plus.

- 1. Une base de ressources informatique interrogeable gracieusement sur le site www.agefiph.fr centralise l'ensemble des informations utiles pour rendre les locaux et les équipements de l'officine accessibles à tous.
- 2. Un diagnostic gratuit effectué par un expert missionné par l'Agefiph permet d'évaluer les interventions nécessaires pour rendre les locaux accessibles ; un financement du montant des travaux peut être proposé à l'entreprise.

Mesures d'urgence Covid-19 prévoyance et santé

Accord du 10 avril 2020

[Non étendu, applicable à compter du 10 avril 2020]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CFDT ;

CFE CGC ;

CFTC ;

CGT ;

FO ;

UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu l'ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 adaptant temporairement les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et modifiant, à titre exceptionnel, les dates limites et les modalités de versement des sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation ;

Vu l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle ;

Vu le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 modifié portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus ;

Vu le décret n° 2020-193 du 4 mars 2020 relatif au délai de carence applicable à l'indemnité complémentaire à l'allocation journalière pour les personnes exposées au coronavirus ;

Vu le décret n° 2020-325 du 25 mars 2020 relatif à l'activité partielle ;

Vu l'arrêté du 31 mars 2020 modifiant le contingent annuel d'heures indemnifiables au titre de l'activité partielle pour l'année 2020 ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes, notamment son Annexe IV - Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité - Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017 étendu portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, modifié en dernier lieu par avenant du 10 janvier 2020 ;

Vu l'accord collectif national du 10 avril 2020 relatif à l'utilisation des réserves des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018 ;

Préambule

Dans le contexte de crise sanitaire due à l'épidémie de covid-19, les parties signataires sont convenues, par dérogation aux dispositions de la convention collective nationale susvisée et de ses annexes, de mesures d'urgence assurant :

- le maintien des garanties prévoyance et santé au bénéfice des salariés placés en situation d'activité partielle telle que définie par l'article L. 5122-1 du code du travail ;*
- le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par l'assurance maladie pour les trois premiers jours des arrêts de travail pour lesquels les dispositions légales et réglementaires susvisées écartent l'application du délai de carence mentionné à l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale ;*
- le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par l'assurance maladie pour les arrêts de travail visés par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 susvisé ou par une décision de l'assurance maladie résultant d'un avis ou une recommandation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident. Il s'agit notamment des arrêts de travail délivrés aux personnes ayant été en contact avec une personne malade du covid-19 ou ayant séjourné dans une zone concernée par un foyer épidémique de ce même virus, des arrêts de travail pour garde d'enfant et des arrêts de travail délivrés, à titre préventif, aux personnes présentant un risque de développer une forme grave d'infection telles que définies par le HCSP dans un avis rendu le 14 mars 2020 ou aux personnes qui partagent leur domicile avec une de ces personnes à risque.*

Article 1er

Maintien des garanties en cas d'activité partielle

À compter du 16 mars 2020, les salariés placés en position d'activité partielle, telle que définie par l'article L. 5122-1 du code du travail, bénéficient du maintien de l'ensemble des garanties des régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine, telles que prévues aux Annexes IV-1, IV-2 et IV-3 de la convention collective susvisée.

Ce maintien donne lieu au paiement, par les employeurs comme par les salariés, des cotisations afférentes aux régimes de prévoyance et de frais de soins de santé, calculées conformément aux taux fixés par la convention collective susvisée, ainsi qu'aux cotisations dues au titre du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine institué par l'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé.

Ces cotisations sont assises sur le salaire perçu, le montant de l'indemnité d'activité partielle versée par l'employeur au salarié ainsi que, le cas échéant, sur l'éventuel complément de rémunération assuré par l'employeur.

La quote-part salariée des cotisations assises sur l'indemnité d'activité partielle versée par l'employeur peut être remboursée par le Fonds HDS de la Pharmacie d'officine sous réserve du paiement effectif par l'officine des cotisations dues au titre du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine.

Le montant de l'indemnité d'activité partielle versée au salarié ainsi que, le cas échéant, l'éventuel complément de rémunération assuré par l'employeur sont pris en compte dans le calcul du traitement de base servant à la détermination des prestations de prévoyance définies par l'annexe IV.1 de la convention collective nationale susvisée et du salaire de référence servant à la détermination des prestations de prévoyance définies par son annexe IV.2

Article 2 **Indemnisation des arrêts de travail liés au covid-19**

Article 2.1 **Indemnisation des jours de carence**

Les arrêts de travail pour lesquels les dispositions légales et réglementaires susvisées écartent l'application du délai de carence mentionné à l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale ouvrent droit, durant ce même délai, au versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières servies par l'assurance maladie calculées et payées selon les mêmes dispositions que celles prévues :

- à l'article 5 de l'annexe IV.1 de la convention collective nationale susvisée pour le personnel non cadre ;
- à l'article IV - A.1 et IV - A.3 de l'annexe IV.2 de la convention collective nationale susvisée pour le personnel cadre et assimilé.

Article 2.2 **Indemnisation des arrêts de travail non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident**

Les arrêts de travail visés par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 susvisé ou par une décision de l'assurance maladie résultant d'un avis ou une recommandation du HCSP et non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident sont assimilés à des arrêts pour maladie ou accident et pris en charge selon les mêmes modalités (franchise, montant, paiement) que celles prévues en cas d'incapacité de travail par les annexes IV.1 et IV.2 de la convention collective nationale susvisée pour une durée prenant fin au plus tard le 31 mai 2020.

Il s'agit notamment des arrêts de travail délivrés aux personnes ayant été en contact avec une personne malade du covid-19 ou ayant séjourné dans une zone concernée par un foyer épidémique de ce même virus, des arrêts de travail pour garde d'enfant et des arrêts de travail délivrés à titre préventif aux personnes présentant un risque de développer une forme grave d'infection telles que définies par le HCSP dans un avis rendu le 14 mars 2020 ou aux personnes qui partagent leur domicile avec une de ces personnes à risque.

Article 2.3 **Dispositions communes**

Les arrêts de travail antérieurs au 10 avril 2020 ouvrent droit aux indemnités complémentaires prévues aux articles 2.1 et 2.2 du présent accord dès lors qu'ils respectent les conditions fixées par ces articles en vue de leur versement et qu'ils sont postérieurs au 2 février 2020 pour les arrêts des personnes ayant été en contact avec une personne malade du covid-19 ou ayant séjourné dans une zone concernée par un foyer épidémique de ce même virus et au 10 mars 2020 pour les autres arrêts.

Lorsque le versement des indemnités complémentaires mentionnées aux articles 2.1 et 2.2 du présent accord s'effectue par l'intermédiaire de l'employeur, ce dernier reverse au salarié concerné l'intégralité des indemnités sous déduction des contributions sociales et fiscales afférentes à ces indemnités.

L'employeur peut être amené à compléter ces indemnités en application des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail et des dispositions de la convention collective nationale susvisée pour respecter ses obligations de maintien de salaire légales et conventionnelles.

Les indemnités complémentaires prévues aux articles 2.1 et 2.2 du présent accord sont financées par les réserves des régimes de prévoyance et frais de soins de santé constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018, conformément aux dispositions de l'article 1.2.5 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 relatif au suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé de la Pharmacie d'officine et à l'utilisation des réserves constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018, dans les conditions et selon les modalités fixées par cet accord et la convention qui lui est annexée.

Article 3 **Dispositions finales**

Le présent accord prend effet à compter du 10 avril 2020.

Conclu pour une durée déterminée, il cessera de produire effet le 31 mai 2020

Les parties signataires s'engagent expressément à se rencontrer avant le 31 mai 2020 afin d'apprécier, en cas de prolongement de l'état d'urgence sanitaire et des dispositions dérogatoires au versement des prestations en espèces de la Sécurité sociale, l'opportunité de conclure un avenant de prorogation de la date d'effet des dispositions du présent accord au-delà du 31 mai 2020, et d'intégrer les dispositions de l'article 1 dans les annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine afin de pérenniser les dispositions relatives au maintien des garanties prévoyance et santé en cas de chômage partiel au-delà du 31 mai 2020.

Le présent accord sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente. Il pourra être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2016). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 6 juillet 2020

[Étendu par arr. 18 août 2020, JO 21 août, applicable à compter du 6 juill. 2020 et cessera de produire effet le 31 déc. 2020]

Avenant 15 déc. 2020, non étendu, applicable à compter du 15 déc. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE CGC ;

CFTC ;

CGT ;

FO ;

UNSA.

Avenant 13 janv. 2021, non étendu, applicable à compter du 10 janv. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE CGC ;

CFTC ;

CGT ;

FO ;

UNSA.

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CGT ;

CFDT ;

CGT FO ;

CFE CGC ;

CFTC ;

UFIC UNSA.

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 modifiée d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020, notamment son article 20 ;

Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions relatives à la crise sanitaire, à d'autres mesures d'urgences ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne, notamment son article 12 ;

Vu l'ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 modifiée adaptant temporairement les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et modifiant, à titre exceptionnel, les dates limites et les modalités de versement des sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation ;

Vu l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 modifiée portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle ;

Vu le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 modifié portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus ;

Vu le décret n° 2020-325 du 25 mars 2020 relatif à l'activité partielle ;

Vu le décret n° 2020-434 du 16 avril 2020 relatif à l'adaptation temporaire des délais et modalités de versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail ;

Vu l'arrêté du 31 mars 2020 modifiant le contingent annuel d'heures indemnisables au titre de l'activité partielle pour l'année 2020 ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes, notamment son Annexe IV - Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017 étendu portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, modifié en dernier lieu par avenant du 10 janvier 2020 ;

Vu l'accord collectif national du 10 avril 2020 relatif à l'utilisation des réserves des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018 ;

Vu l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine.

Préambule

Avenant 15 déc. 2020, non étendu, applicable à compter du 15 déc. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE CGC ;

CFTC ;

CGT ;

FO ;

UNSA.

Avenant 13 janv. 2021, non étendu, applicable à compter du 10 janv. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE CGC ;

CFTC ;

CGT ;

FO ;

UNSA.

Connaissance prise des dispositions légales et réglementaires intervenues depuis le 10 avril 2020, les parties signataires sont convenues, par dérogation aux dispositions de la convention collective nationale susvisée et de ses annexes, de prolonger, compléter et adapter le cas échéant, les dispositions portant mesures d'urgence en matière de prévoyance et santé issues de l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé en assurant :

— à compter du 12 mars 2020 et jusqu'au 31 décembre 2020 (*Avenant 15 déc. 2020, non étendu : les termes «31 décembre 2020» sont remplacés par les termes «30 juin 2021»*) inclus, le maintien des garanties prévoyance et santé au bénéfice des salariés placés en situation d'activité partielle telle que définie par l'article L. 5122-1 du code du travail ;

— à compter du 1^{er} juin 2020, le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par

l'assurance maladie pour les trois premiers jours des arrêts de travail pour lesquels les dispositions légales et réglementaires susvisées écartent l'application du délai de carence mentionné à l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale. Cette mesure s'applique jusqu'au 10 juillet 2020 inclus pour les arrêts de travail visés à l'article 8 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 susvisée, et jusqu'au 10 octobre 2020 inclus pour les arrêts de travail visés à l'article 1^{er} du décret n° 2020-73 du 31 janvier susvisé et non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident (*Avenant 15 déc. 2020, non étendu : les termes «et jusqu'au 10 octobre 2020 inclus pour les arrêts de travail visés à l'article 1^{er} du décret n° 2020-73 du 31 janvier susvisé et non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident» sont remplacés par les termes «et jusqu'à la date fixée à l'article 3 du décret n° 2020-73 du 31 janvier susvisé pour les salariés faisant l'objet d'une mesure d'isolement en tant que contact à risque de contamination au sens de l'article 1^{er} de ce même décret»*) (*Phrase précédente remplacée par Avenant 13 janv. 2021, non étendu*) Cette mesure s'applique jusqu'au 10 juillet 2020 inclus pour les arrêts de travail visés à l'article 8 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 susvisée. Elle s'applique également, jusqu'à la date fixée au premier alinéa du II de l'article 12 du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé, aux salariés faisant l'objet d'une mesure d'isolement en tant que contact à risque de contamination au sens du quatrième alinéa de l'article 1^{er} de ce même décret d'une part, ainsi qu'aux arrêts de travail visés aux cinquième et sixième alinéas de l'article 1^{er} de ce même décret (arrêts «symptômes covid» et arrêts «positif covid») intervenus à compter du 10 janvier 2021 d'autre part ;

— à compter du 1^{er} juin 2020 et jusqu'au 10 octobre 2020 inclus, le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par l'assurance maladie pour les arrêts de travail visés par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 susvisé et non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident. Il s'agit des arrêts de travail délivrés aux personnes ayant été en contact avec une personne malade du covid-19 ou ayant séjourné dans une zone concernée par un foyer épidémique de ce même virus.

— (*Al. précédent remplacé par Avenant 15 déc. 2020, non étendu*) à compter du 1^{er} juin 2020 et jusqu'à la date fixée à l'article 3 du décret n° 2020-73 du 31 janvier susvisé, le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par l'assurance maladie pour les salariés faisant l'objet d'une mesure d'isolement en tant que contact à risque de contamination au sens de l'article 1^{er} de ce même décret.

- (*Al. précédent remplacé par Avenant 13 janv. 2021, non étendu*) à compter du 1^{er} juin 2020 et jusqu'à la date fixée au premier alinéa du II de l'article 12 du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé, le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par l'assurance maladie pour les salariés faisant l'objet d'une mesure d'isolement en tant que contact à risque de contamination au sens du quatrième alinéa de l'article 1^{er} de ce même décret d'une part, ainsi que pour les arrêts de travail visés au cinquième alinéa de l'article 1^{er} de ce même décret (arrêts «symptômes covid») intervenus à compter du 10 janvier 2021 d'autre part.

Article 1er

Maintien des garanties en cas d'activité partielle

Avenant 15 déc. 2020, non étendu, applicable à compter du 15 déc. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE CGC ;

CFTC ;

CGT ;

FO ;

UNSA.

À compter du 12 mars 2020, et jusqu'au 31 décembre 2020 (*Avenant 15 déc. 2020, non étendu : les termes «31 décembre 2020» sont remplacés par les termes «30 juin 2021»*) inclus, les salariés placés en position d'activité partielle, telle que définie par l'article L. 5122-1 du code du travail, et le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient du maintien de l'ensemble des garanties des régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine, telles que prévues aux Annexes IV-1, IV-2 et IV-3 de la convention collective susvisée.

Ce maintien donne lieu au paiement, par les employeurs comme par les salariés, des cotisations afférentes aux régimes de prévoyance et de frais de soins de santé, calculées conformément aux taux fixés par la convention collective susvisée, ainsi qu'aux cotisations dues au titre du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine institué par l'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé.

Ces cotisations sont assises sur le salaire brut perçu au titre des heures travaillées, sur le montant brut de l'indemnité d'activité partielle versée par l'employeur au salarié au titre des heures non travaillées ainsi que, le cas échéant, sur le montant brut de l'éventuel complément de rémunération assuré par l'employeur.

Les salariés peuvent obtenir une aide financière du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine contribuant au financement de la quote-part salariée des cotisations assises sur l'indemnité d'activité partielle versée par l'employeur au titre des mois de mars à juin 2020 inclus, sous réserve du paiement effectif par l'officine des cotisations dues au titre du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine.

Cette aide est calculée en multipliant le nombre d'heures d'activité partielle mentionné sur les bulletins de salaire des mois de mars à juin 2020 inclus par le montant horaire forfaitaire ci-après, selon la catégorie de personnel et le régime d'assurance maladie dont relève le salarié. Les montants horaires ci-après ont été déterminés en tenant compte de la part salariale des taux de cotisations prévoyance et santé du régime de base définis par l'Annexe IV de la convention collective nationale de la Pharmacie d'officine et d'un salaire moyen pour chaque catégorie de personnel.

Aide forfaitaire par heure d'activité partielle	Cadres et assimilés	Non cadres
Salarié relevant du Régime général	0,19 €	0,24 €
Salarié relevant du Régime Alsace-Moselle	0,12 €	0,21 €

Le montant de l'indemnité d'activité partielle versée au salarié ainsi que, le cas échéant, l'éventuel complément de rémunération assuré par l'employeur sont pris en compte dans le calcul du traitement de base servant à la détermination des prestations de prévoyance définies par l'Annexe IV-1 de la convention collective nationale susvisée et du salaire de référence servant à la détermination des prestations de prévoyance définies par son Annexe IV-2.

Article 2

Indemnisation des arrêts de travail

Avenant 15 déc. 2020, non étendu, applicable à compter du 15 déc. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE CGC ;

CFTC ;

CGT ;

FO ;

UNSA.

Avenant 13 janv. 2021, non étendu, applicable à compter du 10 janv. 2021⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFE CGC ;

CFTC ;

CGT ;

FO ;

UNSA.

Article 2.1

Indemnisation des jours de carence

À compter du 1^{er} juin 2020, les arrêts de travail pour lesquels les dispositions légales et réglementaires susvisées écartent l'application du délai de carence mentionné à l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale ouvrent droit, durant ce même délai, au versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières servies par l'assurance maladie calculées et payées selon les mêmes dispositions que celles prévues :

— à l'article 5 de l'annexe IV.1 de la convention collective nationale susvisée pour le personnel non cadre ;

— à l'article IV-A.1 et IV-A.3 de l'annexe IV.2 de la convention collective nationale susvisée pour le personnel cadre et assimilé.

Cette mesure s'applique jusqu'au 10 juillet 2020 inclus pour les arrêts de travail visés à l'article 8 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 susvisée, et jusqu'au 10 octobre 2020 inclus pour les arrêts de travail visés à l'article 1^{er} du

décret n° 2020-73 du 31 janvier susvisé et non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident (Avenant 15 déc. 2020, non étendu : les termes «et jusqu'au 10 octobre 2020 inclus pour les arrêts de travail visés à l'article 1^{er} du décret n° 2020-73 du 31 janvier susvisé et non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident» sont remplacés par les termes «et jusqu'à la date fixée à l'article 3 du décret n° 2020-73 du 31 janvier susvisé pour les salariés faisant l'objet d'une mesure d'isolement en tant que contact à risque de contamination au sens de l'article 1^{er} de ce même décret») (Phrase précédente remplacée par Avenant 13 janv. 2021, non étendu) Cette mesure s'applique jusqu'au 10 juillet 2020 inclus pour les arrêts de travail visés à l'article 8 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 susvisée. Elle s'applique également, jusqu'à la date fixée au premier alinéa du II de l'article 12 du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé, aux salariés faisant l'objet d'une mesure d'isolement en tant que contact à risque de contamination au sens du quatrième alinéa de l'article 1^{er} de ce même décret d'une part, ainsi qu'aux arrêts de travail visés aux cinquième et sixième alinéas de l'article 1^{er} de ce même décret (arrêts «symptômes covid» et arrêts «positif covid») intervenus à compter du 10 janvier 2021 d'autre part ;

Article 2.2

Indemnisation des arrêts de travail non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident

À compter du 1^{er} juin 2020, les arrêts de travail visés par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 susvisé (Avenant 13 janv. 2021, non étendu : les termes «les arrêts de travail visés par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 susvisé» sont remplacés par les termes «les arrêts de travail visés par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 et par le décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisés») et non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident sont assimilés à des arrêts pour maladie ou accident et pris en charge selon les mêmes modalités (franchise, montant, paiement) que celles prévues en cas d'incapacité de travail par les Annexes IV.1 et IV.2 de la convention collective nationale susvisée.

Cette mesure, qui concerne les arrêts de travail délivrés aux personnes ayant été en contact avec une personne malade du covid-19 ou ayant séjourné dans une zone concernée par un foyer épidémique de ce même virus, s'applique aux arrêts de travail survenus jusqu'au 10 octobre 2020 inclus.

(Al. précédent remplacé par Avenant 15 déc. 2020, non étendu) Cette mesure, qui concerne les salariés faisant l'objet d'une mesure d'isolement en tant que contact à risque de contamination au sens de l'article 1^{er} du décret n° 2020-73 du 31 janvier, s'applique jusqu'à la date fixée à l'article 3 de ce même décret.

(Al. précédent remplacé par Avenant 13 janv. 2021, non étendu) Cette mesure, qui concerne les salariés faisant l'objet d'une mesure d'isolement en tant que contact à risque de contamination au sens du quatrième alinéa de l'article 1^{er} du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé d'une part, ainsi que les arrêts de travail visés au cinquième alinéa de l'article 1^{er} du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé (arrêts «symptômes covid») intervenus à compter du 10 janvier 2021 d'autre part, s'applique jusqu'à la date fixée au premier alinéa du II de l'article 12 dudit décret.

Article 2.3

Dispositions communes

Lorsque le versement des indemnités complémentaires mentionnées aux articles 2.1 et 2.2 du présent accord s'effectue par l'intermédiaire de l'employeur, ce dernier reverse au salarié concerné l'intégralité des indemnités sous déduction des contributions sociales et fiscales afférentes à ces indemnités.

L'employeur peut être amené à compléter ces indemnités en application des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail et des dispositions de la convention collective nationale susvisée pour respecter ses obligations de maintien de salaire légales et conventionnelles.

Les indemnités complémentaires prévues à l'article 2.1 du présent accord sont financées par les réserves des régimes de prévoyance et frais de soins de santé constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018, conformément aux dispositions de l'article 1.2.5 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 relatif au suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé de la Pharmacie d'officine et à l'utilisation des réserves constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018 susvisé, dans les conditions et selon les modalités fixées par cet accord et la convention qui lui est annexée.

Les indemnités complémentaires prévues à l'article 2.2 sont intégrées à la charge de prestations des régimes de prévoyance définis à l'Annexe IV de la convention collective de la Pharmacie d'officine au même titre que les indemnités complémentaires versées au titre des arrêts liés à une maladie ou à un accident.

Article 3

Dispositions finales

Avenant 15 déc. 2020, non étendu, applicable à compter du 15 déc. 2020⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.
Syndicat(s) de salariés :
CFDT ;
CFE CGC ;
CFTC ;
CGT ;
FO ;
UNSA.

Le présent accord prend effet à compter du 6 juillet 2020.

Conclu pour une durée déterminée, il cessera de produire effet le 31 décembre 2020 (*Avenant 15 déc. 2020, non étendu : les termes «31 décembre 2020» sont remplacés par les termes «1^{er} juillet 2021»*).

Le présent accord sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente. Il pourra être révisé ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2016). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Accord du 16 novembre 2021

[Étendu par arr. 3 juin 2022, JO 17 juin, applicable à compter du 1^{er} juill. 2021 et cessera de produire effet le 31 déc. 2022]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

USPO ;

FSPF.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CGT-FO ;

CGE-CGC ;

CGT ;

UNSA.

Mod. par Avenant 24 janv. 2022, étendu par arr. 3 juin 2022, JO 17 juin, applicable à compter du 1^{er} janv. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Avenant 5 déc. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Vu le code du travail ;
 Vu le code de la sécurité sociale ;
 Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 modifiée d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;
 Vu la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020 modifiée, notamment son article 20 ;
 Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 modifiée prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;
 Vu la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 modifiée relative à la gestion de la crise sanitaire, notamment ses articles 12 et suivants ;
 Vu la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, notamment son article 13 ;
 Vu l'ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 modifiée adaptant temporairement les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et modifiant, à titre exceptionnel, les dates limites et les modalités de versement des sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation ;
 Vu le décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 modifié prévoyant l'application de dérogations relatives au bénéfice des indemnités journalières et de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail ainsi qu'aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie de certains frais de santé afin de lutter contre l'épidémie de covid-19 ;
 Vu l'instruction interministérielle n° DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021 relative au traitement social du financement patronal de la prévoyance complémentaire collective et obligatoire en cas de suspension du contrat de travail ;
 Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes, notamment son Annexe IV - Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité- Paternité et Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine ;
 Vu l'accord collectif national du 2 octobre 2017 étendu portant recommandation de l'APGIS pour l'assurance des Régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine et instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, modifié en dernier lieu par avenant du 10 janvier 2020 ;
 Vu l'accord collectif national du 10 avril 2020 relatif à l'utilisation des réserves des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018 ;
 Vu l'accord collectif national du 10 avril 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 en matière de prévoyance et snté dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ;
 Vu l'accord collectif national étendu du 6 juillet 2020 modifié portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine.

Préambule

Mod. par Avenant 24 janv. 2022, étendu par arr. 3 juin 2022, JO 17 juin, applicable à compter du 1^{er} janv. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Avenant 5 déc. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Compte tenu de l'arrivée à leur terme des accords collectifs nationaux des 10 avril 2020 et 6 juillet 2020 susvisés et connaissance prise des dispositions issues notamment de la loi du 5 août 2021 susvisée, les parties signataires sont convenues d'assurer :

- à compter du 1^{er} juillet 2021, le maintien des garanties prévoyance et santé au bénéfice des salariés placés en situation d'activité partielle telle que définie par l'article L. 5122-1 du code du travail ;
- (Avenant 24 janv. 2022, étendu) à compter du 1^{er} juillet 2021 et pendant toute la durée d'application de l'article 1^{er} du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé *soit jusqu'au 31 décembre 2022 (Termes ajoutés par Avenant 5 déc. 2022, non étendu)*, le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par l'assurance maladie pour les trois premiers jours des arrêts de travail visés à l'article 1^{er} de ce même décret ;
- (Avenant 24 janv. 2022, étendu) à compter du 1^{er} juillet 2021 et pendant toute la durée d'application de l'article 1^{er} du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé *soit jusqu'au 31 décembre 2022 (Termes ajoutés par Avenant 5 déc. 2022, non étendu)*, le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par l'assurance maladie pour les salariés qui se trouvent dans les cas d'arrêts de travail non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident visés à l'article 1^{er} de ce même décret ;
- (Tiret précédent remplacé par Avenant 5 déc. 2022, non étendu) *jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par l'assurance maladie pour les trois premiers jours des arrêts de travail établis à raison de l'isolement des salariés contaminés par la covid-19 ;*
- à compter du 9 août 2021, le maintien des garanties prévoyance et santé au bénéfice des salariés placés en situation d'interdiction d'exercice et dont le contrat de travail est suspendu en application des dispositions de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 susvisée.

Article 1er **maintien des garanties en cas d'activité partielle**

À compter du 1^{er} juillet 2021, les salariés placés en position d'activité partielle, telle que définie par l'article L. 5122-1 du code du travail, et le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient du maintien de l'ensemble des garanties des régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine, telles que prévues aux Annexes IV-1, IV-2 et IV-3 de la convention collective susvisée.

Ce maintien donne lieu au paiement, par les employeurs comme par les salariés, des cotisations afférentes aux régimes de prévoyance et de frais de soins de santé, calculées conformément aux taux fixés par la convention collective susvisée, ainsi qu'aux cotisations dues au titre du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine institué par l'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé.

Ces cotisations sont assises sur le salaire brut perçu au titre des heures travaillées, sur le montant brut de l'indemnité d'activité partielle versée par l'employeur au salarié au titre des heures non travaillées ainsi que, le cas échéant, sur le montant brut de l'éventuel complément de rémunération assuré par l'employeur.

Le montant de l'indemnité d'activité partielle versée au salarié ainsi que, le cas échéant, l'éventuel complément de rémunération assuré par l'employeur sont pris en compte dans le calcul du traitement de base servant à la détermination des prestations de prévoyance définies par l'Annexe IV-1 de la convention collective nationale susvisée et du salaire de référence servant à la détermination des prestations de prévoyance définies par son Annexe IV-2.

Article 2 **indemnisation des arrêts de travail**

Mod. par Avenant 24 janv. 2022, étendu par arr. 3 juin 2022, JO 17 juin, applicable à compter du 1^{er} janv. 2022⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Avenant 5 déc. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Article 2.1 **indemnisation des jours de carence**

(Avenant 24 janv. 2022, étendu) À compter du 1^{er} juillet 2021 et pendant toute la durée d'application de l'article 1^{er} du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé, les arrêts de travail pour lesquels les dispositions de l'article 1^{er} de ce même décret écartent l'application du délai de carence mentionné à l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale ouvrent droit, durant ce même délai, au versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières servies par l'assurance maladie calculées et payées selon les mêmes dispositions que celles prévues (*Al. précédent remplacé par Avenant 5 déc. 2022, non étendu*) Jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, les arrêts de travail établis par l'assurance maladie, après une déclaration effectuée via un service en ligne, à raison de l'isolement des salariés contaminés par la covid-19, ouvrent droit, durant les trois premiers jours, au versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières servies par l'assurance maladie calculées et payées selon les mêmes dispositions que celles prévues::

- à l'article 5 de l'annexe IV.1 de la convention collective nationale susvisée pour le personnel non cadre ;
- à l'article IV-A.1 et IV-A.3 de l'annexe IV.2 de la convention collective nationale susvisée pour le personnel cadre et assimilé.

Article 2.2 **indemnisation des arrêts de travail non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident**

À compter du 1^{er} juillet 2021 et jusqu'à la date fixée au II de l'article 12 du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé soit jusqu'au 31 décembre 2022 (*Termes ajoutés par Avenant 5 déc. 2022, non étendu*), les arrêts de travail donnant lieu au versement d'indemnités journalières de l'assurance maladie visés par l'article 1^{er} de ce même décret, et non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident, sont assimilés à des arrêts pour maladie ou accident et pris en charge selon les mêmes modalités (franchise, montant, paiement) que celles prévues en cas d'incapacité de travail par les Annexes IV.1 et IV.2 de la convention collective nationale susvisée.

Article 2.3 **dispositions communes**

Lorsque le versement des indemnités complémentaires mentionnées aux articles 2.1 et 2.2 du présent accord s'effectue par l'intermédiaire de l'employeur, ce dernier reverse au salarié concerné l'intégralité des indemnités sous déduction des contributions sociales et fiscales afférentes à ces indemnités.

L'employeur peut être amené à compléter ces indemnités en application des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail et des dispositions de la convention collective nationale susvisée pour respecter ses obligations de maintien de salaire légales et conventionnelles.

Les indemnités complémentaires prévues à l'article 2.1 du présent accord sont financées par les réserves des régimes de prévoyance et frais de soins de santé constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018, conformément aux dispositions de l'article 1.2.5 de l'accord collectif national du 10 avril 2020 relatif au suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé de la Pharmacie d'officine et à l'utilisation des réserves constituées antérieurement au 1^{er} janvier 2018 susvisé, dans les conditions et selon les modalités fixées par cet accord et la convention qui lui est annexée.

Les indemnités complémentaires prévues à l'article 2.2 sont intégrées à la charge de prestations des régimes de prévoyance définis à l'Annexe IV de la convention collective de la Pharmacie d'officine au même titre que les indemnités complémentaires versées au titre des arrêts liés à une maladie ou à un accident.

Article 3 **maintien des garanties en cas d'interdiction d'exercice**

À compter du 9 août 2021, les salariés placés en situation d'interdiction d'exercice et dont le contrat de travail est suspendu en application des dispositions de la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 susvisée, ainsi que leurs ayants droit le cas échéant, bénéficient du maintien de l'ensemble des garanties des régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et des régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine, telles que prévues aux Annexes IV-1, IV-2 et IV-3 de la convention collective susvisée.

Ce maintien donne lieu au paiement, par les employeurs comme par les salariés, de la seule cotisation forfaitaire «Frais de soins de santé» assise sur le plafond mensuel de la sécurité sociale, calculée conformément aux taux et selon la clé de répartition fixés par la convention collective susvisée, ainsi qu'à la quote-part de cotisation y afférente due au titre du Fonds HDS de la Pharmacie d'officine institué par l'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé.

Pour le personnel non cadre, le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité, de congé de maternité ou de paternité intervenu pendant la période de suspension

du contrat de travail non rémunérée est calculé en tenant compte des périodes de pleine activité ayant précédé cette période de suspension du contrat de travail, conformément aux règles fixées par l'Annexe IV-1 de la convention collective susvisée.

Pour le personnel cadre et assimilé, et par dérogation aux dispositions de l'Annexe IV-2 de la convention collective susvisée, il est tenu compte, pour la détermination du salaire de référence servant au calcul des prestations dues en cas de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité, de congé de maternité ou de paternité intervenu pendant la période de suspension du contrat de travail non rémunérée, du traitement ayant donné lieu à cotisation au cours des douze derniers mois de pleine activité ayant précédé cette période de suspension du contrat de travail.

Article 4 dispositions finales

Avenant 5 déc. 2022, non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2023⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FNSCIC CFE CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO.

Le présent accord prend effet à compter du 1^{er} juillet 2021.

Conclu pour une durée déterminée, il cessera de produire effet le 31 décembre 2022 (*Avenant 5 déc. 2022, non étendu : les termes « 31 décembre 2022 » sont remplacés par les termes « 31 décembre 2023 »*).

Le présent accord sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente.

Il pourra être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. (*Phrase exclue de l'extension par arr. 3 juin 2022, JO 17 juin et supprimée par Avenant 5 déc 2022, non étendu*) Il pourra être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2019).

Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent accord.

Liste des métiers exposés aux risques ergonomiques Accord du 28 avril 2025

[Non étendu, applicable à compter de la date de publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension, sous réserve de sa prise en compte par la CAT/MP]

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salarié(s) :

CFDT ;

UNSA ;

FO ;

CFE-CGC.

Mod. par Avenant, 30 juin 2025, non étendu, applicable en même temps que l'accord qu'il révisé et, au plus tard, à compter de la date de publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FO ;

CFDT ;

UNSA ;

CFE-CGC.

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, notamment son article 17 ;

Vu le décret n° 2023-759 du 10 août 2023 relatif au fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle et au compte professionnel de prévention ;

Vu le décret n° 2023-760 du 10 août 2023 portant application de l'article 17 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 ;

Vu l'arrêté du 11 mars 2024 fixant la liste mentionnée à l'article R. 251-6-2 du code de la sécurité sociale des documents à fournir préalablement à l'attribution d'un financement par le fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle ;

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment l'article 27 - Santé et sécurité au travail - de ses dispositions générales, et son Annexe I - Classifications et salaires. ;

Vu l'accord collectif national étendu du 30 septembre 2009 relatif à l'amélioration des conditions de travail dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine ;

Vu la circulaire de l'Assurance maladie n° CIR-9/2024 du 13 mars 2024 ;

Préambule

Après de premières discussions lors de la réunion de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la Pharmacie d'officine du 12 juin 2023, les partenaires sociaux se sont rencontrés à plusieurs reprises en vue d'établir, en application de l'article L. 4163-2-1 du code du travail, la liste des métiers ou d'activités particulièrement exposés aux facteurs de risques professionnels mentionnés au 1° du I de l'article L. 4161-1 du même code.

Les parties signataires rappellent :

- d'une part, que ces risques professionnels, dits «ergonomiques», sont les manutentions manuelles de charge mentionnées à l'article R. 4541-2 du code du travail, les postures pénibles définies comme positions forcées des articulations, et les vibrations mécaniques mentionnées à l'article R. 4441-1 du code du travail ;

- d'autre part, que les listes de métiers et d'activités établies par le présent accord ont pour objet de permettre aux entreprises officinales de bénéficier, en priorité, avec application de taux de prise en charge et de plafonds de financement plus favorables, de financements accordés par le Fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (FIPU), placé auprès de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT/MP), en vue, notamment, de soutenir leurs démarches de prévention des effets de l'exposition à ces facteurs de risques et leurs actions de formation en faveur des salariés qui y sont exposés ;

- enfin, que la prise en compte par les entreprises officinales de l'usure professionnelle, ainsi que la mise en œuvre d'actions visant à la prévenir, s'inscrivent pleinement dans une démarche d'amélioration des conditions de travail encouragée par l'accord collectif national étendu du 30 septembre 2009 susvisé relatif à l'amélioration des conditions de travail dans la branche professionnelle de la Pharmacie d'officine.

Ceci étant rappelé, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

Conformément aux dispositions des articles L. 221-1-5 et R. 251-6-1 et suivants du code de la sécurité sociale, le FIPU a pour mission de participer, par l'attribution de subventions, au financement, par les employeurs, à destination des salariés particulièrement exposés aux facteurs de risques ergonomiques précités :

- d'actions de prévention et de sensibilisation (diagnostics ergonomiques, achat d'équipements répondant à un cahier des charges spécifique, formations déployées par des organismes habilités, supports de communication) ;

- d'actions de reconversion et de prévention de la désinsertion professionnelle, qui comprennent notamment les mesures individuelles concernant le poste de travail (aménagement, adaptation, transformation) prescrites par le

médecin du travail en application de l'article L. 4624-3 du code du travail ;

- des frais de personnel de prévention, recruté en CDI ou en CDD, exclusivement dédié à la mise en œuvre des actions de sensibilisation et de prévention prises en charge par le fonds (préventeurs, ergonomes...);

- par l'intermédiaire de France compétences, d'actions de formation éligibles au compte personnel de formation mentionnées à l'article L. 6323-6 du code du travail, dans le cadre d'un projet de transition professionnelle.

Les conditions d'attribution des subventions accordées au titre des actions de prévention et de sensibilisation mentionnées au second alinéa du présent article, la liste des formations dispensées à ce titre ainsi que le cahier des charges technique des équipements éligibles à financement sont consultables sur la page «Subvention prévention des risques ergonomiques» du site internet ameli.fr/entreprise.

Article 2

Liste des métiers particulièrement exposés aux risques ergonomiques en Pharmacie d'officine

Mod. par Avenant, 30 juin 2025, non étendu, applicable en même temps que l'accord qu'il révisé et, au plus tard, à compter de la date de publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension⁽¹⁾

(1) Signataires :

Organisations patronales :

FSPF ;

USPO.

Syndicat(s) de salariés :

FO ;

CFDT ;

UNSA ;

CFE-CGC.

Sur la base de la classification des métiers de la Pharmacie d'officine, figurant à l'Annexe I de la convention collective nationale susvisée, la liste des métiers particulièrement exposés aux facteurs de risques professionnels mentionnés au 1^o du I de l'article L. 4161-1 du code du travail, destinée à enrichir la cartographie tenue par la CAT/MP, est fixée comme suit :

(Avenant 30 juin 2025, non étendu)

Métiers particulièrement exposés aux risques ergonomiques en Pharmacie d'officine	Correspondance avec la codification de la nomenclature PCS-ESE (Insee)	Facteurs de risques professionnels mentionnés au 1 ^o du I de l'article L. 4161-1 du code du travail		
		Manutentions manuelles de charges (art. R. 4541-2 du code du travail)	Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations	Vibrations mécaniques (art. R. 4441-1 du code du travail)
Conditionneur	487A 653A 676C	Exposé	Exposé	Non exposé
Conseiller en dermo-cosmétique	554F	Exposé	Exposé	Non exposé
Elèves préparateurs	433D	Exposé	Exposé	Non exposé
Employé en pharmacie	554F	Exposé	Exposé	Non exposé
Employé en pharmacie qualifié	554F	Exposé	Exposé	Non exposé
Livreur	643A	Exposé	Exposé	Non exposé
Magasinier et emballleur	487A 653A 676C	Exposé	Exposé	Non exposé
Manœuvre spécialisé	676C	Exposé	Exposé	Non exposé
Personnel de nettoyage	684A	Non exposé	Exposé	Non exposé
Pharmaciens adjoints	344D	Exposé	Exposé	Non exposé
Préparateurs en pharmacie	433D 526B	Exposé	Exposé	Non exposé
Aide-préparateur	526B	Exposé	Exposé	Non exposé

Métiers particulièrement exposés aux risques ergonomiques en Pharmacie d'officine	Correspondance avec la codification de la nomenclature PCS-ESE (Insee)	Facteurs de risques professionnels mentionnés au 1 ^o du I de l'article L. 4161-1 du code du travail		
		Manutentions manuelles de charges (art. R. 4541-2 du code du travail)	Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations	Vibrations mécaniques (art. R. 4441-1 du code du travail)
Rayonniste	487A 653A	Exposé	Exposé	Non exposé
Vendeur	554F	Exposé	Exposé	Non exposé

Article 3

Liste des activités particulièrement exposées aux risques ergonomiques en Pharmacie d'officine

La liste des activités particulièrement exposées aux facteurs de risques professionnels mentionnés au 1^o du I de l'article L. 4161-1 du code du travail, destinée à enrichir la cartographie tenue par la CAT/MP, est fixée comme suit :

Activités particulièrement exposées aux risques ergonomiques en Pharmacie d'officine	Facteurs de risques professionnels mentionnés au 1 ^o du I de l'article L. 4161-1 du code du travail		
	Manutentions manuelles de charges (art. R. 4541-2 du code du travail)	Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations	Vibrations mécaniques (art. R. 4441-1 du code du travail)
Livraisons	Exposé	Exposé	Non exposé
Ménage / nettoyage	Non exposé	Exposé	Non exposé
Mise en rayon / rangement	Exposé	Exposé	Non exposé
Préparation des commandes	Exposé	Exposé	Non exposé
Réception des commandes	Exposé	Exposé	Non exposé
Vente / dispensation (incluant la récupération des produits en vue de leur remise au client/patient, prises de mesure...)	Non exposé	Exposé	Non exposé

Article 4

Liste des documents à fournir préalablement à l'attribution d'un financement par le FIPU

Les documents à fournir préalablement à l'attribution du financement au titre du FIPU sont les suivants :

- pour les actions de prévention mentionnées au second alinéa de l'article 1^{er} du présent accord : les factures acquittées justifiant de la dépense et précisant la date du service fait, ainsi qu'une déclaration, dont le modèle est disponible en ligne, soit du fournisseur ou du prestataire selon le cas, attestant du respect du cahier des charges ou des conditions d'attribution communiqués par l'assurance maladie, soit de l'organisme de formation attestant de la réalisation de la formation ;
- pour les actions de sensibilisation mentionnées au second alinéa de l'article 1^{er} du présent accord : outre les documents précédents, une déclaration de l'employeur, dont le modèle est disponible en ligne, attestant du lien entre ces actions et la prévention des risques ergonomiques précités ;
- pour les mesures individuelles comprises dans des actions de prévention de la désinsertion professionnelle mentionnées au troisième alinéa de l'article 1^{er} du présent accord : la facture acquittée justifiant de la dépense et précisant la date du service fait, une déclaration de l'employeur, dont le modèle est disponible en ligne, attestant du lien entre le poste concerné et les facteurs de risques ergonomiques précités ainsi qu'une copie du document, dûment complété par le médecin du travail, de proposition de mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou de mesures d'aménagement du temps de travail ;
- pour la participation au financement des frais de personnel mentionnés au quatrième alinéa de l'article 1^{er} du présent accord : un contrat de travail ainsi qu'une déclaration de l'employeur, dont le modèle est disponible en ligne, attestant du lien des missions du préventeur avec les facteurs de risques ergonomiques précités.

Les différents modèles de déclaration de l'employeur mentionnés aux alinéas précédents sont disponibles sur la page «Subvention prévention des risques ergonomiques» du site internet ameli.fr/entreprise.

En complément des documents mentionnés aux alinéas précédents, les employeurs doivent transmettre les documents

permettant de vérifier le respect des conditions définies à l'article 24 de l'arrêté du 9 décembre 2010 relatif à l'attribution de ristournes sur la cotisation ou d'avances ou de subventions ou à l'imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, à savoir :

- l'information, lorsqu'elles existent, des instances représentatives du personnel compétentes en matière de santé au travail sur les mesures de prévention préalablement à leur mise en œuvre ;*
- la transmission des pièces justifiant la mise en œuvre des mesures de prévention ;*
- l'absence de contrat de prévention en cours ou au cours des deux années précédentes ;*
- la transmission du document unique d'évaluation des risques mis à jour ;*
- le fait que l'entreprise soit à jour de ses cotisations afférentes aux risques «accidents du travail / maladies professionnelles» ;*
- la transmission de l'attestation d'adhésion de l'entreprise à un service de santé au travail.*

Ces documents doivent être transmis en même temps que la demande de financement, via le «compte entreprise» (ex compte AT/MP) de l'officine sur le portail net-entreprises.fr.

Article 5

Dispositions finales

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter de la date de publication au Journal officiel de son arrêté ministériel d'extension, sous réserve de sa prise en compte par la CAT/MP.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent accord peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent accord ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2020). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

