JURISTIQUE

Convention collective nationale

Convention collective nationale de la pharmacie d'officine

IDCC 1996

Édition consolidée Juristique
Date de génération : 06/08/2026
Dernière version du conteneur KALI retenue : 17/07/2026 21:57
Identifiant de l'édition : JUR-IDCC1996-20260806-115452

Édition consolidée établie à partir des données ouvertes KALI diffusées par la DILA. Malgré le soin apporté à sa mise à jour, seule la version publiée sur Légifrance fait foi.

Mentions éditoriales

Publication	Juristique
Éditeur	BRIZAWEN
Directeur de la publication	Pascal FROMAGER
Forme juridique	Société par actions simplifiée
Capital social	1 000,00 €
RCS	883 456 048 R.C.S. Rennes
Siège social	15 Rue des Artisans, 35150 Essé
Source juridique	Données ouvertes KALI — DILA / Légifrance

Avertissement. Cette édition facilite la consultation du texte conventionnel consolidé. Elle ne remplace pas les publications officielles et ne constitue pas un conseil juridique individualisé.

Document : JUR-IDCC1996-20260806-115452 | KALICONT : KALICONT000005635528 | Générateur : v1.7.52

Sommaire

TEXTE DE BASE 10
Convention collective nationale du 3 décembre 1997 11
Dispositions générales 12
TEXTES ATTACHÉS 60
Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la pharmacie d'officine 61
Objet 61
Composition 61
Désignation des membres 62
Réunions 62
Présidence 62
Secrétariat 63
Délibérations de la commission 63
Remboursement des frais 63
Missions relatives à l'emploi 64
Missions relatives à la formation professionnelle 65
Relations extérieures 65
Repos hebdomadaire 67
TEXTE DE BASE 68
Dispositions particulières applicables aux cadres 69
Bénéficiaires 69
(Complémentaire de l'article 13 des dispositions générales) Durée du travail 69
(Complémentaire de l'article 16 des dispositions générales) Absence pour maladie ou accident 69
(Complémentaire de l'article 17 des dispositions générales) Maternité, paternité et adoption 71
(Complémentaire de l'article 17 des dispositions générales) Maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption 71
(Complémentaire de l'article 18 et 19 des dispositions générales) Embauchage - Période d'essai 71
(Complémentaire des articles 18 et 19 des dispositions générales) Embauche - Période d'essai 72
(Complémentaire de l'article 20 des dispositions générales) Rupture du contrat de travail 72
(Complémentaire de l'article 20 des dispositions générales) Préavis 72
(Complémentaire de l'article 21 des dispositions générales) Indemnité de licenciement 72
Retraite complémentaire 73
Contrat de prévoyance 74
(Complémentaire de l'article 23 des dispositions générales) Prévoyance 74
(Complémentaire de l'article 23 des dispositions générales) Prévoyance et frais de soins de santé 74
(Complémentaire de l'article 25 des dispositions générales) Congés payés annuels 74
(Complémentaire de l'article 25 des dispositions générales) Congés payés 75
(Complémentaire de l'article 28 des dispositions générales) Formation professionnelle 75
TEXTES ATTACHÉS 76
Développement du paritarisme et financement de la négociation collective 77
Préambule 77
Champ d'application 77
Objet 77
Participation aux réunions des instances paritaires 78

Participation à des réunions de préparation 78
Cotisations des employeurs 78
Affectation des cotisations 78
Gestion paritaire 79
Gestion paritaire et composition du fonds 79
Secrétariat 79
Secrétariat administratif 80
Désignation des membres du conseil d'administration 80
Désignation des membres du fonds 80
Bureau 80
Réunions du conseil d'administration. 81
Réunions du fonds 81
Délibérations 81
Durée 82
Dispositions diverses 82
Réduction du temps de travail 83
Champ d'application 84
Durée du travail 84
Modalités d'application de la réduction et de l'organisation du temps de travail 85
Gardes et urgences 91
Rémunération 94
Dispositions relatives aux cadres 95
Travail à temps partiel 95
Mandatement 96
Accords antérieurs 97
Suivi de l'accord 97
Durée de l'accord 97
Entrée en vigueur 98
Régime des heures supplémentaires (cf. art. 3.5 et 3.6.8) 98
Procès-verbal relatif à un avis de la CNPI sur la prime d'ancienneté 99
Avis de la CNPI sur l'indemnité de réduction du temps de travail (IRTT) 100
Chèques-vacances 102
Préambule 102
Entreprises et salariés concernés 102
Modalités de financement du chèque-vacances 103
Exonération des charges sociales 104
Suivi de l'accord 104
Entrée en vigueur 105
Annexe 105
Congés payés annuels 107
Modifications diverses à la convention collective (congé légal de paternité) 109
Avenant à l'accord du 4 juillet 2005 relatif à la formation professionnelle 110
Avenant à l'accord du 3 décembre 1997 relatif au développement du paritarisme et financement de la négociation collective 112
Exposé 112
Régime de prévoyance (personnel non cadre) 114
Certificats de qualification professionnelle 115
Préambule 115
Annexe 119
Régime de prévoyance du personnel cadre 120
Révision de l'accord du 23 mars 2000 relatif à la réduction du temps de travail 127
Droit individuel à la formation (DIF) 131
Régime de prévoyance du personnel non cadre 132

Prévoyance et frais de santé 136
Amélioration des conditions de travail 139
Préambule 139
Titre Ier. - Santé et sécurité au travail dans les entreprises officinales 140
Titre II. - Prévention des risques psycho-sociaux dans les entreprises officinales 144
Titre III. - Accès et maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (TH) dans les entreprises officinales 149
Annexe I 154
Annexe II 155
Prévoyance des cadres et assimilés 157
Préambule 157
Annexe 161
Gestion prévoyance des cadres et assimilés 165
Exposé 165
Règlement intérieur du comité de gestion prévoyance des cadres et assimilés 167
Accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie 175
Instauration d'un régime unique de frais de soins de santé 177
Régime de prévoyance 182
Prévoyance 187
Annexe IV - Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine 195
Annexe IV.1. – Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine ... 196
1. Définition des garanties prévoyance 196
Garantie frais de santé 206
2. Cotisations 211
3. Cotisations 221
4. Financement de la portabilité des garanties des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé 221
4. Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé 221
4. Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé 221
3. Gestion du régime de prévoyance ; Protocole d'accord conclu entre les organisations professionnelles signataires de la convention collective nationale et l'institution de prévoyance du groupe Mornay 221
5. Prévention 222
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 222
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 223
Régime de prévoyance et frais de soins de santé 224
Exposé 224
Accord 224
Modalités d'organisation du travail à temps partiel 241
Frais d'équipement et indemnité forfaitaire annuelle 247
Prévoyance et frais de santé du personnel non cadre 248
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. 255
Introduction 255
I. - Assurés 255

II. - Cotisations 256
III. - Maladie. - Chirurgie. - Maternité (prestations en nature) 260
III. Frais de soins de santé (prestations en nature) 263
IV. - Arrêts de travail (prestations en espèces) 263
V. - Décès 271
VI. - Définitions 273
VII. - Fonds de solidarité 275
VIII. - Contrat proposé aux anciens assurés 275
VIII. - Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie, chirurgie, maternité 281
VIII. - Contrats proposés aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie, chirurgie, maternité 281
VII. - Contrats proposés aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie, chirurgie, maternité 281
VII. - Contrats proposés aux anciens assurés en vue du maintien des garanties frais de soins de santé 281
VII. - 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 282
VII. - 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 (RPO, RSF et RSF +) 282
IX. - Financement de la portabilité des garanties du régime 282
IX. – Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime 282
VIII. – Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime 283
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 283
X. – Prévention 283
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 284
Prévoyance et frais de soins de santé du personnel cadre 285
Prévoyance et frais de soins de santé du personnel non cadre 292
Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie 296
Préambule 296
Titre Ier Dispositions générales 297
Titre II Dispositions relatives à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie 298
Titre III Dispositions relatives au plan de formation 305
Titre IV Dispositions relatives au compte personnel de formation (CPF) 307
Titre V Dispositions relatives au congé individuel de formation et au congé d'enseignement ou de recherche 312
Titre VI Dispositions communes relatives au contrat d'apprentissage et à la professionnalisation 313
Titre VII Dispositions relatives au contrat de professionnalisation 317
Titre VIII Dispositions relatives au contrat d'apprentissage 320
Titre IX Dispositions relatives à la période de professionnalisation 322
Titre X Accès spécifique à la formation de certains salariés 324
Titre XI Dispositions relatives à la mise en œuvre de la formation professionnelle continue dans les entreprises officinales et dans les régions 325
Titre XII Dispositions relatives aux instances paritaires 328
Titre XIII Dispositions financières 329
Titre XIV Dispositions diverses 330
Prévoyance et frais de santé (cadres) 332
Préambule 332

Prévoyance et frais de santé (non-cadres) 336
Préambule 336
Régimes de prévoyance et régimes frais de soins de santé des salariés 340
Préambule 340
Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle 343
Préambule 343
Prévoyance et frais de santé du personnel cadre et assimilé 345
Prévoyance et frais de santé du personnel non cadre et assimilé 352
Régime prévoyance et frais de soins de santé 357
Régime de prévoyance (cadre et non cadre) 358
Préambule 358
Prévoyance (recommandation APGIS et HDS) 380
Préambule 380
Annexe IV.3. – Tableaux des garanties des régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine 382
OPCO 386
Préambule 386
Suivi des régimes de prévoyance et des frais de soins de santé et utilisation des réserves 389
Préambule 390
Annexe : Convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, effet : 1er janvier 2018 398
Avenant à l'accord du 6 juillet 2020 (mesures d'urgence « Covid-19 » prévoyance et santé) 433
Préambule 433
Révision de la convention collective 436
Préambule 436
Fonds « haut degré de solidarité » 449
Annexe 450
Frais d'équipement 471
Formation professionnelle 472
Préambule 472
Montant des frais d'équipement 2023 475
Reconversion ou promotion par alternance 476
Préambule 476
Annexe 478
Prévoyance et frais de soins de santé 484
Préambule 484
Annexe 486
Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité 488
Préambule 488
Annexe 492
Catégories de bénéficiaires des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés 510
Préambule 510
Suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé (et avenant n° 3 du 16 décembre 2024 en annexe) 513
Annexe : Avenant n° 3 du 16 décembre 2024 à la convention du 10 avril 2020 de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves 514
Listes de métiers ou d'activités particulièrement exposés aux risques ergonomiques (art. L. 4163-2-1 du code du travail) 524
Préambule 524
Classification des emplois 529

Préambule 529
Suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé (annexe avenant n° 4 du 28 avril 2025) 540
Préambule 540
Annexe : Avenant n° 4 du 28 avril 2025 relatif à la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves 541
Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP) 544
Préambule 544
Montant des frais d'équipement 546
Accueil des stagiaires 547
Régimes de prévoyance et régimes de frais de soins de santé 551
Régimes de prévoyance et de frais de soins de santé et à l'utilisation des réserves constituées antérieurement au 1er janvier 2018 553
Annexe 554
Régimes de prévoyance et de frais de soins de santé 558
Préambule 558
TEXTES SALAIRES 561
Annexe I - Classifications et salaires 562
Employés et agents de maîtrise 562
Cadres 562
Annexe I Classification des emplois de la pharmacie d'officine 562
TEXTES ATTACHÉS 571
Rémunération des jeunes préparateurs en pharmacie 572
TEXTES SALAIRES 574
Salaires 2026 575
TEXTES ATTACHÉS 578
Annexe III - Retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine 579
Annexe III - Retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine Avis de la commission nationale paritaire d'interprétation du 30 janvier 1995 581
Indemnité de départ à la retraite 583
ADHÉSIONS ET DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES 584
Déclaration d'adhésion de l'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) à la convention collective étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 585
TEXTES ATTACHÉS 586
Indemnités de départ à la retraite 587
ADHÉSIONS ET DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES 589
Adhésion par lettre de l'UNSA industrie et construction à la convention collective 590
Liste chronologique 590

ÉDITION JURISTIQUE

TEXTE DE BASE

Convention collective consolidée et annexes intégrées.

Convention collective nationale du 3 décembre 1997

Date du texte : 1997-12-03 **Version KALI retenue :** 1998-09-08 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article — Préambule

Article 1er

Le texte de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine signée à Paris le 1er avril 1964, mise à jour le 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 antérieures de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine étendue le 1er avril 1964, mise à jour le 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 1er 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 1er 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

Champ d'application

Article 1er

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.

Durée

Article 2

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 le 1er avril 1964, mise à jour le 13 avril 1992, qu'elle abroge et remplace dans toutes ses dispositions.

Mise à disposition de la convention collective

Article 3

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.

Dénonciation et révision de la convention

Article 4

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 de 1 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 de 1 mois.

Aucune demande de révision ne pourra être introduite dans les 4 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 30 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.

Droit syndical et liberté d'opinion

Article 5

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 1er de la 2e 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 ès qualités 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 1 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 1 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 1 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 1 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 ès qualités dans les comités de gestion des organismes de retraite et de prévoyance ou de formation, sous réserve d'en prévenir leur employeur 1 semaine au moins avant la date prévue, sauf urgence.

Des autorisations d'absence rémunérées sont accordées, sous réserve d'en prévenir leur employeur 1 semaine au moins avant la date prévue, sauf urgence, aux salariés appelés ès qualités 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 dispositions de l'article L. 3142-3-1 adresse à l'employeur, dans un délai qui ne peut pas être inférieur à 15 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.

Délégués du personnel

Article 6

Conformément aux dispositions du code du travail, un comité social et économique est mis en place dans les officines dont l'effectif est d'au moins 11 salariés. Sa mise en place est obligatoire si l'effectif d'au moins 11 salariés, tel que déterminé selon les modalités fixées par le code du travail, est atteint pendant 12 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 3 ans.

Comité social et économique

Comité d'entreprise

Article 7

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.

Services de garde et d'urgence en officine

Salaires

Article 8

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 a 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. Paiement 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 paie 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 paie 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 trente 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 paie 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 vingt 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 paie 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. 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 paie et n'entraîne aucune modification de coefficient.

8. 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 vingt-cinq 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 paie et n'entraîne aucune modification du coefficient.

9. 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 paie et n'entraîne aucune modification de coefficient.

Frais d'équipement

Article 9

Après 12 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.

Jeunes salariés

Article 10

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 18 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.

Ancienneté

Article 11

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 3 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 2 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 1er 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.

2. 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 6 mois par année civile, étant précisé qu'un même arrêt de travail ne peut donner lieu à la prise en compte de plus de 6 mois au titre de l'ancienneté ;
– le congé individuel de formation, de bilan de compétences, et de validation des acquis de l'expérience.

3. 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 1er jour du mois anniversaire d'embauche 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 paie.

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.

Travailleurs physiquement diminués

Article 12

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.

Durée du travail

Article 13

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 8 premières heures supplémentaires ;
– 50 % pour les heures supplémentaires au-delà de la 8e.

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 7 heures. Il est pris dans un délai maximum de 2 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 de 1 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 7 jours calendaires à l'avance. La demande précise la date et la durée du repos.

Dans les 7 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 2 mois précité. La durée pendant laquelle le repos compensateur de remplacement peut être différée par l'employeur ne peut excéder 2 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 20 salariés au plus, ou à 100 % pour les officines de plus de 20 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 paie. Dès que ce nombre atteint 7 heures, ce document comporte une mention notifiant l'ouverture du droit à repos et l'obligation de le prendre dans un délai maximum de 2 mois après son ouverture.

3. Durées maximales de travail

a) Temps de pause

Après 6 heures de travail *continu* (1), 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 11 heures consécutives.

b) Repos hebdomadaire

Il est interdit de faire travailler un salarié plus de 6 jours par semaine.

Le repos hebdomadaire est donné le dimanche. Sa durée est de 1 jour et demi consécutif au moins, soit 36 heures, dont 1 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 1 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* (2)

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 3 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

La coïncidence de 1 jour férié chômé avec 1 jour habituellement non travaillé par le salarié, de même que la coïncidence de 2 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 1 jour férié autre que le 1er 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 1er 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. (3)

(1) Au premier alinéa du a) du 3. de l'article 13, après l'expression « après 6 heures de travail », le mot « continu » est exclu en application de la jurisprudence de la Cour de Cassation (Cass. Soc. 20 février 2013,11-26793, publié au bulletin).
(Arrêté du 2 juillet 2021 - art. 1)

(2) Le 5. de l'article 13 est étendu sous réserve d'une part que le recours au travail de nuit soit conforme à l'article L. 3122-1 du code du travail et d'autre part, de la conclusion de l'accord prévu à l'article L. 3122-15 en cas de recours au travail de nuit avec des travailleurs de nuit au sens de l'article L. 3122-5 du code du travail.
(Arrêté du 2 juillet 2021 - art. 1)

(3) Le sixième alinéa du 6. de l'article 13 est étendu sous réserve du respect de l'article L. 3133-6 du code du travail, qui prévoit qu'un salarié travaillant le 1er mai a droit, a minima, à un doublement du salaire correspondant au travail accompli ce jour.
(Arrêté du 2 juillet 2021 - art. 1)

Organisation du travail à temps partiel

Article 13 bis

1. Contrat de travail

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 1 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 26 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 prévoit 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 à 1/10 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 3 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 3 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 5 par année civile et par salarié, chaque avenant ne pouvant excéder une durée de 8 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 7 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 définies 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 4e 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 2 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 6 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 3 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.

Remplacements

Article 14

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.

Bulletin de paie

Article 15

1. Remise du bulletin de paie

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

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

L'acceptation sans protestation ni réserve d'un bulletin de paie 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 paie par voie électronique

Sauf opposition du salarié, l'employeur peut procéder à la remise du bulletin de paie 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, 1 mois avant la première émission du bulletin de paie sous forme électronique ou au moment de l'embauche, de son droit de s'opposer à l'émission du bulletin de paie 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 paie 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 3 mois suivant la notification de son opposition.

L'employeur garantit la disponibilité pour le salarié du bulletin de paie émis sous forme électronique :
– soit pendant une durée de 50 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 paie, 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 3 mois avant la date de fermeture du service afin de leur permettre de récupérer les bulletins de paie archivés.

Dans tous les cas, les salariés doivent être en mesure de récupérer à tout moment l'intégralité de leurs bulletins de paie 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 paie 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 paie par l'employeur

L'employeur conserve, pendant au moins 5 ans, un double des bulletins de paie des salariés ainsi que, le cas échéant, les bulletins de paie remis sous forme électronique.

4. Contenu du bulletin de paie

Le bulletin de paie 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 (47.73 Z).

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) L e 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 paie 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 paie sur le portail https :// www. service-public. fr/.

u) La mention incitant le salarié à conserver le bulletin de paie sans limitation de durée.

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

Absence pour maladie ou accident

Article 16

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 3 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

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 1er 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 1 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 1er jour d'absence. Lorsque la durée de présence du salarié dans les effectifs de l'entreprise atteint 1 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 paie, 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 relatives à l'indemnité complémentaire servie par l'employeur aux salariés ayant, entre autres conditions, 1 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 4 mois

pour les salariés justifiant de moins de 2 ans d'ancienneté ou de 6 mois pour les salariés justifiant de 2 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 12 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.

Congés pour enfant malade ou pour enfant handicapé

Article 16 bis

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 3 jours par an. Elle est portée à 5 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 3 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.

Maternité, paternité et adoption

Article 17

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 procréation.

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. 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 10 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 10 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 1 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 parental d'éducation

Pendant la période qui suit l'expiration du congé de maternité ou d'adoption, tout salarié qui justifie d'une ancienneté minimale de 1 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.

(1) Article étendu sous réserve que l'étendue des titulaires du dispositif permettant de se rendre à trois des examens obligatoires de suivi de grossesse, comprennent à la fois la conjointe ou le conjoint de la salariée enceinte, conformément aux dispositions de l'article L. 1225-16 du code du travail.
(Arrêté du 24 juillet 2018-art. 1er)

Maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption

Embauchage

Article 18

Avant toute embauche, et au plus tôt dans les 8 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 3 mois à compter de la prise effective du poste de travail. Pour les apprentis, cette visite est organisée au plus tard dans les 2 mois qui suivent l'embauche. Les travailleurs de nuit et les salariés âgés de moins de 18 ans bénéficient de cette visite préalablement à leur affectation sur leur poste de travail.

Embauche

Période d'essai

Article 19

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 2 mois pour les salariés non cadres et assimilés cadres.

La durée de la période d'essai applicable aux salariés cadres est précisée à 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 1 jour par semaine, dans la limite de 2 semaines, lorsque la durée initialement prévue du contrat est inférieure ou égale à 6 mois. Elle est égale à 1 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 3 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 3 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 1er 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 1 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.

Rupture du contrat de travail - Délai-congé - Suppression d'emploi - Licenciements collectifs - Certificat de travail

Article 20

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 1 mois ;
– en cas de licenciement non motivé par une faute grave ou lourde, à 1 mois si le salarié justifie dans la même officine d'une ancienneté inférieure à 2 ans et, à 2 mois, s'il justifie dans la même officine d'une ancienneté d'au moins 2 ans. Quel que soit l'effectif de l'officine, la durée du préavis est doublée, dans la limite d'une durée totale de 3 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 1 jour par semaine, dans la limite de 2 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 2 heures. Ces absences, qui sont fixées 1 jour au gré du salarié, 1 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 de 1 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 6 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 10 salariés et plus, cette transmission s'effectue obligatoirement par voie électronique, sauf impossibilité pour une cause qui leur est étrangère.

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

Indemnité de licenciement

Article 21

Le salarié titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée, licencié alors qu'il compte 8 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 11e 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.

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 1/12 de la rémunération brute des 12 derniers mois précédant la date d'envoi de la notification du licenciement, y compris gratifications, mois double... ;
– soit 1/3 de la rémunération brute des 3 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 pro rata 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.

Indemnité de départ en retraite

Article 22

Tout salarié, quel que soit son âge, quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier d'une pension de vieillesse a 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 demi-mois de salaire après 10 ans d'ancienneté ;

-1 mois de salaire après 15 ans d'ancienneté ;

-1 mois et demi de salaire après 20 ans d'ancienneté ;

-2 mois de salaire après 25 ans d'ancienneté ;

-2 mois et demi de salaire après 30 ans d'ancienneté.

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

Prévoyance

Article 23

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.

Retraite complémentaire

Article 24

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 1er janvier 1994.

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

Congés payés annuels

Article 25

1. Droit aux congés payés

La période de référence prise en compte pour l'ouverture du droit au congé débute le 1er 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 2 jours et demi ouvrables par mois de travail effectif chez le même employeur. La durée totale du congé exigible ne peut excéder 30 jours ouvrables.

Sont assimilées à 1 mois de travail effectif les périodes de travail effectif, ou les périodes d'absences considérées comme telles en application du 2, équivalentes à 4 semaines ou 24 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 1 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 en 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 de 1 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 2 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 2 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 11 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 1er 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 1er 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 2 mois avant son ouverture, soit au plus tard le 1er 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 1er 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 1er mai et le 31 octobre.

La 5e 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 1 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 de 1 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 1er mai au 31 octobre, après accord de l'employeur et du salarié.

Dans ce cas, il est attribué 2 jours ouvrables supplémentaires de congé lorsque le nombre de jours ouvrables de congé pris en dehors de cette période est égal à 6, et un seul lorsqu'il est compris entre 3 et 5 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 3 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 2 jours ouvrables, sans préjudice du report des jours de congé 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 21 ans au 30 avril de l'année précédente bénéficient de 2 jours de congés payés supplémentaires par enfant à charge. Ce congé est réduit à 1 jour si la durée des congés auxquels a droit le salarié n'excède pas 6 jours.

Les salariés âgés de 21 ans au moins à la date précitée bénéficient également de 2 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 30 jours ouvrables.

Est réputé enfant à charge l'enfant qui vit au foyer et est âgé de moins de 15 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 21 ans au 30 avril de l'année précédente, ont droit, s'ils le demandent, à un congé de 30 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 congé 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 à 1/ 10e 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.

Congés payés

Congés exceptionnels

Article 26

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

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).
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.
3. Les jours accordés en cas d'adoption sont cumulables avec le congé d'adoption.
4. Les beaux-parents s'entendent comme les parents de l'époux ou de l'épouse du salarié.

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 congé pour événements familiaux mentionnés au 1 du présent article, les salariés ont droit, sur justificatif, à un congé de 8 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 1 journée. Le salarié informe l'employeur de chaque période d'absence au moins 24 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 13 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.

Congés pour événements familiaux et journée défense et citoyenneté

Hygiène et sécurité

Article 27

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.

Santé et sécurité au travail

Apprentissage et formation professionnelle

Article 28

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 8 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.

Formation professionnelle

Avantages acquis

Article 29

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 de l'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.

Commission nationale paritaire d'interprétation

Article 30

1. Rôle

Outre 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.

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.

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

Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation

Commission nationale paritaire de conciliation

Article 31

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 2 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 7 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.

Dispositions finales

Article 32

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.

Dépôt

Article 33

Le texte de la présente convention sera déposé à la direction départementale du travail, de

l'emploi et de la formation professionnelle de Paris et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris, le tout conformément aux dispositions du code du travail.

Demande d'extension

Article 34

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

ÉDITION JURISTIQUE

TEXTES ATTACHÉS

Accords, avenants et textes complémentaires rattachés à la convention.

Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la pharmacie d'officine

Date du texte : 1991-12-16 **Version KALI retenue :** 1998-09-08 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Préambule

Dans le cadre de l'accord national interprofessionnel sur la sécurité de l'emploi signé le 10 février 1969 entre le CNPF et la CGPME, d'une part, et les confédérations syndicales de salariés, d'autre part, les organisations soussignées ont conclu le présent accord.

Objet

Article 1er

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 paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la pharmacie d'officine.

Composition

Article 2

La commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle est composée, d'une part, de 18 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 18 représentants des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, à raison de 12 représentants pour la FSPF et de 6 représentants pour l'USPO. Chaque organisation syndicale de salariés ou d'employeurs a la possibilité de désigner un représentant suppléant, admis à siéger et à prendre part aux délibérations, en cas d'absence d'un représentant titulaire de son organisation.

Désignation des membres

Article 3

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.

Réunions

Article 4

La commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle 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.

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.

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.

Présidence

Article 5

La présidence est assurée pour 1 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.

Secrétariat

Article 6

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.

Délibérations de la commission

Article 7

L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président en fonction des propositions faites par les deux collèges 30 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, soit par un membre appartenant au même collège auquel il donne pouvoir à cet effet, le nombre de pouvoirs étant limité à trois par membre présent soit, le cas échéant, par un membre suppléant désigné par l'organisation syndicale de salariés ou d'employeurs à laquelle il appartient.

Remboursement des frais

Article 8

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.

Missions relatives à l'emploi

Article 9

La commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle 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 formation professionnelle 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 paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle 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.

Missions relatives à la formation professionnelle

Article 10

La commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle 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 relatif à 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.

Relations extérieures

Article 11

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'Unédic 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.

Repos hebdomadaire

Date du texte : 1993-06-21 **Version KALI retenue :** 1998-09-08 **État KALI :** VIGUEUR_NON_ETEN

Article 1er

Les partenaires sociaux 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 1er 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 NAF 52.3A.

Article 4

Les partenaires sociaux 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.

ÉDITION JURISTIQUE

TEXTE DE BASE

Convention collective consolidée et annexes intégrées.

Dispositions particulières applicables aux cadres

Date du texte : 1997-12-03 **Version KALI retenue :** 1998-09-08 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Bénéficiaires

Article 1er

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°, 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.

(Complémentaire de l'article 13 des dispositions générales) Durée du travail

(Complémentaire de l'article 16 des dispositions générales)

Absence pour maladie ou accident

Article 2

1. Indemnisation et maintien de salaire

Sans préjudice des règles d'indemnisation prévues à l'article 16 des dispositions générales, après 1 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 6 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 1 an en cours d'arrêt de travail, cet arrêt n'ouvre pas droit à maintien de salaire.

Le cadre a droit, par tranche de 3 années dans les effectifs au-delà des 3 premières années, à 1 mois supplémentaire de maintien intégral du salaire net, dans la limite de 6 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 paie, 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 6 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 1 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.

(ancien article 3)

(Complémentaire de l'article 17 des dispositions générales) Maternité, paternité et adoption

Article 3

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 1 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 paie, 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.

(ancien article 4)

(Complémentaire de l'article 17 des dispositions générales) Maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption

(Complémentaire de l'article 18 et 19 des dispositions générales) Embauchage - Période d'essai

Article 4

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 4 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.

(ancien article 5)

(Complémentaire des articles 18 et 19 des dispositions générales) Embauche - Période d'essai

(Complémentaire de l'article 20 des dispositions générales) Rupture du contrat de travail

Article 5

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 3 mois.

(ancien article 6)

(Complémentaire de l'article 20 des dispositions générales) Préavis

(Complémentaire de l'article 21 des dispositions générales) Indemnité de licenciement

Article 6

Complémentaire de l'article 21 des dispositions générales

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

Sous réserve de justifier de 8 mois d'ancienneté ininterrompus 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 1/4 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. Cadres comptant 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 seizième 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 seizième année.

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

(ancien article 7)

Retraite complémentaire

Article 7

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

La CRC-Pharma 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.

(ancien article 8)

Contrat de prévoyance

(Complémentaire de l'article 23 des dispositions générales) Prévoyance

(Complémentaire de l'article 23 des dispositions générales) Prévoyance et frais de soins de santé

Article 8

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 1er 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.

(Complémentaire de l'article 25 des dispositions générales) Congés payés annuels

Article 9

Après 6 ans d'ancienneté dans l'entreprise, les cadres acquièrent chaque année, à la date anniversaire de leur entrée dans l'entreprise, 2 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 2 jours de congé 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 1er 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.

(ancien article 10)

(Complémentaire de l'article 25 des dispositions générales) Congés payés

(Complémentaire de l'article 28 des dispositions générales) Formation professionnelle

ÉDITION JURISTIQUE

TEXTES ATTACHÉS

Accords, avenants et textes complémentaires rattachés à la convention.

Développement du paritarisme et financement de la négociation collective

Date du texte : 1997-12-03 **Version KALI retenue :** 1998-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Préambule

Article

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 œuvre pour atteindre ces objectifs.

Elles considèrent que le développement du paritarisme passe par la reconnaissance de la fonction de négociateur de la branche.

Champ d'application

Article 1er

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.

Il constitue une annexe à la convention collective nationale de la pharmacie d'officine étendue du 3 décembre 1997.

Objet

Article 2

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.

A cet effet, le fonds recueille et gère les cotisations qui lui sont affectées.

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 1er 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.

Participation aux réunions des instances paritaires

Participation à des réunions de préparation

Cotisations des employeurs

Article 3

Toutes les entreprises, organismes ou entités, entrant dans le champ d'application du présent accord contribuent, à compter du 1er 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.

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.

(ancien article 5)

Affectation des cotisations

Article 4

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 nationale de la pharmacie d'officine ;

- le remboursement aux employeurs du maintien de la rémunération, salaires et 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 ;

- les frais de secrétariat et les frais de missions d'études et d'information décidés dans le cadre des instances paritaires précitées ;

- les frais de collecte de la contribution instituée à l'article 3 ;

- 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 ;

et, plus généralement, tous autres frais et indemnités décidés dans le cadre des instances paritaires précitées en vue de développer la négociation collective.

(ancien article 6)

Gestion paritaire

Article 5

Le fonds est composé paritairement, d'une part, de 18 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 18 représentants des organisations syndicales d'employeurs reconnues représentatives dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, à raison de 12 représentants pour la FSPF et de 6 représentants pour l'USPO. Chaque organisation syndicale de salariés ou d'employeurs a la possibilité de désigner un représentant suppléant, admis à siéger et à prendre part aux délibérations, en cas d'absence d'un représentant titulaire de son organisation.

Il exerce ses missions par l'intermédiaire de l'association mentionnée à l'article 2.

(ancien article 7)

Gestion paritaire et composition du fonds

Secrétariat

Article 6

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.

(ancien article 8)

Secrétariat administratif

Désignation des membres du conseil d'administration

Article 7

Les organisations membres doivent faire connaître, par écrit, au secrétariat administratif du fonds, au début de chaque année civile et avant la première réunion, la composition de leur délégation.

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 nouvelle désignation est valable jusqu'à la fin de l'année en cours.

(ancien article 9)

Désignation des membres du fonds

Bureau

Article 8

Le bureau exerce ses missions dans le cadre de l'association mentionnée à l'article 2.

La présidence est assurée pour 1 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.

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.

(ancien article 10)

Réunions du conseil d'administration.

Article 9

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.

(ancien article 11)

Réunions du fonds

Délibérations

Article 10

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.

Tout membre empêché de participer à une réunion peut se faire représenter, soit par un membre appartenant au même collège auquel il donne pouvoir à cet effet, le nombre de pouvoirs étant limité à trois par membre présent soit, le cas échéant, par un membre suppléant désigné par l'organisation syndicale de salariés ou d'employeurs à laquelle il appartient.

(ancien article 12)

Durée

Article 11

Le présent accord, applicable à compter du 1er janvier 1998 sous réserve de son extension, est signé pour une durée indéterminée.

(1) Article étendu sous réserve de l'application du principe de non-rétroactivité des actes administratifs (arrêté du 13 août 1998, art. 3).

(ancien article 13)

Dispositions diverses

Article 12

Le présent accord annule et remplace, à compter du 1er janvier 1998, l'accord modifié du 24 octobre 1983 relatif à l'indemnisation des représentants syndicaux auquel il se substitue pour l'ensemble de ses dispositions.

(ancien article 14)

Réduction du temps de travail

Date du texte : 2000-03-23 **Version KALI retenue :** 2000-07-24 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article 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. À 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.

Champ d'application

Article 1er

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).

Durée du travail

Article 2

La durée du travail effectif est, conformément à l' article L. 212-4,1 er alinéa, 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 1er janvier 2000 pour les entreprises dont l'effectif est à cette date de plus de 20 salariés ;

-37 heures par semaine à compter du 1er janvier 2001 et 35 heures par semaine à compter du 1er 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 1er 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 1er 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 1er janvier 2001, fera l'objet, sous un délai de prévenance d'au moins 1 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.

Modalités d'application de la réduction et de l'organisation du temps de travail

Article 3

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 œuvre 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 (1)

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 œuvre 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 5 jours et demi ;

-une répartition de la durée hebdomadaire du travail sur 4 jours au moins ;

-1 demi-journée de repos accordée par semaine travaillée sur la base de 39 heures ;

-1 journée de repos accordée pour 2 semaines travaillées sur la base de 39 heures ;

-2 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.

À 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 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.

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 6 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 1er janvier 2000 ou du 1er 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 annuel 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 (2)

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 (3).

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 (4).

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 (5).

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 (6)

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 au 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 :

Salaire mensuel x Nombre d'heures d'absence/ Nombre d'heures de travail planifiées du mois considéré = Retenue

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 (7).

La modification du calendrier en cours de période doit rester exceptionnelle (8).

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 (9).

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 1er janvier 2000 ou du 1er 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 (10).

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 (5).

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 paie 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 (11).

(1) Article étendu sous réserve du premier alinéa de l'article L. 212-8 du code du travail (arrêté du 28 juin 2000, art. 1er).

(2) Article étendu sous réserve de la conclusion d'un accord complémentaire précisant les clauses obligatoires suivantes, prévues par l'article L. 212-8 du code du travail : les données économiques et sociales justifiant le recours au dispositif de modulation ; les conditions de recours au chômage partiel ; le droit à rémunération et à repos compensateur des salariés n'ayant pas travaillé pendant la totalité de la période de modulation ainsi que ceux dont le contrat de travail serait rompu au cours de cette même période (arrêté du 28 juin 2000, art. 1er).

(3) Alinéa étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 212-8 du code du travail, aux termes desquelles le programme indicatif de la modulation doit être établi pour l'ensemble de la période de la modulation et non pas pour chaque période de la modulation (arrêté du 28 juin 2000, art. 1er).

(4) Alinéa étendu sous réserve que la détermination du droit à rémunération et au repos compensateur des salariés n'ayant pas travaillé pendant la totalité de la période de modulation et des salariés dont le contrat de travail serait rompu au cours de cette même période soit fixée au niveau de l'entreprise, conformément aux dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 212-8 du code du travail (arrêté du 18 décembre 2000, art. 1er).

(5) Alinéa étendu sous réserve de l'application du premier alinéa de l'article L. 212-8 du code du travail, duquel il résulte que les heures qui excèdent, en tout état de cause, 1 600 heures sur l'année sont également considérées comme heures supplémentaires (arrêté du 18 décembre

2000, art. 1er).

(6) Paragraphe étendu sous réserve de l'application de l'article L. 145-2 du code du travail relatif à la détermination de la fraction saisissable des rémunérations (arrêté du 28 juin 2000, art. 1er).

(7) Alinéa étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 212-8 du code du travail, aux termes desquelles le programme indicatif de la modulation doit être établi pour l'ensemble de la période de la modulation et non pas pour chaque période de la modulation (arrêté du 28 juin 2000, art. 1er).

(8) Alinéa étendu sous réserve de l'application de l'article L. 212-8 (8e alinéa) du code du travail (arrêté du 28 juin 2000, art. 1er).

(9) Alinéa étendu sous réserve de l'application des dispositions des articles R. 351-50, R. 351-51 et R. 351-52 du code du travail qui fixent les conditions d'utilisation du chômage partiel (arrêté du 18 décembre 2000, art. 1er).

(10) Alinéa étendu sous réserve de l'application de l'article L. 212-8 du code du travail, duquel il résulte que les heures effectuées au-delà de la limite supérieure hebdomadaire de la modulation sont des heures supplémentaires (arrêté du 28 juin 2000, art. 1er).

(11) Alinéa étendu sous réserve de l'application de l'article L. 212-8 (4e alinéa) du code du travail (arrêté du 28 juin 2000, art. 1er).

Gardes et urgences

Article 4

a) Dispositions communes

La programmation individuelle des services de garde et d'urgence doit être portée à la connaissance de chaque salarié concerné 15 jours à l'avance, sauf circonstances exceptionnelles et sous réserve, dans ce dernier cas, que le salarié en soit averti au moins 2 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 minimale de 11 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 1er Mai donnent droit pour le salarié au versement d'une indemnité de sujétion dont le montant brut est égal à une fois et demie 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 1er 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 un dimanche ou un jour férié autre que le 1er Mai donnent droit pour le salarié au versement d'une indemnité de sujétion dont le montant brut est égal à une fois et demie 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 1er 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 de la 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.

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 1er 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 1er 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, quant 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 de la 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.

Rémunération

Article 5

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 (1).

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 œuvre échelonné.

À compter du 1er janvier 2001 :

Une indemnité compensatrice de RTT est attribuée dans la limite de la rémunération correspondant au salaire minimum 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 1er 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.

5.2. Incidence de la RTT sur la rémunération minimale conventionnelle

Les salaires minima mensuels conventionnels sont établis au prorata, à compter du 1er janvier 2001, sur la base d'une durée de travail mensuelle de 160,33 heures et, à compter du 1er janvier 2002, sur la base d'une durée de travail mensuelle de 151,67 heures.

Ces minima seront revalorisés comme suit :

- au 1er janvier 2001 : + 2,67 % ;

- au 1er janvier 2002 : + 2,67 % ;

- au 1er janvier 2003 : + 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.

(1) Voir les avis de la CPNI du 30 octobre 2000 et du 31 janvier 2001 sur cet alinéa.

Dispositions relatives aux cadres

Article 6

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 6 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.

Travail à temps partiel

Article 7

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 pro rata 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.

Engagement relatif à l'emploi

Article 8

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, et ce dans le délai maximum de 1 an suivant la réduction du temps de travail dans l'entreprise, le cas échéant, dès la première étape. L'effectif ainsi augmenté devra être maintenu pendant 2 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 2 années à compter de la réduction du temps de travail dans l'entreprise.

Mandatement

Article 9 (1)

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 10 du présent accord, avant signature dudit accord.

Cet accord devra 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.

(1) Numérotation modifiée par avenant du 29 septembre 2000 (arrêté du 18 décembre 2000).

Accords antérieurs

Article 10 (1)

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.

(1) Numérotation modifiée par avenant du 29 septembre 2000 (arrêté du 18 décembre 2000).

Suivi de l'accord

Article 11 (1)

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 œuvre de l'accord de RTT dans les entreprises officinales ;

- informer la commission paritaire nationale de ses travaux.

Elle se réunira dans le délai de 1 mois suivant la demande écrite de l'une ou l'autre des parties.

Les parties signataires conviennent de réunir ladite commission dans le délai de 1 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.

(1) Numérotation modifiée par avenant du 29 septembre 2000 (arrêté du 18 décembre 2000).

Durée de l'accord

Article 12

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 avis de réception à chacune des autres parties signataires. La demande de dénonciation devra être accompagnée d'une nouvelle proposition d'accord.

(1) Numérotation modifiée par avenant du 29 septembre 2000 (arrêté du 18 décembre 2000).

Entrée en vigueur

Article 13

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.

(1) Numérotation modifiée par avenant du 29 septembre 2000 (arrêté du 18 décembre 2000).

Régime des heures supplémentaires (cf. art. 3.5 et 3.6.8)

Article

1. Entreprises de plus de 20 salariés

Année	Heures supplémentaires	Bonification « repos » ou majoration de salaire
2000	Au-delà de la 35e et jusqu'à la 39e heure incluse Au-delà de la 39e et jusqu'à la 43e heure incluse Au-delà de la 43e heure	10 % 25 % 50 %
2000 et 2001	Au-delà de la 35e et jusqu'à la 39e heure incluse Au-delà de la 39e et jusqu'à la 43e heure incluse Au-delà de la 43e heure	25 % 25 % 50 %

2. Entreprises de 1 à 20 salariés

Heures supplémentaires	Bonification « repos » ou majoration de salaire
Au-delà de la 35e et jusqu'à la 39e heure incluse Au-delà de la 39e et jusqu'à la 43e heure incluse Au-delà de la 43e heure	15 % 25 % 50 %

Procès-verbal relatif à un avis de la CNPI sur la prime d'ancienneté

Date du texte : 2000-10-30 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

La commission nationale paritaire d'interprétation de l'article 30 de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, saisie par la fédération nationale de la pharmacie Force ouvrière d'une difficulté d'interprétation portant sur l'article 5.1 de l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 relatif à la réduction du temps de travail dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, plus spécialement en ce qui concerne le montant de la prime d'ancienneté en cas de réduction du temps de travail, a émis à l'unanimité l'avis suivant :

Avis

Considérant que l'article 5.1 de l'ARTT du 23 mars 2000 a prévu que « 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 »,

Considérant que le maintien du salaire mensuel conventionnel à son niveau atteint avant la réduction du temps de travail doit également s'entendre du maintien à son niveau antérieur de la prime d'ancienneté, elle-même calculée sur le salaire conventionnel,

Qu'il en résulte dès lors, en cas de réduction du temps de travail dans le cadre des dispositions de l'accord du 23 mars 2000, que 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 CNPI sur l'indemnité de réduction du temps de travail (IRTT)

Date du texte : 2001-01-31 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

La commission nationale paritaire d'interprétation de l'article 30 de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, saisie de certaines difficultés portant sur l'interprétation de diverses dispositions de l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 modifié relatif à la réduction du temps de travail dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, a émis l'avis ci-après, délibéré le 31 janvier 2001, après avoir au préalable été exposé ce qui suit :

Exposé

Considérant l'accord collectif national du 23 mars 2000 relatif à la réduction du temps de travail dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, modifié par avenant du 29 septembre 2000, dont les dispositions ont été rendues obligatoires pour tous les employeurs et tous les salariés de la branche par l'effet des arrêtés d'extension des 28 juin et 18 décembre 2000 respectivement publiés au Journal officiel des 14 juillet et 23 décembre 2000 ;

Considérant que les dispositions conventionnelles précédemment rappelées ont prévu que la durée collective de travail dans les entreprises officinales serait ramenée à 37 heures par semaine à compter du 1er janvier 2001 et à 35 heures par semaine à compter du 1er janvier 2002 sans perte de salaire pour les salariés antérieurement occupés sur la base d'un horaire de 39 heures hebdomadaires ;

Considérant par ailleurs que les termes « en cas de réduction du temps de travail » utilisés à l'article 5.1 de l'accord modifié du 23 mars 2000 pour l'attribution d'une indemnité compensatrice de réduction du temps de travail (IRTT) doivent s'entendre dans l'esprit des partenaires sociaux du cas très général de la réduction de la durée collective du travail sur la base de 37 heures ou 35 heures hebdomadaires dans le cadre des dispositions conventionnelles relatives à la réduction de la durée du travail dans les entreprises officinales ;

Considérant toutefois que les dispositions conventionnelles sur la réduction de la durée collective de travail à 37 ou 35 heures par semaine n'ont pas eu pour effet de s'opposer au maintien de l'horaire antérieur de travail sur une base supérieure à ces durées, sauf à rémunérer en sus les heures effectuées selon le cas au-delà de 37 ou 35 heures,

Tenant compte enfin du principe d'égalité de traitement entre l'ensemble des salariés de la branche, les partenaires sociaux ont émis l'avis suivant, délibéré en séance le 31 janvier 2001 :

Avis

En cas de maintien de l'horaire de travail sur la base antérieure de 39 heures par semaine, il sera attribué aux salariés concernés une IRTT 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, à laquelle s'ajoutera la rémunération des heures effectuées au-delà de ces durées payées pour les entreprises ne dépassant pas 20 salariés au taux normal en 2001 et ultérieurement majorées dans le cadre du régime des heures supplémentaires à partir du 1er janvier 2002.

Chèques-vacances

Date du texte : 2002-06-24 **Version KALI retenue :** 2003-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Préambule

Article

Prenant acte des dispositions de la loi n° 99-584 du 12 juillet 1999 modifiant l'ordonnance n° 86-283 du 26 mars 1986 portant création des chèques-vacances, les partenaires sociaux de la branche de la pharmacie d'officine, NAF 52-3 A, 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'officine, 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.

Entreprises et salariés concernés

Article 1er

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 1 an, renouvelable par tacite reconduction.

Pour pouvoir bénéficier des chèques-vacances, les salariés doivent justifier, *par une attestation sur l'honneur à leur employeur* (1), 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 1417 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 6 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.

(1) Termes exclus de l'extension comme étant contraires aux dispositions du paragraphe I de l'article 2 de l'ordonnance n° 82-283 du 26 mars 1982 modifiée portant création des chèques-vacances, qui ne prévoient pas de justification du montant des revenus annuels par le biais d'une attestation sur l'honneur (arrêté du 26 mars 2003, art. 1er).

Modalités de financement du chèque-vacances

Article 2

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 1er 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 correspondant 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.

Exonération des charges sociales

Article 3

En application de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1999, la contribution de l'employeur à l'acquisition de 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.

(1) Article étendu sous réserve de l'application des dispositions de l'article 2.1 de l'ordonnance du 26 mars 1982 précitée (arrêté du 26 mars 2003, art. 1er).

Suivi de l'accord

Article 4

Un comité de suivi est mis en place au sein de la branche de la 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 ;

- d'adapter en début de chaque année l'annexe relative aux plans d'épargne en fonction de la

revalorisation annuelle du SMIC ;

- d'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.

Entrée en vigueur

Article 5

Le présent accord entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2003.

Il sera déposé, en vue de son extension, conformément aux dispositions légales, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Annexe

Article

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

1re option d'abondement

Jusqu'au Smic à 1,5 Smic		1,5 Smic à 2 fois le Smic		> 2 Smic	
Part employeur 78 %	Part salarié 22 %	Part employeur 50 %	Part salarié 50 %	Part employeur 30 %	Part salarié 70 %
84,5 € par mois	23 € par mois	54 € par mois	54 € par mois	27 € par mois	63 € par mois
soit 430 € sur 4 mois		soit 430 € sur 4 mois		soit 430 € sur 4 mois	

2e option d'abondement

Jusqu'au Smic à 1,5 Smic		1,5 Smic à 2 fois le Smic		> 2 Smic	
Part employeur 70 %	Part salarié 30 %	Part employeur 50 %	Part salarié 50 %	Part employeur 30 %	Part salarié 70 %

84 € par mois	36 € par mois	60 € par mois	60 € par mois	36 € par mois	84 € par mois
soit 480 € sur 4 mois		soit 480 € sur 4 mois		soit 480 € sur 4 mois	

Propositions à 6 mois

1re option d'abondement

Jusqu'au Smic à 1,5 Smic		1,5 Smic à 2 fois le Smic		> 2 Smic	
Part employeur 70 %	Part salarié 30 %	Part employeur 50 %	Part salarié 50 %	Part employeur 30 %	Part salarié 70 %
56 € par mois	24 € par mois	40 € par mois	40 € par mois	24 € par mois	56 € par mois
soit 480 € sur 6 mois		soit 480 € sur 6 mois		soit 480 € sur 6 mois	

2e option d'abondement

Jusqu'au Smic à 1,5 Smic		1,5 Smic à 2 fois le Smic		> 2 Smic	
Part employeur 70 %	Part salarié 30 %	Part employeur 50 %	Part salarié 50 %	Part employeur 30 %	Part salarié 70 %
58,3 € par mois	25 € par mois	41,6 € par mois	41,6 € par mois	25 € par mois	58,3 € par 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 64,6 %	Part salarié 35,4 %	Part employeur 50 %	Part salarié 50 %	Part employeur 35,4 %	Part salarié 64,6 %
42 € par mois	23 € par mois	32,5 € par mois	32,5 € par mois	23 € par mois	42 € par 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 de dossier.

Congés payés annuels

Date du texte : 2003-02-03 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Reconnaissant que des considérations d'ordre humain et social justifient l'octroi d'un congé en faveur des salariés qui assument la charge d'un enfant handicapé afin d'être présents à ses côtés ;

Qu'il serait inéquitable de faire supporter aux salariés concernés les conséquences financières de ce congé qu'il convient donc de rémunérer ;

Considérant par ailleurs que les salariés adhérant à une convention de préretraite progressive FNE perçoivent, lors de leur départ à la retraite, une indemnité calculée sur la base d'une activité réduite ;

Qu'il paraît raisonnable de prendre en compte les périodes de pleine activité qui ont précédé l'adhésion à la convention ;

Que dans ces conditions, le calcul de l'indemnité de départ à la retraite doit s'effectuer selon les mêmes modalités que pour tout salarié qui travaille à temps plein ;

Considérant enfin que la salariée qui n'a pas pris la totalité des congés payés auxquels elle avait droit au moment de son départ en congé parental d'éducation perd le bénéfice de l'indemnité compensatrice correspondante ;

Que les droits qu'elle a acquis au titre de congés payés doivent être garantis lorsqu'elle choisit de bénéficier d'un congé parental ;

Que, dès lors, l'indemnité compensatrice de congés payés doit lui être accordée dans les conditions définies par le présent avenant,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1

1° Au 13e alinéa de l'article 16 " Absence pour maladie ou accident " de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, après les mots : " ... ou si le salarié assume la charge de 3 enfants ou plus âgés de moins de 16 ans. ", sont ajoutés 2 alinéas ainsi rédigés :

(voir cet article)

2° La dernière phrase du 13e alinéa devient en conséquence le 16e alinéa :

Article 2

Il est ajouté, après le 3e alinéa de l'article 22 " Indemnité de départ en retraite " de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, 2 alinéas ainsi rédigés :

(voir cet article)

Article 3

Il est ajouté après le 10e alinéa de l'article 25 " Congés payés annuels " de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, 2 alinéas ainsi rédigés :

(voir cet article)

Article 4

Le présent avenant prendra effet à compter du 1er janvier 2003.

Le présent avenant sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Modifications diverses à la convention collective (congé légal de paternité)

Date du texte : 2003-07-07 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail, notamment l'article L. 122-45 introduit par l'article 1er de la loi n° 2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations, l'article L. 122-25-4 modifié par l'article 55 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, l'article L. 122-9 modifié par l'article 113 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ainsi que l'article R. 122-2 dans sa rédaction issue du décret n° 2002-785 du 3 mai 2002 pris pour l'application de celle-ci,

Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998 ;

Les parties signataires, prenant acte, d'une part, de la création du congé légal de paternité, ont souhaité placer le salarié qui en bénéficie dans une situation identique à la salariée en congé de maternité afin de ne pas créer, de manière directe ou indirecte, de discrimination liée au sexe ou à la situation de famille ;

Les parties signataires ont, d'autre part, manifesté leur attachement à la mise en cohérence des dispositions conventionnelles avec les dispositions réglementaires relatives aux taux de l'indemnité de licenciement pour motif économique telles qu'elles ont été modifiées à la suite de la loi de modernisation sociale susvisée ;

Par conséquent, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des points suivants.

Article 1

(Voir les articles modifiés)

Article 2

(voir les articles modifiés)

Article 3

Le présent avenant prendra effet à compter du 1er juillet 2003.

Le présent avenant sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Avenant à l'accord du 4 juillet 2005 relatif à la formation professionnelle

Date du texte : 2005-07-05 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail ;

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

Vu l'accord collectif national du 4 juillet 2005 relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie professionnelle dans la pharmacie d'officine,
il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les parties signataires désireuses d'inclure dans l'accord collectif national susvisé des dispositions ayant trait à la rémunération des salariés en formation dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine et plus particulièrement à celle des jeunes en formation, se sont accordées sur les dispositions suivantes :

Article 1

L'article 22 " Préparation au brevet professionnel de préparateur en pharmacie " de l'accord collectif national susvisé est complété par 2 alinéas ainsi rédigés :

(voir cet article)

Article 2

L'accord collectif national susvisé est complété par les dispositions qui suivent et qui en constituent une annexe :

(voir cette annexe)

Article 3

En application du dernier alinéa de l'article L. 132-23 du code du travail, les parties signataires confèrent aux dispositions du présent avenant 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

Les parties signataires s'engagent à effectuer, à l'initiative de la partie la plus diligente, les démarches et formalités nécessaires à l'extension du présent avenant.

Avenant à l'accord du 3 décembre 1997 relatif au développement du paritarisme et financement de la négociation collective

Date du texte : 2006-04-12 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Exposé

Article

Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, étendue par arrêté du 13 août 1998, ensemble l'accord collectif national du 3 décembre 1997 relatif au développement du paritarisme et au financement de la négociation collective dont il forme partie intégrante, accord instituant un fonds national pour le développement du paritarisme et le financement de la négociation collective dans la pharmacie d'officine (ci-après désigné le FNDP) ;

Prenant en compte la reconnaissance de la représentativité de l'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) par le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement dans le cadre de la convention collective nationale susvisée ;

Prenant acte de la déclaration d'adhésion de l'USPO à la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, ensemble aux accords collectifs étendus dans la chambre professionnelle ;

Désireuses, dans le respect du principe de parité entre organisations syndicales de salariés et organisations syndicales patronales, de modifier la composition du conseil d'administration du FNDP mentionné à l'article 7 de l'accord collectif national du 3 décembre 1997 susvisé, compte tenu de la situation nouvellement créée par la reconnaissance de représentativité de l'USPO, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, de ce qui suit :

Article 1

L'alinéa 1er de l'article 7 (gestion paritaire) de l'accord collectif national du 3 décembre 1997 est modifié comme suit :

(voir cet article)

Article 2

Le troisième alinéa, relatif au suppléant, de l'article 9 (désignation des membres du conseil d'administration) de l'accord collectif national du 3 décembre 1997 est supprimé.

Article 3

1. A l'article 10 (présidence) de l'accord collectif national du 3 décembre 1997, le mot " présidence " est, dans le titre, remplacé par le mot " bureau ".

2. Au même article, il est ajouté un quatrième alinéa ainsi rédigé :

(voir cet article)

Article 4

Le présent avenant prend effet à la date de sa conclusion et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 12 avril 2006.

Régime de prévoyance (personnel non cadre)

Date du texte : 2006-10-09 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article 1

Le tableau figurant dans le B " Etendue de la garantie " de l'article 9 " Garantie frais de santé " du régime de prévoyance du personnel non cadre de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

(voir cet article)

Conformément aux dispositions de la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322 du code de la sécurité sociale (" forfait 1 euro ") ainsi que les dépassements d'honoraires et majorations à la charge de l'assuré lorsque les frais sont engagés " hors parcours de soins " ne sont pas garantis par le régime.

La garantie comprend le remboursement de la participation forfaitaire supportée par l'assuré en application des dispositions de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, pour les actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à un montant fixé, à titre indicatif, à 91 euros (" participation forfaitaire de 18 euros ").

Article 2

Les dispositions du 2° " Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties " du C " Taux de cotisations " de l'article 10 " Cotisations " du régime de prévoyance non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée sont remplacées par les dispositions suivantes :

(voir cet article)

Article 3

Le présent avenant prendra effet à compter du 1er janvier 2007 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Certificats de qualification professionnelle

Date du texte : 2007-09-19 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Préambule

Article

Vu le code du travail, notamment l'article L. 900-3 ;

Vu la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 modifiée relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social ;

Vu l'accord du 28 février 2005 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des salariés des professions libérales ;

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

Vu l'accord collectif national du 16 décembre 1991 modifié portant création de la commission nationale paritaire de l'emploi de la pharmacie d'officine ;

Vu l'accord collectif national du 4 juillet 2005 relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie professionnelle dans la pharmacie d'officine,

Article Préambule

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.

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 techniques 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 1er — Démarche d'élaboration d'un CQP

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.

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

Le jury de certification est composé de 3 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 validées pendant une période de 5 ans.

Article 6 — Agrément des organismes délivrant une formation sanctionnée par un CQP

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.

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)

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 de 1 an, à compter de la date de la signature pour un premier bilan, et ensuite au minimum tous les 2 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

Article

Liste des certificats de qualification professionnelle en pharmacie d'officine

– CQP “ Dermo-cosmétique pharmaceutique ” ;
– CQP “ Produits cosmétiques et d'hygiène ” ;
– CQP “ Dispensation de matériel médical à l'officine ” ;
– CQP “ Phytothérapie, aromathérapie et herboristerie en pharmacie d'officine ”.

Régime de prévoyance du personnel cadre

Date du texte : 2008-01-30 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu la loi n° 2007-1824 du 25 décembre 2007 de finances rectificative pour 2007, notamment son article 107 ;
Vu la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, notamment son article 7-1 ;
Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, étendue par arrêté du 13 août 1998 ;
Désireuses, au vu des résultats excédentaires enregistrés par le régime de prévoyance des salariés cadres de la pharmacie d'officine, d'améliorer le niveau des garanties proposées aux entreprises adhérentes comme aux participants, tant dans le domaine des frais de santé qu'en matière d'arrêts de travail ;
Soucieuses par ailleurs d'assurer le maintien de la garantie décès des assurés du régime, quel que soit leur âge ;
Considérant enfin la mise en oeuvre d'une franchise annuelle dont le coût est laissé à la charge des assurés sociaux pour les frais relatifs à certains produits et prestations de santé et la nécessité de ne pas priver l'institution gestionnaire du régime ainsi que les entreprises adhérentes et leurs salariés des avantages auxquels ils peuvent prétendre, dès lors que les garanties souscrites en matière de prévoyance répondent aux conditions mentionnées dans le code de la sécurité sociale, notamment dans son article L. 871-1,
les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des points suivants.

Article 1

Les dispositions du D « Régime professionnel obligatoire. — Montant des remboursements » du III « Maladie. — Chirurgie. — Maternité (prestations en nature) » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée sont remplacées par les dispositions suivantes :
« D. — 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	23 € (2)
-visite médecin généraliste	23 € (2)
-consultation médecin spécialiste	33 € (2)
-visite médecin spécialiste	33 € (2)

-consultation médecin psychiatre	38, 87 € (2)
-visite médecin psychiatre	60, 67 € (2)
-consultation médecin cardiologue	100 % des frais réels (sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale) dans la limite de 80, 04 €
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels
Frais d'honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux)	254, 20 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Hospitalisation (en établissement de santé public ou privé) : -frais de séjour	100 % du ticket modérateur en secteur public / 91, 47 € par journée d'hospitalisation en secteur privé
-chambre particulière	75 € par jour
-forfait journalier	Prise en charge intégrale (3)
Frais d'analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais d'auxiliaires médicaux en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais d'auxiliaires médicaux en secteur non conventionné	330 % du remboursement de la sécurité sociale
Radiographie et actes d'imagerie, actes médicaux courants (échographie) en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Radiographie et actes d'imagerie, actes médicaux courants (échographie) en secteur non conventionné	330 % du remboursement de la sécurité sociale
Frais de soins dentaires en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais de soins dentaires en secteur non conventionné	330 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais de prothèses dentaires et de soins orthodontiques	7 € par lettre clef (2)
Parodontie	200 € (forfait annuel par bénéficiaire)
Implantologie	400 € (par implant, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire)
Frais d'optique (lunettes) : -monture	70 € (2)
-verres	80 € par verre (2)
-lentilles de contact : -acceptées par la sécurité sociale	100 € par paire de lentilles
-refusées par la sécurité sociale, y compris les lentilles jetables)	138 € (forfait annuel par bénéficiaire)
Frais d'orthopédie et de prothèses (autres que dentaires)	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale

Prothèses auditives	400 € (forfait annuel par oreille apareillée)
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale	Versement d'une allocation forfaitaire journalière égale à 3, 66 €
Prime de naissance ou d'adoption	Remboursement forfaitaire par enfant de 250 € (4)
Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais de transport du malade	53 % des remboursements de la sécurité sociale
(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. (3) Dans la limite de 16 € (12 € en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie) au 1er janvier 2008. (4) Le remboursement s'effectue sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou une photocopie du jugement d'adoption.L'allocation est versée aux deux conjoints, s'ils travaillent dans la même entreprise. En cas de naissance ou d'adoptions multiples, elle est versée pour chaque enfant.	

La participation forfaitaire (" forfait 1 € ”) et la franchise mentionnées à l'article L. 322-2 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 le régime. »

Article 2

Les dispositions du E « Régime supplémentaire facultatif. — Montant des remboursements » du III « Maladie. — Chirurgie. — Maternité (prestations en nature) » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée sont remplacées par les dispositions suivantes :
« E. — 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 :	23 € (2)
-visite médecin généraliste	23 € (2)
-consultation médecin spécialiste	36 € (2)
-visite médecin spécialiste	36 € (2)
-consultation médecin psychiatre	41, 92 € (2)
-visite médecin psychiatre	67, 08 € (2)
-consultation médecin cardiologue	100 % des frais réels (sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale) dans la limite de 80, 04 €
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels

Frais d'honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux)	278, 13 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Hospitalisation (en établissement de santé public ou privé) : -frais de séjour	100 % du ticket modérateur en secteur public / 91, 47 € par journée d'hospitalisation en secteur privé
-chambre particulière	75 € par jour
-forfait journalier	Prise en charge intégrale (3)
Frais d'analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais d'auxiliaires médicaux en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais d'auxiliaires médicaux en secteur non conventionné	330 % du remboursement de la sécurité sociale
Radiographie et actes d'imagerie (échographie), actes médicaux courants en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Radiographie et actes d'imagerie (échographie), actes médicaux courants en secteur non conventionné	330 % du remboursement de la sécurité sociale
Frais de soins dentaires en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais de soins dentaires en secteur non conventionné	420 % du remboursement de la sécurité sociale
Frais de prothèses dentaires et de soins orthodontiques	8 € par lettre clef (2)
Parodontie	250 € (forfait annuel par bénéficiaire)
Implantologie	450 € (par implant, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire)
Frais d'optique (lunettes) : -monture	80 € (2)
-verres	95 € par verre (2)
-lentilles de contact :	
-acceptées par la sécurité sociale	110 €
-refusées par la sécurité sociale (y compris les lentilles jetables)	141 €
Frais d'orthopédie et de prothèses (autres que dentaires)	149, 5 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Prothèses auditives	500 € (forfait annuel par oreille appareillée)
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale	Versement d'une allocation forfaitaire journalière égale à 3, 66 €
Prime de naissance ou d'adoption	Remboursement forfaitaire par enfant de 250 € (4)
Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)

Frais de transport du malade	53 % des remboursements de la sécurité sociale

(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.
(3) Dans la limite de 16 € (12 € en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie) au 1er janvier 2008.
(4) Le remboursement s'effectue sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou une photocopie du jugement d'adoption.L'allocation est versée aux deux conjoints, s'ils travaillent dans la même entreprise. En cas de naissance ou d'adoptions multiples, elle est versée pour chaque enfant.

La participation forfaitaire (" forfait 1 € ”) et la franchise mentionnées à l'article L. 322-2 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 le régime. »

Article 3

Dans le A « Incapacité temporaire » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèce) » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les tableaux relatifs au paiement des indemnités servies en complément des indemnités journalières de la sécurité sociale aux catégories de salariés cadres ou assimilés visées par les dispositions dudit A sont respectivement remplacés par les tableaux suivants :
— pour les cadres (convention nationale du 14 mars 1947, art. 4) et assimilés cadres (convention nationale du 14 mars 1947, art. 4 bis et 36) ayant moins de 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

	CONVENTION N° 35. 35. 0000	**CONVENTION N° 35. 61. 0000**		
	T1	**T2**	**T1**	**T2**
A partir du 4e jour (inclus) et jusqu'au 60e jour d'arrêt	30 %	80 %	10 %	10 %
A partir du 61e jour et jusqu'au 274e jour d'arrêt	30 %	85 %	10 %	5 %
A partir du 275e jour	30 %	90 %	10 %	—

— pour les assimilés cadres ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

	CONVENTION N° 35. 35. 0000	**CONVENTION N° 35. 61. 0000**		
	T1	**T2**	**T1**	**T2**
A partir du 31e jour (inclus) et jusqu'au 60e jour d'arrêt	30 %	80 %	10 %	10 %
A partir du 61e jour et jusqu'au 274e jour d'arrêt	30 %	85 %	10 %	5 %
A partir du 275e jour	30 %	90 %	10 %	—

— pour les cadres ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

	CONVENTION N° 35. 35. 0000	CONVENTION N° 35. 61. 0000		
	T1	T2	T1	T2
A partir du 61e jour et jusqu'au 274e jour d'arrêt	30 %	85 %	10 %	5 %
A partir du 275e jour	30 %	90 %	10 %	—

Article 4

Les dispositions du deuxième alinéa du C « Cotisations » du VIII « Contrats proposés aux anciens assurés » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, ainsi que les deux tableaux qui font suite à cet alinéa sont remplacés par les dispositions suivantes :
« La cotisation annuelle par personne assurée est fixée au 1er avril 2008 à :

(En euros.)

POUR LES RETRAITÉS CADRES OU ASSIMILÉS CADRES	
Retraité Conjoint ayant droit d'un retraité ou conjoint d'un retraité décédé	872
Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4e enfant à garantir)	376
POUR LES ANCIENS SALARIÉS CADRES OU ASSIMILÉS CADRES	
Licencié inscrit aux ASSEDIC Ancien salarié qui bénéficiait du régime de prévoyance et inscrit auxASSEDIC Préretraité Assuré en incapacité de travail avec rupture du contrat de travail Assuré en invalidité	740
Assuré en congé sans solde, congé parental d'éducation, en congé formation, en congé sabbatique, convention de reclassement personnalisé Conjoint ayant droit ou conjoint ayant droit d'un salarié décédé	
Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4e enfant à garantir)	376

Article 5

Au 3e alinéa du B « Montant du capital » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « Si l'assuré lors de son décès est âgé de moins de 65 ans, » sont supprimés.
Le 5e alinéa du B « Montant du capital » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, relatif à la réduction de capital applicable en cas de décès d'un assuré de plus de 65 ans, est supprimé.
Au 6e alinéa du B « Montant du capital » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres

de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « à compter du 65e anniversaire de l'assuré ou » sont supprimés.
Le 8e alinéa du B « Montant du capital » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée est remplacé par les dispositions suivantes :
« En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, les capitaux décès prévus ci-dessus en cas de décès par maladie sont versés au profit de l'assuré lui-même. »
Dans la première phrase du 1er alinéa du C « Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « âgé de moins de 60 ans » sont supprimés.
Au 2e alinéa du C « Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « ou lorsque celui-ci atteint son 60e anniversaire » sont supprimés.

Article 6

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

Révision de l'accord du 23 mars 2000 relatif à la réduction du temps de travail

Date du texte : 2008-04-09 **Version KALI retenue :** 2008-05-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu le 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 ;
Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, étendue par arrêté du 13 août 1998 et modifiée notamment par avenant du 30 janvier 2008 ;
Vu l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000, modifié par avenant étendu du 29 septembre 2000, relatif à la réduction du temps de travail dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine ;
Considérant la nécessité de clarifier l'articulation des dispositions de l'article 4 de l'accord collectif susvisé sur les gardes et urgences en officine avec les dispositions de l'article 13 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine relatives à la durée du temps de travail.
Reconnaissant par ailleurs qu'il paraît équitable d'allouer, d'une part, aux salariés qui effectuent une garde le dimanche ou un jour férié autre que le 1er Mai à l'officine, en plus de la récupération du jour de repos à laquelle ils peuvent prétendre, une somme forfaitaire venant indemniser, dans les conditions fixées par le présent avenant, la contrainte subie et d'accorder, d'autre part, aux salariés qui effectuent une garde un 1er Mai, en plus de l'indemnité mentionnée à l'article 13 de la convention collective susvisée, un repos compensateur d'égale durée ;
Les parties signataires sont convenues des modifications suivantes :

Article 1er

Les dispositions de l'article 4 « Gardes et urgences » de l'accord collectif national susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 4
Gardes et urgences

a) Dispositions communes
La programmation individuelle des services de garde et d'urgence doit être portée à la connaissance de chaque salarié concerné 15 jours à l'avance, sauf circonstances exceptionnelles et sous réserve, dans ce dernier cas, que le salarié en soit averti au moins 2 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 11 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 1er Mai, donnent droit pour le salarié au versement d'une indemnité de sujétion dont le montant brut est égal à une fois et demie 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 1er 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, un dimanche ou un jour férié autre que le 1er Mai donnent droit pour le salarié au versement d'une indemnité de sujétion dont le montant brut est égal à une fois et demie 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 1er 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 de la 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.
Dans tous les cas, il est accordé au personnel présent dans l'officine l'indemnité spéciale pour dérangement mentionnée à l'article 13 de la convention collective nationale de la pharmacie

d'officine.
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 1er 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 1er 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, quant 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 de la 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 2

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 3

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

Droit individuel à la formation (DIF)

Date du texte : 2008-06-04 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

La commission nationale paritaire d'interprétation prévue à l'article 30 de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, saisie d'une difficulté d'interprétation portant sur les modalités de l'information, mise à la charge des employeurs par l'accord du 4 juillet 2005 modifié relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie professionnelle, quant au montant des droits acquis par les salariés au titre du droit individuel à la formation (DIF), a émis, à l'unanimité des organisations représentées, l'avis suivant :
Considérant qu'aux termes de l'article 12. 1 de l'accord du 4 juillet 2005 précité, tout salarié justifiant d'une ancienneté minimale dans l'entreprise bénéficie chaque année d'un droit individuel à la formation (DIF) ;
Considérant qu'en application de cet article, chaque salarié est informé par écrit annuellement du total des droits acquis au titre du DIF ainsi que du solde disponible ;
Considérant qu'en vertu de l'article 13 du même accord, en cas de licenciement, sauf faute grave ou lourde, la lettre de licenciement doit mentionner les droits acquis au titre du DIF et la possibilité, pour le salarié licencié, de demander à en bénéficier pendant le préavis, pour financer une action de bilan de compétences, de validation des acquis de l'expérience ou de formation ;
Considérant que seul le temps consacré à l'accomplissement de cette action peut être imputé sur le total des droits acquis au titre du DIF, à l'exclusion du temps nécessaire au salarié pour se rendre sur le lieu où l'action de bilan de compétences, de validation des acquis de l'expérience ou de formation est réalisée ;
Qu'il en résulte, dès lors, que le temps de transport ne saurait être imputé sur les droits acquis au titre du DIF et portés à la connaissance des salariés, dans le cadre tant de l'information annuelle prévue à l'article 12. 1 précité que dans la lettre notifiant le licenciement.

Régime de prévoyance du personnel non cadre

Date du texte : 2008-12-10 **Version KALI retenue :** 2009-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 1132-1 et L. 1242-14 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 242-1 et L. 871-1 ;

Vu la loi n° 2007-1824 du 25 décembre 2007 de finances rectificative pour 2007, notamment son article 107 ;

Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998, notamment son annexe IV relative au régime de prévoyance du personnel non cadre ;

Soucieuses de maintenir au régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine son caractère collectif et désireuses, à ce titre, de supprimer toute considération relative à la nature du contrat de travail ou à l'âge du salarié bénéficiaire des prestations dudit régime ;

Décidées par ailleurs à étendre aux salariés ayant conclu un pacte civil de solidarité et à leurs enfants le bénéfice des prestations versées par ledit régime au titre des frais de santé ;

Considérant la mise en oeuvre d'une franchise annuelle dont le coût est laissé à la charge des assurés sociaux pour les frais relatifs à certains produits et prestations de santé et la nécessité de ne pas priver l'institution gestionnaire du régime ainsi que les entreprises adhérentes et leurs salariés des avantages auxquels ils peuvent prétendre, dès lors que les garanties souscrites en matière de prévoyance répondent aux conditions mentionnées dans le code de la sécurité sociale, notamment dans son article L. 871-1,

les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des points suivants :

Article 1

Le dernier alinéa du B « Montant » de l'article 3 « Décès du participant » du régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée est supprimé.
Au 1er alinéa du A « Définition » de l'article 4 « Invalidité absolue et définitive du participant » du régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « avant 60 ans » sont supprimés.
Au 2e alinéa du A « Définition » de l'article 5 « Incapacité de travail » du régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « âgé de moins de 65 ans » sont supprimés.
Le 5e alinéa du C « Durée de paiement » de l'article 5 « Incapacité de travail » du régime de

prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, relatif aux participants liés à l'adhérente par un contrat de travail à durée déterminée, est supprimé.
Au 1er alinéa du A « Définition » de l'article 6 « Invalidité » du régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots «, âgé de moins de 60 ans, » sont supprimés.
Au 3e alinéa du C « Durée de paiement » de l'article 6 « Invalidité » du régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « au 60e anniversaire ou » sont supprimés, le 4e alinéa étant également supprimé.

Article 2

Après le 8e alinéa du B « Etendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de santé » du régime de prévoyance du personnel non cadre de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, il est inséré l'alinéa suivant :
« — le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité et les enfants de celui-ci, s'ils sont considérés par la sécurité sociale comme ayants droit de l'assuré, ».

Article 3

Le tableau figurant dans le B « Etendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de santé » du régime de prévoyance du personnel non cadre de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Honoraires médicaux (consultations, visites)	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Médicaments	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables) : -orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	65 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Honoraires chirurgicaux : -actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Hospitalisation : -frais de séjour	100 % du ticket modérateur (2)
-chambre particulière	23 €
-forfait hospitalier	Prise en charge intégrale (3)
Frais d'analyses médicales	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale

Frais d'auxiliaires médicaux	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Radiologie	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Echographie	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Dentaire : -soins dentaires	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
-prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale	166 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
-traitements orthodontiques remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale	166 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Optique : -par verre remboursé par la sécurité sociale	49 €
-par monture remboursée par la sécurité sociale	28 €
-lentilles correctrices remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	126 € (par an et par bénéficiaire)
Cures thermales (remboursées par la sécurité sociale) : -par jour	6 ‰ du plafond mensuel de la sécurité sociale (4)
Prime de maternité ou d'adoption (par enfant)	183 €
Autres : -frais de transport	26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
-indemnités de déplacement : -infirmiers	26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
-médecins	26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Les prestations figurant dans ce tableau sont versées par le régime dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré. (1) Ces prestations sont versées sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale. (2) Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le remboursement qu'elle effectue. (3) Soit à titre indicatif : 16 € au 1er janvier 2009 et 12 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique. (4) Soit à titre indicatif : 17, 15 € au 1er janvier 2009.	

L'alinéa qui suit le tableau ainsi modifié du B « Etendue de la garantie » de l'article 9 de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée est remplacé par l'alinéa suivant : « Conformément aux dispositions de la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 et de la loi n° 2007-1786 de financement de la sécurité sociale pour 2008 du 19 décembre 2007, la participation forfaitaire (" forfait 1 € ”) et la franchise mentionnées à l'article L. 322 du code de la sécurité sociale ainsi que les dépassements d'honoraires et majorations à la charge de l'assuré lorsque les frais sont engagés hors parcours de soins ne sont pas garantis par le régime. »

Article 4

Les 2e, 3e et 4e alinéas du 2° « Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties » du C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du régime de prévoyance non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée sont remplacés par 3 alinéas ainsi rédigés :
« A titre indicatif, le montant de la cotisation annuelle s'élève, pour l'exercice 2009 à :
— 832 € par adulte ;
— 196 € par enfant à charge. »
Au 8e alinéa du même 2°, les mots « pour l'exercice 2007 » sont supprimés et le 10e alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
« A titre indicatif, le montant de la cotisation annuelle s'élève, pour l'exercice 2009, à 1 130 €. »

Article 5

Le présent avenant prendra effet à compter du 1er janvier 2009 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Prévoyance et frais de santé

Date du texte : 2009-07-02 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Exposé

Vu l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, notamment son article 14 dans sa rédaction issue de l'avenant n° 3 du 18 mai 2009 ;
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 ;
Désireuses de faciliter la mise en oeuvre des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel susvisé relatives à la portabilité des couvertures complémentaires santé et prévoyance, par l'adoption d'un principe de prise en charge par les régimes de prévoyance des salariés de la branche professionnelle de la pharmacie d'officine des prestations versées au titre de ce dispositif, et ce sans supplément de cotisation,
les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des points suivants :

Article 1

A l'annexe IV relative aux régimes de prévoyance de la convention collective nationale susvisée, l'article 9. 1 du régime de prévoyance du personnel non cadre « Maintien de la garantie frais de santé » devient l'article 9. 2.
Il est rétabli un article 9. 1 intitulé « Financement de la portabilité des garanties du régime », rédigé comme suit :
« Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions 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, est mis en oeuvre, sans supplément de cotisation, par le régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine. »

Article 2

A l'annexe IV relative aux régimes de prévoyance de la convention collective nationale susvisée, l'article 9. 2 « Maintien de la garantie frais de santé » du régime de prévoyance du personnel non cadre est complété par un ultime alinéa rédigé comme suit :
« 3. Le maintien de la garantie prévoyance et frais de santé, en vertu des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, 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. »

Article 3

A l'annexe IV relative aux régimes de prévoyance de la convention collective nationale susvisée, le dernier alinéa de l'article 1er « Assurés » du régime de prévoyance des cadres et assimilés de la pharmacie d'officine est complété comme suit :
« et sans préjudice, par ailleurs, des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail ».
Le C « Maintien des garanties gratuitement pendant 6 mois à compter de la rupture du contrat de travail » de l'article 3 « Maladie. — Chirurgie. — Maternité (prestations en nature) » est complété par un ultime alinéa rédigé comme suit :
« Le maintien des garanties lié aux dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, s'effectue sans préjudice du maintien des garanties maladie, chirurgie, maternité 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. »

Le F « Maintien gratuit de la garantie décès de l'assuré » de l'article 5 « Décès » est complété par un ultime linéa rédigé comme suit :
« Le maintien des garanties lié aux dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail 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. »

Article 4

A l'annexe IV relative aux régimes de prévoyance de la convention collective nationale susvisée, il est créé, après l'article 8 « Contrat proposé aux anciens assurés » du régime de prévoyance des cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, un article 9 intitulé « Financement de la portabilité des garanties du régime » rédigé comme suit :
« Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions 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, est mis en oeuvre, sans supplément de cotisation, par le régime de prévoyance des cadres et assimilés de la pharmacie d'officine.

Article 5

Au vu des éléments que les assureurs du régime de prévoyance du personnel non cadre et du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine porteront à leur connaissance, les parties signataires dresseront, au plus tard le 31 décembre 2010, un bilan de l'application des dispositions du présent accord.
Attentives à ce que les prestations versées au titre du dispositif de portabilité des couvertures complémentaires santé et prévoyance n'obèrent pas l'équilibre financier des régimes de prévoyance qui en assumeront la charge, les parties signataires se réservent, à l'issue de ce bilan et en cas de dégradation des résultats de ces régimes, la possibilité d'aménager les modalités de financement de ce dispositif.
Les parties signataires s'accordent pour étudier d'ores et déjà la possibilité d'étendre le dispositif de portabilité des couvertures complémentaires santé et prévoyance institué par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 susvisé aux anciens salariés bénéficiaires d'une convention de reclassement personnalisé.

Article 6

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.

Amélioration des conditions de travail

Date du texte : 2009-09-30 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Préambule

Article

Vu le code du travail, notamment les articles L. 1151-1 et suivants, L. 4111-1 et suivants, L. 4621-1 et suivants, L. 5211-1 et suivants ;

Vu l'accord national interprofessionnel étendu du 2 juillet 2008 sur le stress au travail ;

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

il a été convenu ce qui suit :

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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre.

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 Ier. - Santé et sécurité au travail dans les entreprises officinales

Dispositions liminaires

Article

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 oeuvre 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.

Identification et prévention des risques dans les entreprises officinales

Article 1er

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 oeuvre 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 oeuvre 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 3 étapes :

— une évaluation initiale comportant une identification des dangers par le recensement de l'ensemble de ceux-ci ;

— la fixation de priorités en fonction des résultats de l'évaluation initiale (suivant probabilité et gravité des risques) ;

— 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.

Acteurs de la santé au travail dans les entreprises officinales

Article 2

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 interentreprises 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.

Services de santé au travail

Article 3

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 : (1)

— 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* (2) ; 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.

(1) Le paragraphe 2 de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des articles R. 4624-16 à R. 4624-18 et R. 4624-25 à R. 4624-27 du code du travail.
(Arrêté du 15 avril 2010, art. 1er)

(2) La disposition donnant pouvoir à l'employeur de solliciter une visite de pré-reprise prévue au paragraphe 3 de l'article 3 de l'accord est exclue en vertu de l'article R. 4624-23 du code du travail.
(Arrêté du 15 avril 2010, art. 1er)

Titre II. - Prévention des risques psycho-sociaux dans les entreprises officinales

Stress au travail

Article 4

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 :

— 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 ;
— attirer leur attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail, et ce le plus précocement possible ;
— 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 :
— la mise en place d'une prévention efficace contre les problèmes générés par les facteurs de stress liés au travail ;
— l'information et la formation de l'ensemble des acteurs de l'officine ;
— 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 ;
— 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 cardio-vasculaires, 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. 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. 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. 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 oeuvre 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.

Harcèlement et violence au travail

Article 5

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 officinale.

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 officinale.

5.2.1. 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. 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. - Accès et maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (TH) dans les entreprises officinales

Article

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.

Dispositions liminaires

Article 6

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.

Maintien dans l'emploi

Article 7

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 oeuvre 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. 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. 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 oeuvre 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. 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 oeuvre de toute action liée au handicap et à l'adaptation de ces salariés dans l'entreprise.

Recrutement de collaborateurs handicapés

Article 8

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.

Accueil et insertion des TH

Article 9

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 oeuvre 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.

Gestion des carrières

Article 10

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 oeuvre 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.

Suivi

Article 11

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.

Date d'effet

Article 12

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 I

Article

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 ;
— livraison et portage à domicile.

4. Autres :
— intervenants extérieurs (travaux, entretien) ;
— stress, harcèlement.

Annexe II

Article

Agefiph, mode d'emploi

Aides et 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. 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. 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. 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

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.

Prévoyance des cadres et assimilés

Date du texte : 2009-12-02 **Version KALI retenue :** 2010-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Préambule

Article

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 1er 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

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

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 1er 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

Le dernier alinéa de l'introduction des dispositions relatives au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, figurant à l'annexe IV de la convention collective susvisée, est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le régime est mis en œuvre, dans le cadre d'une coassurance, d'une part, par Allianz et, d'autre part, par Generali Vie, le groupe Mornay étant le gestionnaire administratif des opérations assurées par Generali Vie. »

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 1er 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

Au 5 de l'article 9 « Contrat de prévoyance » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée, le b est rédigé comme suit :

« D'instituer un comité de gestion composé de représentants des organisations syndicales signataires de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ou y ayant adhéré, auquel participent des représentants des coassureurs désignés, chargé de veiller au bon fonctionnement du régime et de proposer, le cas échéant, les aménagements susceptibles de lui être apportés, un règlement intérieur, adopté par le comité de gestion, fixant ses modalités de fonctionnement.

Le comité de gestion se réunit au moins deux fois par an, étant précisé qu'il est obligatoirement tenu chaque année avant le 30 juin une réunion consacrée à la présentation, par les coassureurs désignés, des résultats techniques et financiers du régime. Les coassureurs désignés adressent 15 jours au plus tard avant cette réunion un rapport présentant les résultats du régime auxquels est annexé le compte particulier de résultat de celui-ci. »

Le 3e alinéa de l'introduction des dispositions relatives au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, figurant à l'annexe IV de la convention collective susvisée, est remplacé par un alinéa rédigé comme suit :

« Il est soumis au contrôle d'un comité de gestion institué par la convention collective précitée, composé de représentants des organisations d'employeurs et de salariés. Ce comité, auquel participent des représentants des coassureurs désignés, est chargé de veiller au bon fonctionnement du régime, de proposer, le cas échéant, les aménagements susceptibles de lui être apportés, et de gérer un fonds de solidarité. »

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 1er 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, adhèrent, à compter du 1er 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 1er 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

À l'article 9 « Contrat de prévoyance » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée, le 9 est rédigé comme suit :

« Le choix du ou des organismes assureurs ou coassureurs fait l'objet d'un réexamen tous les 5 ans au plus tard par les organisations représentatives signataires de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ou y ayant adhéré, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. »

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 1er 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 1er du présent accord et de la mise en place, avec effet au 1er 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 1er janvier 2010 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Annexe

Article

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	Prestation assurée
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 % de la base de 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	Prestation assurée
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
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

L'invalidité permanente classée par la sécurité sociale en 2e ou 3e catégorie donne droit au versement, jusqu'à l'âge mentionné à l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, d'une rente égale à :
– 40 % de T1 ;
– 90 % de T2,
sous déduction des indemnités versées par la sécurité sociale. La rente prévue au présent article ne peut en tout état de cause être versée que tant que son bénéficiaire perçoit une pension d'invalidité de la sécurité sociale.

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 3 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

(En euros.)

	RSF
Pour les enfants âgés de 11 ans à moins de 18 ans	586,93

B. – Montant annuel de la rente éducation servie en cas de décès

(En euros.)

	RSF
Enfants à charge âgés de moins de 11 ans au 31 décembre de l'année	686,02
Enfants à charge âgés de 18 ans à moins de 27 ans au 31 décembre de l'année	1 707,43

Gestion prévoyance des cadres et assimilés

Date du texte : 2009-12-02 **Version KALI retenue :** 2010-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Exposé

Article

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.

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 » (n° 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 5, 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 5 organismes assureurs afin d'opérer leur choix final.

Article 4 — Prise d'effet et formalités d'extension

Le présent accord prendra effet au 1er janvier 2010 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Règlement intérieur du comité de gestion prévoyance des cadres et assimilés

Date du texte : 2010-03-17 **État KALI :** VIGUEUR_NON_ETEN

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. 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. 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. 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. 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 15 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 la plus proche 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 5 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 5 derniers exercices ;

– une note présentant la politique de réassurance du régime et ses résultats au cours des 5 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 du ou des organismes assureurs en ce qui concerne d'une part, leur solvabilité au titre de l'exercice passé et des 3 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 3 membres pour chacune des organisations syndicales CGT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC, CFDT ;

– un collège des employeurs composé à part égale de représentants de la fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), de l'union nationale des pharmacies de France (UNPF), de l'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), 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.

Accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie

Date du texte : 2010-12-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail ;
Vu la loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie ;
Vu la convention collective nationale étendue du 3 décembre 1997 de la pharmacie d'officine, notamment, en son annexe II, l'accord collectif national de branche étendu du 4 juillet 2005 modifié relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie dans la pharmacie d'officine ;
Prenant acte de ce que le volume des engagements pris au titre des actions relevant du plan de formation représente, au 31 octobre 2010,86 % du budget consacré au plan de formation par l'OPCA-PL et de la hausse d'environ 10 % du nombre de bénéficiaires par rapport au 31 octobre 2009 ;
Considérant que les 2 derniers mois de chaque année constituent des mois de forte consommation des budgets alloués à la formation professionnelle,
les parties signataires, désireuses de renforcer le budget alloué au plan de formation pour permettre le financement, dans de bonnes conditions, de la formation professionnelle des salariés de la pharmacie d'officine, compte tenu notamment des perspectives créées par l'obligation légale de développement professionnel continu mise à la charge des salariés, sont convenues des points suivants.

Article 1er

L'article 45 « Les entreprises employant 10 salariés et plus » de l'accord collectif national susviséest complété par les dispositions suivantes :
« Le solde des sommes versées au fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels en application de l'article L. 6332-19 du code du travail s'impute sur les participations des entreprises employant 10 salariés et plus dues au titre du plan de formation et de la professionnalisation dans les proportions suivantes :

– 50 % de son montant s'impute au titre du plan de formation ;
– 50 % de son montant s'impute au titre de la professionnalisation. »

Article 2

A l'article 46 « Les entreprises employant moins de 10 salariés » de l'accord collectif national

susvisé, les 5e et 6e alinéas sont remplacés par les 2 alinéas suivants :

« – 0,15 % au titre des formations en alternance (contrat et période de professionnalisation) et du DIF ;
– le solde de la participation au titre du plan de formation ».
Ce même article 46 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
« Le solde des sommes versées au fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels en application de l'article L. 6332-19 du code du travail s'impute sur les participations des entreprises employant moins de 10 salariés dues au titre du plan de formation et de la professionnalisation dans les proportions suivantes :

– 50 % de son montant s'impute au titre du plan de formation ;
– 50 % de son montant s'impute au titre de la professionnalisation. »

Article 3

Les dispositions de l'article 47 « Mutualisation des contributions » de l'accord collectif national susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes :
« Afin de favoriser une utilisation optimale de ces nouvelles ressources, les parties signataires du présent accord confirment que les sommes collectées par l'OPCA des professions libérales au titre des contributions minimales de 0,50 % et de 0,15 % du montant des rémunérations, visées respectivement aux articles 45 et 46 du présent accord, sont mutualisées dès leur réception. »

Article 4

En application des dispositions de l'article L. 2253-3 du code du travail, les parties signataires confèrent aux dispositions du présent avenant un caractère impératif et interdisent de ce fait aux entreprises de la branche d'y déroger en tout ou partie.

Article 5

Le présent avenant prendra effet au 1er décembre 2010 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Instauration d'un régime unique de frais de soins de santé

Date du texte : 2010-12-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, son article 4 notamment ;
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 salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine ;
Vu l'accord collectif national du 2 décembre 2009 relatif au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine ;
Considérant les dispositions de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée faisant obligation aux entreprises d'assurance qui assurent la couverture maladie complémentaire de salariés dans le cadre de contrats collectifs obligatoires de proposer aux retraités le maintien de la couverture dont ils bénéficiaient dans l'entreprise où ils étaient salariés ;
Après avoir procédé à l'examen des propositions faites par les entreprises d'assurance codésignées aux anciens salariés cadres et assimilés ayant fait valoir leurs droits à retraite et constaté que ces propositions, non conformes aux dispositions légales et réglementaires applicables, différaient selon ces entreprises d'assurance et la date de départ en retraite des bénéficiaires, aussi bien en ce qui concerne les remboursements proposés que les cotisations demandées ;
Désireuses d'une part, d'instaurer un régime unique de remboursements de frais de soins de santé au bénéfice de l'ensemble des retraités, cadres et assimilés, de la branche, ce régime devant être conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, de veiller, d'autre part, à ce que ledit régime soit financièrement équilibré par les cotisations versées par ses bénéficiaires, tout en évitant que d'éventuels déséquilibres soient supportés par le régime de frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés en activité ;
Soucieuses, enfin, de ne pas faire peser une charge financière excessive sur les retraités qui bénéficient aujourd'hui des couvertures complémentaires de frais de soins de santé proposées par les entreprises d'assurance codésignées, et d'aménager, à ce titre et à compter du 1er janvier 2011, une période transitoire de 10 années permettant, sur la base d'une unification des garanties proposées, d'échelonner les augmentations de cotisations qui seront nécessaires afin de préserver l'équilibre financier et la pérennité du régime,
les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des dispositions suivantes.

Article 1er — Montant des cotisations des bénéficiaires du contrat proposé aux anciens salariés de la pharmacie d'officine et aux membres de leur famille à charge pour 2011

Les tableaux suivants déterminent les cotisations applicables au 1er janvier 2011 aux anciens salariés de la pharmacie d'officine et aux membres de leur famille à charge, et se substituent aux tableaux figurant au C « Cotisations » du VIII « Contrats proposés aux anciens assurés en vue du maintien des garanties Maladie. – Chirurgie. – Maternité » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine mentionné à l'annexe IV de la convention collective nationale susvisée.

(En euros.)

retraités cadres ou assimilés cadres		
	RPO	RSF
Retraité Conjoint ayant droit d'un retraité ou conjoint d'un retraité décédé	1 000	1 180
Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4e enfant à garantir)	424	496
anciens salariés cadres ou assimilés cadres		
	RPO	RSF
Licencié inscrit à Pôle emploi Ancien salarié qui bénéficiait du régime de prévoyance et inscrit à Pôle emploi Préretraité Assuré en incapacité de travail ou en invalidité avec rupture du contrat de travail Assuré en congé sans solde, congé parental d'éducation, congé formation, congé sabbatique, convention de reclassement personnalisé Conjoint ayant droit ou conjoint ayant droit d'un salarié décédé	848	1 000
Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4e enfant à garantir)	424	496

Article 2 — Définition d'un régime unique de remboursements complémentaires des frais de soins de santé pour les retraités, anciens cadres et assimilés, de la pharmacie d'officine

I. – La première phrase du b « Définition d'un régime unique de remboursement des frais de soins de santé pour les retraités de la pharmacie d'officine » de l'article 1er de l'accord du 2 décembre 2009 susvisé est modifiée comme suit :
« 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. »
II. – Il est créé un E au VIII « Contrats proposés aux anciens assurés en vue du maintien des garanties Maladie. – Chirurgie. – Maternité » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine mentionné à l'annexe IV de la convention collective nationale susvisée, ainsi rédigé :

« E. – Retraités cadres et assimilés ayant adhéré, avant le 1er janvier 1994, à un contrat

d'assurance mettant en œuvre les garanties de frais de soins de santé définies au III

a) Retraités ayant adhéré avant le 1er janvier 1994 au contrat proposé par Allianz IARD (ex-AGF)
Les anciens membres du personnel cadres ou assimilés cadres 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 1er janvier 2011, selon le taux d'abattement pratiqué par Allianz IARD :

(En pourcentage.)

Maintien du Régime professionnel obligatoire										
Abattement de cotisation appliqué en 2010	Evolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
7	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
14	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
21	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
28	93	95	98	100	100	100	100	100	100	100
35	83	85	87	89	91	93	94	96	98	100
42	75	78	81	84	86	89	92	95	98	100
49	67	71	74	78	82	85	89	92	96	100
56	59	64	68	73	77	82	86	91	95	100
63	52	57	62	68	73	79	84	89	95	100
70	44	50	56	63	69	75	82	88	94	100
100	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

(*) Le montant de cette cotisation est révisable chaque année, en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance, sur proposition du comité de gestion.

(En pourcentage.)

Maintien du Régime supplémentaire facultatif										
Abattement de cotisation appliqué en 2010	Evolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
35	87	89	90	92	93	94	96	97	99	100
42	78	80	83	85	88	90	93	95	97	100
49	68	72	75	79	82	86	89	93	96	100
56	59	64	68	73	77	82	86	91	96	100
63	50	55	61	66	72	78	83	89	94	100
70	40	47	53	60	67	73	80	87	93	100
100	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

(*) Le montant de cette cotisation est révisable chaque année, en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance, sur proposition du comité de gestion.

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 1er janvier 1994 au contrat proposé par Generali Vie (ex-France Vie)

Les anciens membres du personnel cadres ou assimilés cadres 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 Generali 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 1er janvier 2011 une cotisation à la charge des retraités définis au premier paragraphe du présent b dont le montant est fixé comme suit.

(En pourcentage.)

Maintien du Régime professionnel obligatoire										
Abattement de cotisation appliqué en 2010	Evolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*)									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
100	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(*) Le montant de cette cotisation est révisable chaque année en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance, sur proposition du comité de gestion.										

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 aux a et b, qui décideront de ne pas renouveler leur adhésion dans les conditions respectivement fixées aux 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 1er 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. »

Article 3 — Dispositions diverses

Les entreprises d'assurance codésignées rendront compte, chaque année, dans le cadre du comité de gestion mentionné à l'article 9 des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée, de l'intégralité des opérations relatives à ce régime aux organisations représentatives d'employeurs et de salariés de la branche qui, dans le respect des principes énoncés au préambule du présent accord, prendront, le cas échéant, les mesures d'adaptation nécessaires.

Article 4 — Entrée en vigueur

Le présent accord prendra effet au 1er décembre 2010 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Régime de prévoyance

Date du texte : 2010-12-01 **Version KALI retenue :** 2011-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Exposé

Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998, notamment son annexe IV relative au régime de prévoyance du personnel non cadre ;
Désireuses d'améliorer le niveau des prestations versées au titre, notamment, des remboursements de frais de soins de santé et de renforcer les droits des anciens salariés bénéficiant de la portabilité des garanties dudit régime ;
Attentives toutefois à ce que l'importance de ces améliorations n'obèrent pas, à terme, l'équilibre financier du régime de prévoyance des salariés non cadres de la pharmacie d'officine ;
Les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des points suivants :

Article 1er

Il est inséré, après l'article 3 « Décès du participant » du régime de prévoyance du personnel non cadre de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, un article 3.1 intitulé « Frais d'obsèques », rédigé comme suit :
« Le décès du participant, 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 €.
Cette allocation est versée dans les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives des frais exposés. »

Article 2

Le tableau figurant dans le B « Etendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de santé » du régime de prévoyance du personnel non cadre de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

Nature des frais	Montant des prestations
Honoraires médicaux (consultations, visites) Médecins généralistes Médecins spécialistes	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale

Médicaments	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables) Orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Honoraires chirurgicaux Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux	200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Hospitalisation Frais de séjour Chambre particulière Forfait hospitalier	100 % du ticket modérateur (2) 75 € Prise en charge intégrale (3)
Frais d'analyses médicales	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais d'auxiliaires médicaux	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Radiologie	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Echographie	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Dentaire Soins dentaires Prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale Traitements orthodontiques remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale Implants dentaires	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 166 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 400 € par implant (dans la limite de 2 implants par an)
Optique Par verre remboursé par la sécurité sociale Par monture remboursée par la sécurité sociale Lentilles correctrices remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	80 € 56 € 126 € (par an et par bénéficiaire)
Prothèses auditives	400 € (forfait annuel par oreille appareillée)
Cures thermales (remboursées par la sécurité sociale) Par jour	6 ‰ du plafond mensuel de la sécurité sociale (4)
Prime de maternité ou d'adoption (par enfant)	210 €
Autres Frais de transport Indemnités de déplacement : – infirmiers – médecins	26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale

Les prestations figurant dans ce tableau sont versées par le régime dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré.
(1) Ces prestations sont versées sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.
(2) Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le remboursement qu'elle effectue.
(3) Soit à titre indicatif : 18 € au 1er janvier 2010 et 13,50 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique.
(4) Soit à titre indicatif : 17,68 € au 1er janvier 2011.

Article 3

A l'annexe IV relative aux régimes de prévoyance de la convention collective nationale susvisée, l'article 9.1 « Financement de la portabilité des garanties du régime » du régime de prévoyance du personnel non cadre est rédigé comme suit :
« Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions 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, est mis en œuvre, sans supplément de cotisation, par le régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine, y compris en cas d'acceptation, par le bénéficiaire des prestations, d'une convention de reclassement personnalisé. »

Article 4

Aux 2e, 4e et 6e alinéas de l'article 9.2 « Maintien de la garantie frais de santé » du régime de prévoyance du personnel non cadre de l'annexe IV relative aux régimes de prévoyance de la convention collective nationale susvisée, le mot « Assedic » est remplacé par les termes « Pôle emploi ».

Article 5

A l'article 10 « Cotisations » du régime de prévoyance non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, le 1° du c « Taux de cotisations » est rédigé comme suit :
« 1° Participants en activité :
a) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle
Les taux de cotisations représentent 2,99 % du traitement de base (dont 1,79 % 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.

(En pourcentage.)

	Décès	Incapacité, invalidité	Frais de soins de santé	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale

Employeur	0,24	0,97	0,58	0,41
Salarié	0,16	0,65	0,39	0,41
Total	0,40	1,62	0,97	0,82

b) Pharmacies situées en Alsace-Moselle
Les taux de cotisations représentent 2,76 % du traitement de base (dont 1,65 % 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 :

(En pourcentage.)

	Décès	**Incapacité, invalidité**	**Frais de soins de santé**	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,24	0,97	0,44	0,32
Salarié	0,16	0,65	0,30	0,32
Total	0,40	1,62	0,74	0,64

c) Mensualisation
Quel que soit le lieu d'exercice de l'adhérent, la cotisation de mensualisation afférente au risque incapacité de travail prévu par l'article 23 des dispositions générales de la présente convention collective est à la seule charge de l'employeur et doit donc être ajoutée à la part patronale de cotisation pour 0,25 % du traitement de base du salarié. »
Les 2e, 3e et 4e alinéas du 2° « Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties » du c « Taux de cotisations » du même article sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :
« A titre indicatif, le montant de la cotisation annuelle s'élève pour l'exercice 2011 à :

– 900 € par adulte ;
– 212 € par enfant à charge. »
Le 10e alinéa du même 2° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
« A titre indicatif, le montant de la cotisation annuelle s'élève pour l'exercice 2011 à 1 220 €. »

Article 6

Conscientes que le régime de remboursements des frais de soins de santé des salariés non cadres de la pharmacie d'officine est en capacité de financer les améliorations significatives qu'elles ont décidé de lui apporter, les parties signataires s'engagent toutefois à se rencontrer, au cours du premier semestre de l'année 2013, afin de réviser les termes du présent accord, dans l'hypothèse où le résultat technique dudit régime serait déficitaire de plus de 1 000 000 €

par exercice écoulé à compter de la prise d'effet de ces améliorations.

Article 7

Le présent accord prendra effet au 1er janvier 2011 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Prévoyance

Date du texte : 2011-12-08 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Décision n° 366345 du 7 décembre 2016 du Conseil d'État statuant au contentieux.

ECLI:FR:CECHR:2016:366345.20161207

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 (NOR : ETST1242934A) est annulé. Cette annulation prendra effet le 1er juillet 2017.

Les effets produits antérieurement au 1er 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

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 1er 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 pharmacie 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 :

1. Au 1er alinéa du 1, les mots : « les risques décès, invalidité, maladie, maternité » sont remplacés par les mots : « d'une part, les risques, décès, invalidité, incapacité de travail et d'autre part, les remboursements de frais de soins de santé. ».

2. Au a du 5, les mots : « de conclure avec un ou plusieurs organismes de prévoyance un contrat type définissant les risques garantis, ainsi que le montant des prestations correspondantes » sont remplacés par les mots : « de donner son accord à l'envoi, à chacune des pharmacies d'officine relevant du champ d'application de la présente convention collective, de deux projets de contrats type et notices d'information relatives à ces contrats, élaborés, sous sa seule responsabilité, par l'organisme assureur désigné et garantissant les risques mentionnés au 1 du présent article, les premiers pour signature par les parties contractantes et les secondes pour diffusion auprès de leurs salariés ou anciens salariés cadres ou assimilés et ce, préalablement à leur entrée en vigueur. ».

3. Le b du 5 est ainsi rédigé :

« D'instituer un comité de gestion composé de représentants de chacune des organisations syndicales d'employeurs et de salariés signataires ou adhérentes à la présente convention collective nationale chargé, selon les modalités prévues par accord collectif national portant règlement intérieur, de s'assurer du bon fonctionnement du régime et de faire à la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine toute proposition de modification.

Le comité de gestion se réunit au moins 2 fois par an, étant précisé qu'il est obligatoirement tenu chaque année, avant le 30 juin, une réunion consacrée à la présentation, par l'assureur désigné, des résultats techniques et financiers du régime. L'assureur désigné adresse, 15 jours au plus tard avant cette réunion, un rapport présentant les résultats du régime auxquels est annexé le compte particulier de résultat de celui-ci. »

4. Le 5 est complété par un c ainsi rédigé :

« Chaque année, le comité de gestion se prononce sur les comptes annuels du régime qui doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de celui-ci ; ces comptes lui sont transmis et présentés par l'organisme assureur désigné.

Aux comptes annuels du régime, l'organisme assureur joint obligatoirement les éléments suivants :

– un état détaillé des adhésions des pharmacies d'officine et des salariés cadres et assimilés affiliés (ensemble des adhésions, adhésions nouvelles de l'exercice passé, radiations) ;

– un état détaillé des impôts, taxes, cotisations sociales ou impositions de toute nature dont il est chargé d'assurer le recouvrement.

Lorsqu'il constate des manquements graves à la mise en œuvre du régime ou aux obligations d'information et d'analyse figurant dans son règlement intérieur ainsi qu'à celles mentionnées aux b et c du présent 5, 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 désigné. 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. »

5. Les paragraphes 6 à 8 sont remplacés par les paragraphes 6 et 7 suivants :

« 6. Conformément aux engagements pris par l'organisme assureur désigné, celui-ci assumera la charge intégrale des revalorisations futures des rentes en cours de service à la date d'effet de la désignation. Sauf modification de la législation et de la réglementation applicable aux opérations de prévoyance ou amélioration des garanties du régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine, aucune modification ne sera apportée aux tarifs applicables au cours des trois exercices suivant la date d'effet de la désignation, l'assureur désigné prenant, par conséquent, en charge l'intégralité des prestations prévues par ledit régime.

7. En cas de changement d'organisme assureur, pour quelle que cause que ce soit, l'organisme assureur anciennement désigné transférera à l'organisme assureur nouvellement désigné l'intégralité des fichiers, réserves et provisions techniques constitués selon les délais et modalités fixées par le protocole d'accord mentionné dans l'introduction des dispositions relatives au régime de prévoyance des cadres figurant à l'annexe IV de la présente convention collective nationale. »

6. Les paragraphes 9 et 10 sont renumérotés et deviennent les paragraphes 8 et 9.

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 :

1. Au 3e alinéa, les mots : « auquel participent des représentants des coassureurs désignés » sont remplacés par les mots : « auquel participent, sans voix délibérative, les représentants de l'organisme assureur désigné ».

2. Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le régime est assuré par l'IPGM (institution de prévoyance du groupe Mornay), institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale. La gestion administrative du régime est assurée par l'IPGM ou, sur délégation de celle-ci, par une personne morale dont l'objet social est notamment d'assurer la gestion de garanties sociales complémentaires à la sécurité sociale. Tout projet de changement de la personne morale délégataire de gestion est, préalablement à son entrée en vigueur, porté à la connaissance de la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine par l'assureur désigné. Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés signataires de la présente convention collective ou y ayant adhéré concluront avec l'assureur désigné, dans le mois qui suivra l'arrêté d'extension de l'accord emportant sa désignation, un protocole d'accord relatif à la mise en œuvre du présent régime et auquel seront notamment annexés les contrats d'assurance type relatifs au présent régime. ».

Article 3

Au dernier alinéa du D « Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » du régime de prévoyance des cadres mentionné à l'annexe IV de la convention collective nationale susvisée, les mots : « de l'un ou des deux organismes assureurs co-désignés pour assurer la mise en œuvre du régime » sont remplacés par les mots : « de l'organisme assureur désigné pour assurer le régime ».

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 1er avril 2012 ou, à défaut, le premier 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 1er avril 2012 ou, à défaut, le 1er 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 1er 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 1er avril 2012 ou, à défaut, le premier 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 remboursements prévus par l'annexe IV 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'article 14 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 1er avril 2012 ou, à défaut, au premier 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'annexe IV 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 1er avril 2012 ou, à défaut, au premier 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'annexe IV 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 2 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 1er avril 2012 ou, à défaut, au premier 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'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, conformément aux dispositions de l'article L. 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 1er 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'article 9 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'article 2 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 2e alinéa du C « Cotisations » du VIII « Contrats proposés aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie, chirurgie, maternité », du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine mentionné à l'annexe IV de la convention collective nationale susvisée, ainsi que les deux tableaux qui font suite à cet alinéa sont remplacés par les dispositions suivantes :

« La cotisation annuelle par personne assurée est fixée au 1er janvier 2012 à :

Retraités cadres ou assimilés cadres

(En euros.)

	RPO	RSF
Retraité Conjoint ayant droit d'un retraité ou conjoint d'un retraité décédé	1 036	1 220
Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4e enfant à garantir)	440	518

Anciens salariés cadres ou assimilés cadres

(En euros.)

	RPO	RSF
Licencié inscrit à Pôle emploi Ancien salarié qui bénéficiait du régime de prévoyance et inscrit à Pôle emploi Pré-retraité Assuré en incapacité de travail ou en invalidité avec rupture du contrat de travail Assuré en congé sans solde, congé parental d'éducation, congé formation, congé sabbatique, convention de reclassement personnalisé, contrat de sécurisation professionnelle Conjoint ayant droit ou conjoint ayant droit d'un salarié décédé	880	1 036
Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4e enfant à garantir)	440	518

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.

Annexe IV - Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine

Date du texte : 2000-12-18 **Version KALI retenue :** 2013-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Annexe IV.1. – Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine

Date du texte : 2000-12-18 **Version KALI retenue :** 2013-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

1. Définition des garanties prévoyance

Bénéficiaires du régime de prévoyance

Article 1er — Assurés du régime de prévoyance

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 1er « Bénéficiaires » des dispositions particulières applicables aux cadres de la présente convention collective.

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.

1. Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité

Définition du traitement de base servant à la détermination des prestations

Article 2

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 1er 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.

1. Régime de prévoyance

Garantie décès

Article 3

A. - Définition

En cas de décès de l'assuré, il est prévu le versement :

- d'un capital ;

- d'une allocation frais d'obsèques ;

- d'une rente aux enfants qui sont à sa charge lors de son décès.

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. – 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

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait l'assuré.

Décès du participant

Décès de l'assuré

Frais d'obsèques

Article 3.1

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 limité au plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Cette allocation est versée dans tous les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, dans la limite des dépenses exposées et sur remise des pièces justificatives.

Rente handicap

Article 3.2

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 1er trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1er 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.

Rente éducation

Double effet

Article 3.3

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.

Enfants à charge

Article 3.4

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.

Définition des garanties prévoyance : Garantie décès Invalidité absolue et définitive du participant

Article 4

A.-Définition

La garantie a pour objet le paiement d'un capital à l'assuré en état de perte totale et irréversible d'autonomie.

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 3e 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

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.

Perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré

Garantie incapacité de travail-invalidité

Article 5 — Incapacité de travail

A. – Définition

Accident ou maladie non professionnelle :

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 4e jour d'arrêt de travail, une indemnité journalière.

Par dérogation à l'alinéa précédent, et 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.

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 1er 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. – 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.

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.

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 en espèces servies par la sécurité sociale et cesse au plus tard, soit :
– en cas de reprise totale de l'activité professionnelle ;
– à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale ;
– 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.

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.

Incapacité de travail

Garantie incapacité de travail/invalidité

Article 6 — Invalidité

A. - Définition

La garantie a pour objet le paiement d'une rente lorsque l'assuré ouvre droit, de la part de la sécurité sociale, à :
– soit d'une pension d'invalidité du 1er, 2e ou 3e groupe ;
– soit une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

B. - Montant

1. En cas d'invalidité

Pour les assurés classés en 2e et 3e catégorie 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.

Dans le cas où l'assuré est classé dans le 1er groupe des invalides, la rente versée est celle qui est prévue pour les assurés en 2e et 3e catégories. Cependant, son montant est réduit de 1/4.

2. En cas d'incapacité permanente pour accident de travail ou maladie professionnelle

Les prestations sont versées à compter du 1er jour d'arrêt de travail.

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 1er groupe ;

- égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides du 2e ou 3e groupe.

3. 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 de la présente annexe, 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

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la sécurité sociale, à partir du 1er 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 ;

– lorsque l'assuré 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.

Garantie incapacité de travail/invalidité Dispositions communes aux garanties " Incapacité de travail et " Invalidité "

Article 7

Reprise du travail

Le délai de franchise de 3 jours est décompté lors de chaque arrêt de travail même si la reprise de travail entre 2 arrêts est d'une durée inférieure à 2 mois.

Changement d'organisme assureur. - Incidence sur les rentes en cours de service et sur le maintien de la garantie décès

Article 7.1

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.

Résiliation du contrat d'assurance relatif au régime : incidences sur les rentes en cours de service et sur le maintien de la garantie décès

Clause de revalorisation

Article 7.2

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.

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 permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine 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.

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. La première revalorisation s'applique, au plus tôt, 6 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.

Garantie maternité

Article 8

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

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.

Garantie maternité

Garantie maternité-paternité/adoption/deuil d'un enfant

Garantie paternité

Garantie frais de santé

Article 9 — Garantie frais de soins de santé

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 1er''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 ;
– – – 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 ;
– – – 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. – 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) : 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) : 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.

Financement de la portabilité des garanties du régime

2. Régime frais de soins de santé

Maintien de la garantie frais de santé

Article 9.1

1. 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 1er juillet 2019 :
a) Les chômeurs licenciés pendant les 6 premiers mois d'indemnisation par 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) Les anciens salariés bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle pendant les 6 premiers mois de versement par 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) 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 1er 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 soins de santé moyennant le versement d'une cotisation définie à l'article 10 C :

a) Les chômeurs de plus de 6 mois licenciés sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le terme du délai fixé au a du 1 du présent article (12 mois maximum à compter de la rupture du contrat de travail) et de justifier d'une indemnisation par l'assurance chômage ;

b) Les bénéficiaires d'un contrat de solidarité ;

c) Les retraités, préretraités FNE, bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle 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 droit de l'assuré décédé sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès ;

e) 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) 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. Le maintien de la garantie prévoyance et frais de soins 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 soins 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. 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 transférés à celui-ci.

Maintien de la garantie frais de santé

Maintien de la garantie frais de soins de santé

Dispenses d'affiliation au régime frais de soins de santé

Article 9.2

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.

2. Cotisations

Article 10 — Cotisations

A. – Assiette des cotisations

Les garanties sont assurées en contrepartie d'une part, d'une cotisation forfaitaire en euros 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. – 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 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

C. 1. Assurés en activité – régime de base obligatoire non-cadre (RPO)

a) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

À compter du 1er janvier 2026						
	Décès	Arrêt de travail	Frais de soins de santé		Total	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle [1]	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle [1]
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 €

[1] Au 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 52,72 €, dont 26,36 € pour le salarié et 26,36 € pour l'employeur ;
Au 1er janvier 2028, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 58,72 €, dont 29,36 € pour le salarié et 29,36 € pour l'employeur ;
Au 1er 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 1er janvier 2026						
	Décès	Arrêt de travail	Frais de soins de santé		Total	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Cotisation forfaitaire mensuelle [1]	Traitement de base	Cotisation forfaitair mensuelle [1]
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 €

[1] Au 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 40,50 €, dont 20,25 € pour le salarié et 20,25 € pour l'employeur ;
Au 1er janvier 2028, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 46,50 €, dont 23,25 € pour le salarié et 23,25 € pour l'employeur ;
Au 1er janvier 2029, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 52,50 €, dont 26,25 € pour le salarié et 26,25 € pour l'employeur.

c) Salariés à temps partiel

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 est une somme forfaitaire. Elle est due dans son intégralité, sans proratisation en fonction de la durée de travail stipulée au contrat de travail.

d) 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 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.

Les taux des cotisations prévoyance et les taux des cotisations frais de soins de santé assises sur le traitement de base sont ceux indiqués au a et b ci-dessus selon la situation géographique de la pharmacie. Les taux des cotisations frais de soins de santé assises sur le plafond mensuel de la sécurité sociale sont les suivants :

d. 1) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

Taux de cotisations du plafond mensuel de la sécurité sociale	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,500	0,250	0,165	0,125
Salarié	0,500	0,250	0,165	0,125
Total	1,000	0,500	0,330	0,250

d. 2) Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

Taux de cotisations du plafond mensuel de la sécurité sociale	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,350	0,175	0,115	0,090
Salarié	0,350	0,175	0,115	0,090
Total	0,700	0,350	0,230	0,180

Pour l'appréciation de la qualité de salarié à employeurs multiples, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation.

C. 2. 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) 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) définie au C. 1. 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 :

À compter du 1er janvier 2026	
	Régime supplémentaire frais de santé
	Cotisation forfaitaire mensuelle [1]
Employeur	11,79 €
Salarié	11,79 €
Total	23,58 €
[1] À compter du 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire évolue au 1er 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.	

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.

C. 3. 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 non-cadre (RPO)

À compter du 1er janvier 2026		
Cotisation forfaitaire mensuelle [1]	**Hors Alsace-Moselle**	**Alsace-Moselle**
Par adulte non retraité	78,61 €	55,03 €
Par adulte retraité	121,21 €	83,99 €
Par enfant non à charge	47,16 €	32,69 €
[1] À compter du 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire évolue au 1er 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 1er janvier 2026		
Cotisation forfaitaire mensuelle [1]	**Hors Alsace-Moselle**	**Alsace-Moselle**
Par adulte non retraité	103,43 €	79,85 €
Par adulte retraité	141,49 €	103,84 €
Par enfant non à charge	62,05 €	47,58 €
[1] À compter du 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire évolue au 1er 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. 4. – Anciens assurés, et salariés dont le contrat de travail est suspendu, bénéficiaires d'un maintien de garanties (RPO et RSF) (2)

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'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'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) ou du régime supplémentaire frais de soins de santé non-cadre (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.

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) Cotisation pour le régime de base obligatoire non-cadre (RPO) – bénéficiaires hors Alsace-Moselle :

À compter du 1er janvier 2026

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2027						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2028						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2029						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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) Cotisation pour le régime de base obligatoire non-cadre (RPO) – bénéficiaires Alsace-Moselle :

À compter du 1er janvier 2026						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2027						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2028						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2029						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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) Cotisation pour le régime supplémentaire frais de soins de santé non-cadre (RSF) incluant la cotisation du régime de base obligatoire non-cadre (RPO) – bénéficiaires hors Alsace-Moselle :

À compter du 1er janvier 2026						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2027						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2028						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2029

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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) Cotisation pour le régime supplémentaire frais de soins de santé non-cadre (RSF) incluant la cotisation du régime de base obligatoire non-cadre (RPO) – bénéficiaires Alsace-Moselle :

À compter du 1er janvier 2026						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2027						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2028						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2029						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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

f. 1) 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.

f. 2) 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.

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 C. 4, est révisable en fonction des résultats techniques du régime par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4,9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, tel que modifié par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.
(Arrêté du 30 juillet 2020 - art. 1)

(2) Le point C.4. est étendu sous réserve du respect des dispositions du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, tel que modifié par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017.

(Arrêté du 9 décembre 2025 - art. 1)

Nota : Certains points entrent en vigueur au 1er janvier 2026 (voir article 5 de l'avenant du 28 avril 2025 - BOCC 2025-26).

3. Cotisations

4. Financement de la portabilité des garanties des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé

Article

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 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.

4. Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé

4. Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé

3. Gestion du régime de prévoyance ; Protocole d'accord conclu entre les organisations professionnelles signataires de la convention collective nationale et l'institution de prévoyance du groupe Mornay

Création d'une section spéciale de prévoyance

5. Gestion des régimes décès, incapacité de travail, invalidité et frais de soins de santé

Définition des garanties

Comité de gestion

Effet. - Durée

Clause de réexamen

5. Prévention

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

Article

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

Article

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 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.

Régime de prévoyance et frais de soins de santé

Date du texte : 2014-01-16 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Exposé

Article

Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998, notamment son annexe IV relative aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et aux régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine ;
Soucieuses d'assurer la mise à jour des dispositions des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine,
les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des points suivants.

Accord

Article 1er

A l'article 9 « Contrat de prévoyance » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée, le 2 est remplacé par les dispositions suivantes :
« 2. Les taux et la répartition des cotisations afférentes à ce régime sont précisés en annexe à la présente convention. »

Article 2

L'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est ainsi modifiée :
I. – Le 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » est modifié comme suit :
1. Au 2 « Traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'incapacité totale temporaire de travail, d'invalidité, de congé de maternité ou de paternité » de l'article 2, les mots : « au cours du dernier mois de pleine activité, à l'exclusion des éléments variables du salaire (gratifications, mois double ...). » sont remplacés par les mots : « au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double ...). »
2. Au B « Montant » de l'article 5, au 2 du B « Montant » de l'article 6, au B « Montant » de

l'article 8, et au B « Montant » de l'article 8 bis, les mots : « à l'exclusion des éléments variables du salaire (gratification, mois double …). » sont remplacés par les mots : « y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double …). »
3. Le dernier alinéa de l'article 7.2 « Clause de revalorisation » est complété par une phrase ainsi rédigée : « La première revalorisation s'applique, au plus tôt, 6 mois jour pour jour après l'arrêt de travail. »
II. – Le 2 « Régime frais de soins de santé » est ainsi modifié :
1. Le premier alinéa du A « Définition » de l'article 9 est remplacé par les dispositions suivantes : « Pour la maladie, la chirurgie et la pharmacie, la garantie a pour objet le versement de prestations pour frais énumérés dans les nomenclatures de la sécurité sociale. 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 le tableau figurant au présent article. »
2. Au B « Etendue de la garantie » de l'article 9, le tableau ainsi que les alinéas qui lui font suite sont ainsi rédigés :

Nature des frais	Montant des prestations
Honoraires médicaux (consultations, visites) : – médecins généralistes – médecins spécialistes	 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Médicaments	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables) : – orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Honoraires chirurgicaux : – actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux	200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Hospitalisation : – frais de séjour – chambre particulière, y compris en cas d'accouchement – forfait hospitalier – participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	 100 % du ticket modérateur (2) 75 € Prise en charge intégrale (3) Prise en charge intégrale
Frais d'analyses médicales	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais d'auxiliaires médicaux	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Radiologie	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Echographie	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Dentaire : – soins dentaires – prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale – traitements orthodontiques remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale – implants dentaires	 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 166 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de deux implants par an et par bénéficiaire

Optique : – par verre remboursé par la sécurité sociale – par monture remboursée par la sécurité sociale – lentilles correctrices remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	80 € 56 € 126 € (par an et par bénéficiaire)
Prothèses auditives	400 € (forfait annuel par oreille appareillée)
Cures thermales (remboursées par la sécurité sociale) : – par jour	6 ‰ du plafond mensuel de la sécurité sociale (4)
Prime de maternité ou d'adoption	210 € par enfant (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. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise
Autres : – frais de transport – indemnités de déplacement : – infirmiers – médecins	 35 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Les prestations figurant dans ce tableau sont versées par le régime dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré. (1) Ces prestations sont versées sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale. (2) Ticket modérateur = différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le remboursement qu'elle effectue. (3) Soit à titre indicatif = 18 € au 1er janvier 2014 et 13,50 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique. (4) Soit à titre indicatif = 18,77 € au 1er janvier 2014.	

La participation forfaitaire (''forfait 1 €'') et la franchise mentionnées à l'article L. 322-2 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 le régime.

Il est précisé que :

– 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 le tableau ci-dessus ;

– la prime de maternité exclut tous les frais afférents à l'accouchement par voie naturelle (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour …). 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 ;

– les prestations''cures thermales''sont calculées en pourcentage du plafond de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier précédant la date des frais engagés ;

– le versement de l'indemnité afférente à la cure thermale exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci (frais de l'établissement de cure, contrôle médical, frais de transport et d'hébergement). »

3. Au a du 2 de l'article 9.1, les mots : « dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail » sont remplacés par les mots : « dans les 6 mois qui suivent le terme du délai fixé au a du 1 du présent article (12 mois maximum à compter de la rupture du contrat de travail) ».
4. Au g du 2 et au 4 de l'article 9.1, les mots : « des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail (portabilité) » ainsi qu'au 3 de ce même article les mots : « des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail » sont remplacés par les mots : « des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité) ».
III. – Le 3 « Cotisations » est ainsi modifié :
1. Au A « Assiette des cotisations » de l'article 10, les mots : « y compris les éléments variables, » sont remplacés par les mots : « y compris les éléments variables (gratifications, mois double …), ».
2. Au 2 « Anciens participants bénéficiant d'un maintien de garanties » du C « Taux de cotisations » de l'article 10, les a et b sont remplacés par les dispositions suivantes :
« 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 chaque année par la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine, sur proposition du comité de gestion, dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 :
– les chômeurs de plus de 6 mois licenciés depuis le 1er janvier 1994 ;
– 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).
Le montant de la cotisation annuelle est fixé, pour l'exercice 2014, à :
– 1 020 € par adulte ;
– 240 € par enfant à charge.
Toutefois, il est précisé que les bénéficiaires d'un contrat de solidarité et les retraités ayant 10 ans d'activité salariée en pharmacie d'officine, validés par KLESIA Retraite Arrco, 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.
b) 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''moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite au plus tard dans les 30 jours qui suivent la suspension du contrat de travail.
Le montant de la cotisation annuelle est fixé, pour l'exercice 2014, à 1 380 €. »
IV. – Le 4 « Financement de la portabilité des garanties des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé » est remplacé par les

dispositions suivantes :

« 4. Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé

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 décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé, est mis en œuvre, sans supplément de cotisation, par les régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et 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. »

Article 3

L'annexe IV. 2 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité et régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est ainsi modifiée :
I. – Le I « Assurés » est modifié comme suit :
Les mots : « des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail. » sont remplacés par les mots : « des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité). »
II. – Le II « Cotisations » est ainsi modifié :
Les A « Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire (RPO) » et B « Taux de cotisation du régime supplémentaire facultatif (RSF) » sont remplacés par les dispositions suivantes :
« A. – Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire (RPO)

1. Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

Risque	Décès, incapacité, invalidité	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	1,26	0,63	0,50
Salarié	0,14	0,15	0,50

Total	1,40	0,78	1,00

2. Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

Risque	Décès, incapacité, invalidité	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	1,26	0,52	0,35
Salarié	0,14	0,03	0,35
Total	1,40	0,55	0,70

3. Salariés multi-employeurs

(En pourcentage.)

Risque	Décès, incapacité, invalidité	Frais de soins de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB
Employeur	1,26	0,99
Salarié	0,14	0,51
Total	1,40	1,50

B. – Taux de cotisation du régime supplémentaire facultatif (RSF)

1. Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

Risque	Décès, incapacité, invalidité	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	1,68	0,44	0,65
Salarié	0,18	0,34	0,65
Total	1,86	0,78	1,30

2. Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

Risque	Décès, incapacité, invalidité	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	1,68	0,33	0,46
Salarié	0,18	0,22	0,46
Total	1,86	0,55	0,92

3. Salariés multi-employeurs

(En pourcentage.)

Risque	Décès, incapacité, invalidité	Frais de soins de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB
Employeur	1,68	1,02
Salarié	0,18	0,92
Total	1,86	1,94

III. – Le III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » est ainsi modifié :
1. Au C « Maintien des garanties gratuitement pendant 6 mois à compter de la rupture du contrat de travail », les mots « d'une convention de reclassement personnalisé. » sont remplacés par les mots « d'un contrat de sécurisation professionnelle. » et les mots « aux dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, » sont remplacés par les mots « aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), ».
2. Les D « Régime professionnel obligatoire. – Montant des remboursements » et E « Régime supplémentaire facultatif. – Montant des remboursements » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« D. – Régime professionnel obligatoire (RPO). – 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 :

RPO

Nature des garanties	Limite de remboursement	
Hospitalisation	Frais de séjour en établissement de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale
	Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % du ticket modérateur lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins
	Frais et honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux)	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
	Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
	Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
	Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
	Transport du malade	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Frais d'honoraires médicaux Soins courants	Consultation ou visite de généraliste	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Consultation de spécialiste	144 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Visite de spécialiste	161 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Consultation de psychiatre ou de neuropsychiatre	114 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Visite de psychiatre ou de neuropsychiatre	195 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale

	Consultation de cardio-logue	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale	
	Analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
		Secteur conventionné	Secteur non conventionné
	Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Radiologie	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Echographie	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale	1 594 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Pharmacie	Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
Frais dentaires		Secteur conventionné	Secteur non conventionné
	Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	7 € par lettre clé SPR sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	7 € par lettre clé TO sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Implantologie (actes hors nomenclature)	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire	
	Parodontie (actes hors nomenclature)	200 € par an et par bénéficiaire	
Frais d'optique	Verres	80 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	

	Monture	70 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	100 € par an et par bénéficiaire
	Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	138 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	Orthopédie, prothèses médicales	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
	Prothèses auditives	400 € par an et par oreille appareillée
Actes de prévention		La totalité des actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II, du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale		3,66 € par jour
Natalité	Prime de maternité ou d'adoption	250 € par enfant (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. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise

La participation forfaitaire (''forfait 1 €'') et la franchise mentionnées à l'article L. 322-2 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 le régime.
La prime de maternité exclut tous les frais afférents à l'accouchement par voie naturelle (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour ...). 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.

E. – Régime supplémentaire facultatif (RSF). – 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.

RSF		
Nature des garanties	Limite de remboursement	
Hospitalisation	Frais de séjour en établis-sement de santé, sana-torium, préventorium ou aérium	92 € par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale

	Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % du ticket modérateur lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins
	Frais et honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux)	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
	Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
	Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
	Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
	Transport du malade	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Frais d'honoraires médicaux Soins courants	Consultation ou visite de généraliste	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Consultation de spécialiste	157 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Visite de spécialiste	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Consultation de psychiatre ou de neuropsychiatre	123 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Visite de psychiatre ou de neuropsychiatre	215 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Consultation de cardiologue	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale

	Analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
		Secteur conventionné	Secteur non conventionné
	Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Radiologie	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Echographie	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale	1 738 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Pharmacie	Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
Frais dentaires		Secteur conventionné	Secteur non conventionné
	Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	420 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	8 € par lettre clé SPR sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	8 € par lettre clé TO sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Implantologie (actes hors nomenclature)	450 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de deux implants par an et par bénéficiaire	
	Parodontie (actes hors nomenclature)	250 € par an et par bénéficiaire	
Frais d'optique	Verres	95 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Monture	80 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	110 € par an et par bénéficiaire	

	Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	141 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	Orthopédie, prothèses médicales	149,50 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
	Prothèses auditives	500 € par an et par oreille appareillée
Actes de prévention		La totalité des actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II, du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale		3,66 € par jour
Natalité	Prime de maternité ou d'adoption	250 € par enfant (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. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise

La participation forfaitaire (''forfait 1 €'') et la franchise mentionnées à l'article L. 322-2 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 le régime.
La prime de maternité exclut tous les frais afférents à l'accouchement par voie naturelle (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour …). 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. »
IV. – Le IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » est ainsi modifié :
1. Le A « Incapacité temporaire » est modifié comme suit :
Le treizième alinéa, aux termes duquel : « L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'assureur par l'employeur au plus tard dans les 3 mois qui suivent l'expiration des délais de franchise précisés ci-avant. L'arrêt de travail sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai. », est supprimé.
Il est inséré un avant-dernier alinéa ainsi rédigé : « En cas d'arrêt de travail pour incapacité temporaire 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. »
2. Le B « Invalidité permanente » est remplacé par les dispositions suivantes :
« B. – Invalidité permanente
Les invalides sont classés par la sécurité sociale comme suit :
– 1re catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
– 2e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
– 3e 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 2e ou 3e 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 :
– lorsque la pension d'invalidité de la sécurité sociale cesse d'être versée ;
– lorsque la rente de la sécurité sociale due au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail et qui donne droit à une rente complémentaire au titre du présent régime cesse d'être versée ;
– 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 1re catégorie donne droit au versement d'une rente calculée comme celle de la 2e ou de la 3e catégorie, le montant ainsi déterminé étant réduit de 25 %.
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.
Le versement des rentes invalidité, lorsqu'il n'y a pas de rupture du contrat de travail, s'effectue par l'intermédiaire de l'employeur. Dans les autres cas, le versement des rentes invalidité prévues au présent régime est effectué directement au bénéficiaire.
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 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 1re catégorie.
En aucun cas, le montant total des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, au salarié en invalidité soit par l'employeur ou par son intermédiaire, après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail, 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.
L'excédent éventuel de rente versée par le régime doit être reversé à ce dernier. L'assureur fait toute diligence pour récupérer ces sommes. »
3. Au D « Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence », le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
« En cas de décès du participant 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, 6 mois après la date du décès du participant. »
4. Après le D « Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence », il est inséré un E ainsi rédigé :

« E. – Dispositions diverses

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.
Exception faite du maintien de la couverture de frais de soins de santé à titre gratuit pendant une durée maximum de 6 mois et du maintien de cette couverture 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 1re catégorie dont le contrat de travail a été rompu ;
– les personnes classées en invalidité de 2e catégorie dont le contrat de travail a été rompu ou celles classées en invalidité de 3e catégorie ;
– 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.
Au terme de la période de gratuité de 6 mois ou 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. – Le V « Décès » est ainsi modifié :
1. Au E « Frais d'obsèques », le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
« 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 €. »
2. Le F « Maintien gratuit de la garantie décès de l'assuré » est remplacé par les dispositions suivantes :

« F. – Maintien gratuit de la garantie décès de l'assuré

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 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.
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 au 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 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. – Au VII « Fonds de solidarité », le premier alinéa est supprimé.
VII. – Le VIII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties. – Maladie. – Chirurgie. – Maternité » est ainsi modifié :
1) Au A « Bénéficiaires », les mots : « allocation spécifique de reclassement » sont remplacés par les mots : « allocation spécifique de sécurisation professionnelle » et les mots : « d'une convention de reclassement personnalisé ; » sont remplacés par les mots : « d'un contrat de sécurisation professionnelle ; ».
2) Le C « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« C. – Cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement et d'avance pour toute personne à garantir.
La cotisation annuelle par personne assurée est fixée au 1er janvier 2014 à :

(En euros.)

	RPO	RSF
Retraités cadres ou assimilés cadres		
Retraité Conjoint ayant droit d'un retraité ou conjoint d'un retraité décédé	1 112	1 308
Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4e enfant à garantir)	472	556
Anciens salariés cadres ou assimilés cadres		
Licencié inscrit à Pôle emploi Ancien salarié qui bénéficiait du régime de prévoyance et inscrit à Pôle emploi Préretraité Assuré en incapacité de travail ou en invalidité avec rupture du contrat de travail Assuré en congé sans solde, congé parental d'éducation, congé formation, congé sabbatique, contrat de sécurisation professionnelle Conjoint ayant droit ou conjoint ayant droit d'un salarié décédé	940	1 112

Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4e enfant à garantir)	472	556

Les montants ci-dessus sont révisables chaque 1er janvier, en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance. »
VIII. – Le IX « Financement de la portabilité des garanties du régime » est remplacé par les dispositions suivantes :

« IX. – Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime

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 décès, incapacité de travail, invalidité et 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. »

Article 4

Le présent avenant prendra effet le 1er mars 2014, à l'exception des dispositions de l'article 1er, du 2 du III de l'article 2, du II et du 2 du VII de l'article 3, qui prennent effet dès sa date de 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 avenant.

Modalités d'organisation du travail à temps partiel

Date du texte : 2014-10-02 **Version KALI retenue :** 2015-04-23 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail, notamment les articles L. 2241-13 et L. 3123-1 et suivants relatifs au travail à temps partiel ;
Vu la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, notamment son article 12 ;
Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;
Vu l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 modifié relatif à la réduction du temps de travail en pharmacie d'officine, notamment son article 7 ;
Connaissance prise des conclusions de l'étude sur l'emploi à temps partiel et les parcours professionnels des salariés dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine réalisée par l'observatoire des métiers des professions libérales (OMPL) en juillet 2010 ;
Conscientes de la nécessité de tenir compte des spécificités de la branche professionnelle de la pharmacie d'officine pour la mise en œuvre des dispositions législatives relatives à l'organisation du travail à temps partiel, en ce qui concerne notamment la durée minimale d'activité hebdomadaire ou mensuelle, le taux de majoration des heures complémentaires et la possibilité de recourir aux avenants de compléments d'heures,
les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent accord, des dispositions suivantes.

Article 1er

Après l'article 13 « Durée du travail » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, est inséré un article 13 bis ainsi rédigé :

« Article 13 bis
Organisation du travail à temps partiel
1. Contrat de travail

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''Embauchage''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 1 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 26 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 prévoit 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 à 1/10 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 3 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 3 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 5 par année civile et par salarié, chaque avenant ne pouvant excéder une durée de 8 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 7 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 définies 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 2 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 6 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 3 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 2

L'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 susvisé est ainsi modifié :
1° La dernière phrase de l'article 3.4.1 « Durée quotidienne du travail » est remplacée par une phrase ainsi rédigée :
« 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. »
2° Les deuxième, troisième et dernier alinéas de l'article 7 « Travail à temps partiel » sont supprimés.

Article 3

Les parties signataires conviennent de se réunir au terme d'un délai de 1 an à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord et, en toute hypothèse, au moins une fois tous les 3 ans, afin de procéder au bilan de son application et d'en assurer le suivi. Les parties signataires procéderont, le cas échéant, aux ajustements conventionnels qu'elles estimeront nécessaires. Toutes les organisations syndicales représentatives d'employeurs et de salariés de la branche professionnelle de la pharmacie d'officine seront invitées à participer à ces réunions.

Article 4

En application 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 5

Le présent accord sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente. Il prendra effet à compter du 30e 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.

Frais d'équipement et indemnité forfaitaire annuelle

Date du texte : 2015-01-29 **Version KALI retenue :** 2015-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu l'article 9 de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

Le montant de l'indemnité forfaitaire annuelle pour frais d'équipement, prévue à l'article 9 de la convention collective nationale susvisée, est fixé, à compter du 1er janvier 2015, à 70 €.

Article 2

Le présent accord prendra effet au 1er février 2015 et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative 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.

Prévoyance et frais de santé du personnel non cadre

Date du texte : 2015-09-24 **Version KALI retenue :** 2015-10-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes ;
Vu l'avis de la commission nationale paritaire d'interprétation de la pharmacie d'officine du 24 septembre 2008, étendu par arrêté du 21 avril 2009 ;
Soucieuses d'assurer la mise en conformité des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine avec les dispositions du décret susvisé ;
Désireuses d'améliorer les prestations servies par ces régimes,
les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des dispositions suivantes :

Article 1er

A l'article 16 « Absence pour maladie ou accident » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, les dixième, onzième et douzième alinéas sont remplacés par les trois alinéas suivants :
« Les salariés bénéficiant d'un coefficient inférieur au coefficient 330, quelle que soit leur ancienneté dans 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.
Les salariés assimilés cadres bénéficiant d'un coefficient supérieur ou égal au coefficient 330, quelle que soit leur ancienneté dans 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 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 1 an de présence dans l'entreprise, la rémunération brute mensuelle des salariés assimilés cadres bénéficiant d'un coefficient supérieur ou égal au coefficient 330, quelle que soit la date d'obtention de ce coefficient, sera maintenue du 4e au 30e jour 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 sera maintenue dès le 1er jour d'absence. »

Article 2

L'article 3 « Décès du participant » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3
Décès du participant
A. – Définition

En cas de décès du participant, il est prévu le versement :
– d'un capital ;
– d'une allocation frais d'obsèques ;
– d'une rente aux enfants handicapés qui sont à sa charge lors de son décès.
En cas de décès du participant 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. – Montant du capital

Le capital et les majorations sont calculés en pourcentage du traitement annuel de base :
– célibataire, veuf ou divorcé : 220 % ;
– marié ou lié par un Pacs : 270 % ;
– majoration pour chaque enfant à charge : 55 %.

C. – Conséquences sur les autres garanties

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait le participant. »

Article 3

Après l'article 3.1 « Frais d'obsèques » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité, de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, sont introduits un article 3.2 et un article 3.3 ainsi rédigés :

« Article 3.2

Rente handicap

En cas de décès du participant, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente viagère à chacun de ses enfants handicapés.
Est reconnu comme handicapé l'enfant légitime, naturel ou adoptif qui, à la date du décès du participant, est atteint d'une infirmité physique et/ ou mentale, constatée médicalement et reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), infirmité qui l'empêche :
– soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle ;
– soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies, 1°, du code général des impôts.
Par exception au principe visé ci-dessus, aucune rente handicap n'est due :
– si le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive ;
– en cas de guerre étrangère dans laquelle la France serait impliquée ou en cas de guerre civile ou étrangère, dès lors que le participant y prend une part active ;
– pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.
Le montant mensuel de la rente handicap est fixé à 500 €. La rente est versée au bénéficiaire ou à son représentant légal.

Article 3.3
Double effet

Dans le cas où, simultanément ou postérieurement au décès du participant, 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 participant 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.
La garantie cesse à la date de remariage du conjoint ou de la signature par celui-ci d'un nouveau Pacs. (1)»

(1) Alinéa exclu de l'extension comme étant contraire au principe d'égalité tel qu'interprété par la jurisprudence du Conseil d'Etat (CE, 1re et 6e sous-sections réunies, 30 septembre 2011, n° 341821, aux Tables).
(Arrêté du 28 avril 2017 - art. 1)

Article 4

Le A « Définition » de l'article 5 « Incapacité de travail » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la

pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est rédigé comme suit :

« A. – Définition

Accident ou maladie non professionnelle :
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 4e jour d'arrêt de travail, une indemnité journalière.
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 1er 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. »

Article 5

Le tableau des prestations contenu dans le B « Etendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

Nature des frais	Montant des prestations
Honoraires médicaux. – Soins courants	
Consultations ou visites de médecins généralistes ou spécialistes	
– médecins signataires du contrat d'accès aux soins	120 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
– médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Analyses médicales	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Actes d'imagerie	
Radiologie	
Praticiens signataires ou non signataires du contrat d'accès aux soins	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Echographie	

– praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
– praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Pharmacie	
Médicaments	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Médicaments non remboursés ou non remboursables	Dans la limite d'un forfait de 40 € par an pour les seuls membres participants
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables)	
Orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	140 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Frais chirurgicaux	
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux	230 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
– praticiens signataires du contrat d'accès aux soins – praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Hospitalisation	
Frais de séjour	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 €
Lit d'accompagnement	30 € par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge
Forfait hospitalier	Prise en charge intégrale (2)
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Dentaire	
Soins dentaires	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale	300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Traitements orthodontiques remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale	200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Parodontie (actes hors nomenclature)	200 € par an et par bénéficiaire
Implants dentaires (actes hors nomenclature)	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire
Optique	

Par verre remboursé par la sécurité sociale (3)	110 € en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Par monture remboursée par la sécurité sociale (3	100 € en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles correctrices remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables (4)	130 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	130 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives	
400 € (forfait annuel par oreille appareillée) en complément des prestations versées par la sécurité sociale (4)	
560 € pour les moins de 20 ans (forfait annuel par oreille appareillée) en complément des prestations versées par la sécurité sociale (4)	
Prothèses capillaires	
400 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale (4)	
Cures thermales (remboursées par la sécurité sociale)	
6 ‰ du plafond mensuel de la sécurité sociale (5) par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale	
Natalité	
Prime de maternité ou d'adoption	210 € par enfant (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. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise
Transport	
Transport du malade	
Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Les prestations figurant dans ce tableau sont versées par le régime dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré. (1) Ces prestations sont versées sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale. (2) Soit, à titre indicatif, 18 € au 1er janvier 2015 et 13,50 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique. (3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 un an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. (4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale. (5) Soit, à titre indicatif, 19,02 € au 1er janvier 2015.	

Article 6

Le B « Exonération des cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est rédigé comme suit :

« B. – Exonération des cotisations

En cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité-paternité d'un participant 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. »

Article 7

Le 2 « Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garantie » du C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est modifié comme suit :
– aux a et b, les mots «, pour l'exercice 2014, » sont supprimés ;
– au c, les mots « est révisé chaque année » sont remplacés par les mots « est révisable annuellement ».

Article 8

Les parties signataires s'engagent à se rencontrer au cours de l'année 2016 afin d'apprécier l'opportunité de réviser les termes du présent avenant, en fonction de la situation des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine.

Article 9

Le présent avenant prendra effet le 1er octobre 2015. 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.

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.

Date du texte : 1969-03-28 **Version KALI retenue :** 2015-10-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Introduction

Article

NOTA : Conseil d'État, décision N° 366345 du 7 décembre 2016 ECLI:FR:CECHR:2016:366345.20161207

Article 1er : 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 1er juillet 2017.
Article 2 : Les effets produits antérieurement au 1er 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.

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 1er des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.

I. - Assurés

Article

Conditions générales d'ouverture et de cessation des droits

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 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.

Trois possibilités sont ouvertes au choix de l'entreprise :
– régime de base obligatoire cadres et assimilés (appelé RPO) qui est le minimum conventionnel qui s'impose à l'entreprise en frais de soins de santé et en prévoyance. Il correspond, pour les garanties frais de soins de santé, au niveau 1 des tableaux présentés en annexe IV. 3 ;
– régime supplémentaire cadres et assimilés (appelé RSF) permettant, au choix de l'entreprise, d'améliorer les garanties du RPO en frais de soins de santé comme en prévoyance. Il correspond, pour les garanties frais de soins de santé, au niveau 2 des tableaux présentés en annexe IV. 3 ;
– régime supplémentaire cadres et assimilés avec franchise réduite (appelé RSF +) permettant, au choix de l'entreprise, d'améliorer les garanties du RPO pour les porter au niveau du RSF avec une franchise réduite à 3 jours en incapacité de travail pour les cadres et les assimilés cadres. 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'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 :
– 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 ;
– 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

Article

Les garanties sont assurées en contrepartie d'une part, d'une cotisation forfaitaire en euros 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

À compter du 1er 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 [1]**	**Salaire total dans la limite de TA + TB**	**Cotisation forfaitaire mensuelle [1]**
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 €

[1] Au 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 52,72 €, dont 26,36 € pour le salarié et 26,36 € pour l'employeur ;
Au 1er janvier 2028, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 58,72 €, dont 29,36 € pour le salarié et 29,36 € pour l'employeur ;
Au 1er 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 1er 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 [1]**	**Salaire total dans la limite de TA + TB**	**Cotisation forfaitaire mensuelle [1]**
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 €

[1] Au 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 40,50 €, dont 20,25 € pour le salarié et 20,25 € pour l'employeur ;
Au 1er janvier 2028, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 46,50 €, dont 23,25 € pour le salarié et 23,25 € pour l'employeur ;
Au 1er janvier 2029, la cotisation forfaitaire mensuelle est fixée à 52,50 €, dont 26,25 € pour le salarié et 26,25 € pour l'employeur.

3. Salariés à temps partiel

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 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 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.

Ainsi, les taux des cotisations prévoyance et les taux des cotisations frais de soins de santé assises sur le traitement de base sont ceux indiqués au 1 et 2 ci-dessus selon la situation de la pharmacie.

Les taux des cotisations frais de soins de santé assises sur le plafond mensuel de la sécurité sociale sont les suivants :

Pharmacies situées hors Alsace-Moselle :

(En pourcentage.)

Taux de cotisations du plafond mensuel de la sécurité sociale	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,500	0,250	0,165	0,125
Salarié	0,500	0,250	0,165	0,125
Total	1,000	0,500	0,330	0,250

Pharmacies situées en Alsace-Moselle :

(En pourcentage.)

Taux de cotisations du plafond mensuel de la sécurité sociale	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,350	0,175	0,115	0,090
Salarié	0,350	0,175	0,115	0,090
Total	0,700	0,350	0,230	0,180

Pour l'appréciation de la qualité de salarié multi-employeurs, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation.

B. Taux de cotisation additionnels du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) et du régime supplémentaire cadres et assimilés avec franchise réduite (RSF +)

B. 1. 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.

À compter du 1er janvier 2026		
Risque	**Prévoyance**	**Frais de soins de santé**
Assiette	**Salaire total dans la limite de TA+ TB**	**Cotisation forfaitaire mensuelle [1]**
Employeur	0,09 %	11,79 €
Salarié	0,09 %	11,79 €
Total	0,18 %	23,58 €
[1] À compter du 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire évolue au 1er 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. 2. 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.

À compter du 1er janvier 2026		
Risque	**Prévoyance**	**Frais de soins de santé**
Assiette	**Salaire total dans la limite de TA+ TB**	**Cotisation forfaitaire mensuelle [1]**
Employeur	0,81 %	11,79 €
Salarié	0,09 %	11,79 €
Total	0,90 %	23,58 €
[1] À compter du 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire évolue au 1er 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 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)

À compter du 1er janvier 2026		
Cotisation forfaitaire mensuelle [1]	**Hors Alsace-Moselle**	**Alsace-Moselle**
Par adulte non retraité	78,61 €	55,03 €
Par adulte retraité	121,21 €	83,99 €
Par enfant non à charge	47,16 €	32,69 €
[1] À compter du 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire évolue au 1er 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 1er janvier 2026		
Cotisation forfaitaire mensuelle [1]	**Hors Alsace-Moselle**	**Alsace-Moselle**
Par adulte non retraité	103,43 €	79,85 €
Par adulte retraité	141,49 €	103,84 €
Par enfant non à charge	62,05 €	47,58 €
[1] À compter du 1er janvier 2027, la cotisation forfaitaire évolue au 1er 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.		

Nota : Certains points entrent en vigueur au 1er janvier 2026 (voir article 5 de l'avenant du 28 avril 2025 - BOCC 2025-26).

III. - Maladie. - Chirurgie. - Maternité (prestations en nature)

Article

A. – Bénéficiaires

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 ;
– – – 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

En cas de décès de l'assuré, les ayants droit définis au A “ Bénéficiaires ” sont maintenus gratuitement dans le régime pendant une durée maximale de 1 an.

C. – Maintien gratuit des garanties frais de soins de santé à compter de la rupture du contrat de travail

C. 1. – Salariés dont la rupture du contrat de travail a pris effet avant le 1er juillet 2019

C. 1. a. – 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 par suite d'un licenciement. Ce cadre ou assimilé cadre devra justifier d'un versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale ;

– le cadre ou l'assimilé cadre bénéficiaire d'un contrat de sécurisation professionnelle. Ce salarié devra justifier d'une inscription à l'assurance chômage ;

– le cadre ou l'assimilé cadre privé d'emploi, par suite d'un licenciement. Ce salarié devra justifier d'une attestation de paiement de l'assurance chômage.

Pour tout maintien des droits, le salarié doit avoir cotisé au régime au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de cessation de son dernier contrat de travail, et cela 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.

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.

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.

C. 1. 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.

C. 2. – Salariés dont la rupture du contrat de travail a pris effet à compter du 1er 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. – 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 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 :
– – 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 ;
– – – 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. – 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

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.

III. Frais de soins de santé (prestations en nature)

IV. - Arrêts de travail (prestations en espèces)

Article

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

1. 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 de l'arrêt de travail :

À compter du 1er juillet 2025		
RPO et RSF	**TA**	**TB**
À partir du 4e jour (inclus) [1]	52 %	90 %
[1] 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 1er juillet 2025		
RPO et RSF	**TA**	**TB**
À partir du 31e jour (inclus)	52 %	90 %

À compter du 1er juillet 2025		
**RSF + **	**TA**	**TB**
À partir du 4e jour (inclus) [1]	52 %	90 %
[1] 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 1er juillet 2025

RPO	TA	TB
À partir du 61e jour (inclus)	52 %	90 %

À compter du 1er juillet 2025		
RSF	**TA**	**TB**
À partir du 51e jour (inclus)	52 %	90 %

À compter du 1er juillet 2025		
**RSF + **	**TA**	**TB**
À partir du 4e jour (inclus) [1]	52 %	90 %
[1] 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 :
– 1er 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 ;
– 4e 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 dernière, donne droit au paiement des indemnités prévues par le régime

en cas d'arrêt de travail, sous réserve des mêmes conditions de franchise.

2. 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

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.

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.

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 ;
– 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.

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

Les invalides sont classés par la sécurité sociale comme suit :

-1re catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

-2e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

-3e 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 2e ou 3e 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 :
– lorsque la pension d'invalidité de la sécurité sociale cesse d'être versée ;
– 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 ;
– 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 1re catégorie donne droit au versement d'une rente calculée comme celle de la 2e ou de la 3e catégorie, le montant ainsi déterminé étant réduit de 25 %.

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 1re catégorie ;
– égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2e ou de 3e catégorie.

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 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 1re catégorie.

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.

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

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 2e ou de 3e 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 1er 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.

Le montant annuel de la rente (le montant de la rente RSF et RSF + incluant le montant de la rente RPO) est égal à :

(En euros.)

	RPO	RSF et RSF +
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
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

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.

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 permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine 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 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 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.

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 6 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 arrêtée.

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, 6 mois après la date du décès du participant.

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

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.

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 1re catégorie dont le contrat de travail a été rompu ;
– les personnes classées en invalidité de 2e catégorie dont le contrat de travail a été rompu ou celles classées en invalidité de 3e 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.

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

Article

A. – 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. – Montant du capital

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
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 1er trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1er 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

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.

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 le RSF+ incluant le capital RPO) :

	RPO	RSF et RSF+
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

Une allocation est versée à l'assuré lui-même. Son montant est fixé comme suit :
– décès du conjoint : 20 % du salaire de référence TA + TB, plus 10 % par personne à charge ;
– décès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge : 20 % du salaire de référence TA + TB.

En cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans, le cumul de l'allocation décès prévue au présent D, et de l'allocation pour frais d'obsèques prévue au E, est limité, sur production des pièces justificatives, aux dépenses exposées pour les obsèques.

E. – Frais d'obsèques

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 limité au plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Cette allocation est versée dans tous les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, dans la limite des dépenses exposées et sur remise des pièces justificatives.

F. – Maintien gratuit de la garantie décès de l'assuré

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 l'assurance chômage et qu'ils perçoivent une indemnisation par l'assurance chômage, 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 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 au 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 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

Article

A. – 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) enfants de l'assuré de moins de 18 ans à charge au sens de la sécurité sociale ;
b) 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) 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 ;
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.

A 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. – 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 3e catégorie des invalides (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) ;
– 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

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, 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 1er 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. – Conjoints

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. - Fonds de solidarité

VIII. - Contrat proposé aux anciens assurés

Article

A. – Bénéficiaires

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 préretraite 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 ;
– 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

La demande d'adhésion est admise si elle est présentée :
– dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail pour l'ancien salarié et ses ayants droit à garantir ;
– dans les 6 mois suivant la date du décès du salarié en ce qui concerne ses ayants droit bénéficiant du régime ;
– 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 ;
– dans les 3 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 1er 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 (1)

Les cotisations sont payables trimestriellement et d'avance pour toute personne à garantir.

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) 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 :

a. 1. Cotisation pour le régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) – Bénéficiaires hors Alsace-Moselle

À compter du 1er janvier 2026						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2027						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2028						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2029						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 €

a. 2. Cotisation pour le régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) – bénéficiaires Alsace-Moselle

À compter du 1er janvier 2026

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2027						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2028						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2029						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 €

a. 3. Cotisation pour le régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) incluant la cotisation RPO – bénéficiaires hors Alsace-Moselle

À compter du 1er janvier 2026

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2027						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2028						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2029						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 €

a. 4. Cotisation pour le régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF+) incluant la cotisation RPO – Bénéficiaires Alsace-Moselle

À compter du 1er janvier 2026						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2027						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2028						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 1er janvier 2029						
	Année 1	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**	**Années 5 et +**	**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e 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 €

b) 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 ” moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite dans les délais fixés au B.

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. – 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.

(1) Le point C est étendu sous réserve du respect des dispositions du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, tel que modifié par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017.
(Arrêté du 9 décembre 2025 - art. 1)

Nota : Certains points entrent en vigueur au 1er janvier 2026 (voir article 5 de l'avenant du 28 avril 2025-BOCC 2025-26).

VIII. - Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie, chirurgie, maternité

VIII. - Contrats proposés aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie, chirurgie, maternité

VII. - Contrats proposés aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie, chirurgie, maternité

VII. - Contrats proposés aux anciens assurés en vue du maintien des garanties frais de soins de santé

VII. - 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

VII. - 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 (RPO, RSF et RSF +)

IX. - Financement de la portabilité des garanties du régime

Article

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.

(1) L'article 2 de l'avenant du 5 novembre 2018 est étendu sous réserve du respect des dispositions des articles L. 1226-1 et D. 1226-1 et suivants du code du travail, relatifs au maintien de salaire dont les montants sont conditionnés à l'ancienneté (Arrêté du 11 décembre 2019 - art.1)

IX. – Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties

du régime

VIII. – Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime

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

Article

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. – Prévention

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

Article

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 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.

Prévoyance et frais de soins de santé du personnel cadre

Date du texte : 2015-12-17 **Version KALI retenue :** 2016-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes ;
Vu l'avenant du 24 septembre 2015 portant révision de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité et frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine,

Article 1er

Le tableau des remboursements contenu dans le D « Régime professionnel obligatoire (RPO). – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » de l'annexe IV. 2 « Régime Décès. – Incapacité de travail. – Invalidité. – Maternité-paternité. – Régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » est remplacé par les dispositions suivantes :

Régime professionnel obligatoire	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale ou 100 % du ticket modérateur lorsque celui-ci est supérieur à 92 €
Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins
Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % (1) de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale

Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement	30 € par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Frais d'honoraires médicaux, soins courants	
Consultation ou visite de généraliste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Consultation ou visite de spécialiste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	161 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Actes d'imagerie	
Radiologie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Echographie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % (1) de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Transport	
Transport du malade	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale

Médicaments non remboursés ou non remboursables (2)	Dans la limite d'un forfait de 40 € par an pour les seuls membres participants
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	419 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	326 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Verres (3)	130 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Monture (3)	120 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) (4)	100 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	140 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses capillaires (4)	400 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses auditives (4)	400 € par an et par oreille appareillée en complément des prestations versées par la sécurité sociale 560 € par an et par oreille appareillée pour les moins de 20 ans en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Actes de prévention	
La totalité des actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II, du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article	
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale	
3,66 € par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale	
Natalité	

Prime de maternité ou d'adoption	250 € par enfant (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. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise
(1) Taux applicable à compter du 1er janvier 2017. Taux fixé, pour l'année 2016, à 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale. (2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %. (3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. (4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.	

Article 2

Le tableau des remboursements contenu dans le E « Régime supplémentaire facultatif (RSF). – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » de l'annexe IV. 2 « Régime Décès. – Incapacité de travail. – Invalidité. – Maternité-paternité. – Régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » est remplacé par les dispositions suivantes :

Régime professionnel obligatoire	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	100 € par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale ou 100 % du ticket modérateur lorsque celui-ci est supérieur à 100 €
Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins
Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % (1) de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement	30 € par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge

Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Frais d'honoraires médicaux, soins courants	
Consultation ou visite de généraliste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Consultation ou visite de spécialiste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	195 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Actes d'imagerie	
Radiologie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Echographie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % (1) de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Transport	
Transport du malade	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Médicaments non remboursés ou non remboursables (2)	Dans la limite d'un forfait de 60 € par an pour les seuls membres participants
Frais dentaires	

Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	465 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	372 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale	450 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	250 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Verres (3)	150 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Monture (3)	140 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) (4)	120 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	160 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	149,5 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses capillaires (4)	500 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses auditives (4)	500 € par an et par oreille appareillée en complément des prestations versées par la sécurité sociale 660 € par an et par oreille appareillée pour les moins de 20 ans en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Actes de prévention	
La totalité des actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II, du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article	
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale	
3,66 € par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale	
Natalité	
Prime de maternité ou d'adoption	250 € par enfant (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. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise.

(1) Taux applicable à compter du 1er janvier 2017. Taux fixé, pour l'année 2016, à 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.
(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.
(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
(4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

Article 3

Le présent avenant prendra effet le 1er janvier 2016. 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.

Prévoyance et frais de soins de santé du personnel non cadre

Date du texte : 2015-12-17 **Version KALI retenue :** 2016-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes ;
Vu l'avenant du 24 septembre 2015 portant révision de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine ;
Afin d'ajuster les niveaux des remboursements prévus par l'avenant du 24 septembre 2015 susvisé, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des dispositions suivantes :

Article 1er

Le tableau des remboursements contenu dans le B « Etendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du II « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV. 1 « Régime décès. – Incapacité de travail. – Invalidité. – Maternité-paternité. – Régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

Nature des frais	Montant des prestations
Honoraires médicaux. – Soins courants	
Consultations ou visites de médecins généralistes :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	120 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Consultations ou visites de médecins spécialistes :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)

Analyses médicales	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Actes d'imagerie	
Radiologie :	
Praticiens signataires ou non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Echographie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Pharmacie	
Médicaments	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Médicaments non remboursés ou non remboursables (2)	Dans la limite d'un forfait de 40 € par an pour les seuls membres participants
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables)	
Orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	140 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Frais chirurgicaux	
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	230 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Hospitalisation	
Frais de séjour	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Lit d'accompagnement	30 € par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge
Forfait hospitalier	Prise en charge intégrale (3)
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Dentaire	

Soins dentaires	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale	300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Traitements orthodontiques remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale	200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de deux implants par an et par bénéficiaire
Optique	
Par verre remboursé par la sécurité sociale (4)	110 € en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Par monture remboursée par la sécurité sociale (4)	100 € en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles correctrices remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables (5)	130 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	130 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives	
	400 € (forfait annuel par oreille appareillée) en complément des prestations versées par la sécurité sociale (5)
	560 € pour les moins de 20 ans (forfait annuel par oreille appareillée) en complément des prestations versées par la sécurité sociale (5)
Prothèses capillaires	
	400 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale (5)
Cures thermales (remboursées par la sécurité sociale)	
	6 ‰ du plafond mensuel de la sécurité sociale (6) par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Natalité	
Prime de maternité ou d'adoption	210 € par enfant (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. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise
Transport	

Transport du malade	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	

Les prestations figurant dans ce tableau sont versées par le régime dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré.
(1) Ces prestations sont versées sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.
(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.
(3) Soit, à titre indicatif, 18 € au 1er janvier 2015 et 13,50 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique.
(4) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
(5)
Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.
(6) Soit, à titre indicatif, 19,02 € au 1er janvier 2015.

Article 2

Le présent avenant prendra effet le 1er janvier 2016. 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.

Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie

Date du texte : 2016-03-07 **Version KALI retenue :** 2016-11-14 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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,

Préambule

Article

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 Ier 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 — 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 VI, VII et IX 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 — 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 II Dispositions relatives à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie

Article 5 — Entretien professionnel et état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié

Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie (Accord du 7 mars 2016) Titre II Dispositions relatives à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie

Article 5.1 — Entretien professionnel

Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie (Accord du 7 mars 2016) Titre II Dispositions relatives à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie

Article 5.1.1 — Objectifs

Conformément à l'article L. 6315-1 du code du travail, le salarié bénéficie, tous les 2 ans, d'un entretien professionnel avec son employeur consacré à ses perspectives d'évolution professionnelle, notamment en termes de qualifications et d'emploi. 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 2 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 6 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 12 mois consécutifs, l'entretien devra intervenir dans les 3 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 12 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 visé à 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 — État des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié

Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie (Accord du 7 mars 2016) Titre II Dispositions relatives à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie

Article 5.2.1 — Objectifs

Tous les 6 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 6 dernières années, des entretiens professionnels prévus à l'article 5.1 du présent accord et d'apprécier s'il a :
1° Suivi au moins une action de formation ;
2° Acquis des éléments de certification par la formation ou par une validation des acquis de son expérience ;
3° Bénéficié d'une progression salariale ou professionnelle.

Dans les entreprises d'au moins 50 salariés, lorsque, au cours de ces 6 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° à 3° 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 1er 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 € à la date du présent accord). Cette somme est versée par l'entreprise officinale avant le 1er 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 — Bilan de compétences et congé de bilan de compétences

Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie (Accord du 7 mars 2016) Titre II Dispositions relatives à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie

Article 6.1 — 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 20 ans d'activité professionnelle et, en tout état de cause, à compter de son 45e anniversaire, tout salarié bénéficie, à sa demande, sous réserve d'une ancienneté minimale de 1 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 — 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 24 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* (1) . 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.

(1) La deuxième phrase du 2e alinéa de l'article 6.2 est étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 6322-47 du code du travail.
(Arrêté du 4 octobre 2016 - art. 1er)

Article 7 — Conseil en évolution professionnelle et passeport d'orientation, de formation et de compétences

Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie (Accord du 7 mars 2016) Titre II Dispositions relatives à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie

Article 7.1 — 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 multi-professionnel 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 — 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 professionnelle.

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

Article 8 — Validation des acquis de l'expérience (VAE) et congé de validation des acquis de l'expérience

Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie (Accord du 7 mars 2016) Titre II Dispositions relatives à l'accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie

Article 8.1 — 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 — 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 24 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 (1) *.* 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.

(1) La deuxième phrase du 2e alinéa de l'article 8.2 est étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 6422-6 du code du travail.
(Arrêté du 4 octobre 2016 - art. 1er)

Titre III Dispositions relatives au plan de formation

Article 9 — 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 — 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 — 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 — 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 8 jours à compter de sa conclusion, se dérouler hors du temps de travail effectif, dans la limite de 80 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 8 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 paie 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 de 1 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 IV Dispositions relatives au compte personnel de formation (CPF)

Article 11 — Compte personnel de formation (CPF)

Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie (Accord du 7 mars 2016) Titre IV Dispositions relatives au 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 16 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 15 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.moncompteformation.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 50 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 60 jours avant le début de la formation lorsque la durée de celle-ci est inférieure à 6 mois, ou au minimum 120 jours à l'avance dans les autres cas.

À compter de la réception de la demande, l'employeur dispose d'un délai de 30 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 10 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 du 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 10 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 1er 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 1er 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 1er 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 V Dispositions relatives au congé individuel de formation et au congé d'enseignement ou de recherche

Article 12 — 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 — 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 — Congé d'enseignement ou de recherche

Les parties signataires considèrent que l'exercice de fonctions d'enseignement par des salariés des entreprises officinales 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 de 1 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 1 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 8 heures par semaine ou 40 heures par mois, pour une durée maximale de 1 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 VI 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

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.

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 2 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 2 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 2 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 15 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

Considérant la situation de l'emploi et son évolution, et afin que soit consacrée à la formation professionnelle des salariés en formation 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 supérieur 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

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.

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 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.

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 2 ans. À la demande des cocontractants, la durée du contrat peut être modifiée et, notamment, portée à 3 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.

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.

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 5 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 5 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 VII 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 16 à 25 ans révolus afin de compléter leur formation initiale ;
– aux demandeurs d'emploi âgés de 26 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 qualifications recherchée(s) ;
– une certification des connaissances, des compétences et des aptitudes professionnelles acquises.

Article 21 — Formations éligibles en priorité au contrat de professionnalisation

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).

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 2 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 VIII 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 1er alinéa de l'article L. 6222-1 du code du travail, le contrat d'apprentissage est ouvert aux jeunes âgés de 16 ans à moins de 26 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 de 1 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 5 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 2 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 IX 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 doit 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 à 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 de 1 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 50 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 2 salariés.

Titre X Accès spécifique à la formation de certains salariés

Article 33 — 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 formation 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 — 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 XI Dispositions relatives à la mise en œuvre de la formation professionnelle continue dans les entreprises officinales et dans les régions

Article 35 — 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 — Suivi des objectifs et 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 3 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 10 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 10 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 — Développement des partenariats régionaux et 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 XII Dispositions relatives aux instances paritaires

Article 38 — 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 — 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 XIII Dispositions financières

Article 40 — Entreprises employant 11 salariés et plus

La contribution à la formation professionnelle des entreprises officinales employant 11 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 — Entreprises employant moins de 11 salariés

La contribution à la formation professionnelle des entreprises officinales employant moins de 11 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 XIV 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 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 de 1 an, à compter de la date de la signature, pour établir un premier bilan, et ensuite au minimum tous les 3 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 30e 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.

Prévoyance et frais de santé (cadres)

Date du texte : 2017-03-20 **Version KALI retenue :** 2017-04-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Préambule

Article

Le présent avenant a pour objet d'apporter aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine, les modifications suivantes :
– définir la notion d'ayant droit au sens des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine, afin de tenir compte des conséquences de la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) sur la population couverte par ces régimes ;
– introduire, pour les salariés employés à temps partiel, un cas de dispense d'adhésion au régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine en application de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale ;
– supprimer une cause d'exclusion de la garantie double effet (risque décès).

Article 1er

I. – Le A « Bénéficiaires » et le B « Maintien des garanties gratuitement pendant 1 an » du III « Maladie – chirurgie – maternité (prestations en nature) » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée, sont remplacés par les dispositions suivantes :

« A. – Bénéficiaires

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.
Sont considérés comme ayants droit au sens du présent régime :
– le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et de n'exercer aucune activité professionnelle rémunérée ;
– les enfants :
– de moins de 18 ans à charge au sens fiscal et qui n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, conformément aux dispositions de l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale ;
– 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 d'être

régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou 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 ;
– sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;
– les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, 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
En cas de décès de l'assuré, les ayants droit définis au A “ Bénéficiaires ” sont maintenus gratuitement dans le régime pendant une durée maximale de 1 an. »
II. – Au A « Personnes à charge » du VI « Définitions » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée, les alinéas deux à neuf sont remplacés par les six alinéas suivants :
« Enfants à charge :
– les enfants de moins de 16 ans, ou de moins de 18 ans s'ils n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, à charge au sens fiscal ;
– les enfants de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union européenne, y compris en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve d'être régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou de justifier de la poursuite d'études ;
– les enfants 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 ;
– les enfants sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance.
Pour la seule application des dispositions du V “ Décès ” les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré sont considérés comme à charge au jour du décès. »
III. – Le A « Bénéficiaires » du VIII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie – chirurgie – maternité » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée, est remplacé par les dispositions suivantes :

« A. – Bénéficiaires

Peuvent bénéficier du maintien des garanties maladie – chirurgie – maternité 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 de la sécurité sociale ;
– soit d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi, ou sont en congé sans solde pour une durée déterminée et qu'ils reprennent ensuite leur activité salariée auprès du même employeur ;
– 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 de 1 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. »

Article 2

Au III « Maladie – chirurgie – maternité (prestations en nature) » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée, est inséré un F ainsi rédigé :

« F. – Dispenses d'affiliation au régime frais de soins de santé

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. »

Article 3

I. – Au 3 « Salariés multi-employeurs » du A « Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire (RPO) » du II « Cotisations » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée, est inséré un dernier alinéa ainsi rédigé :
« Pour l'appréciation de la qualité de salarié multi-employeurs, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation. »
II. – Au 3 « Salariés multi-employeurs » du B « Taux de cotisation du régime supplémentaire facultatif (RSF) » du II « Cotisations » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée, est inséré un dernier

alinéa ainsi rédigé :
« Pour l'appréciation de la qualité de salarié multi-employeurs, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation. »

Article 4

Le deuxième alinéa du C « Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant » du V « Décès » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée, est supprimé.

Article 5

En application des dispositions de l'article L. 2253-3, alinéa 1er, du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent avenant.
Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 1er avril 2017. 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.

(1) L'article 5 est étendu sous réserve du respect de l'article L. 2253-1 du code du travail dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2017-1385 du 22 septembre 2017 précitée.
(Arrêté du 25 mai 2018 - art. 1)

Prévoyance et frais de santé (non-cadres)

Date du texte : 2017-03-20 **Version KALI retenue :** 2017-04-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 59 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 242-1-6 ;
Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » modifiée en dernier lieu par avenant du 17 décembre 2015 ;
Vu les observations formulées le 17 mars 2016 par la commission des accords de retraite et de prévoyance (COMAREP), observations relatives à l'article 3 de l'avenant du 24 septembre 2015 portant révision de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine ;
Les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Préambule

Article

Le présent avenant a pour objet d'apporter aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine, les modifications suivantes :
– supprimer une cause d'exclusion de la garantie double effet (risque décès) ;
– définir la notion d'ayant droit au sens des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine, afin de tenir compte des conséquences de la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) sur la population couverte par ces régimes ;
– introduire, pour les salariés employés à temps partiel, un cas de dispense d'adhésion au régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine en application de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Article 1er

Le dernier alinéa de l'article 3.3 « Double effet » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, est supprimé.

Article 2

Au 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, est inséré un article 3.4 ainsi rédigé :

« Article 3.4
Enfants à charge

Pour l'application des dispositions des articles 3 à 3.3, sont considérés comme enfants à charge les enfants :
– de moins de 16 ans, ou de moins de 18 ans s'ils n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, à charge au sens fiscal ;
– de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union européenne, y compris en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve d'être régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou 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 ;
– sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance.
Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré sont considérés comme ayants droit de l'assuré au jour du décès. »

Article 3

Au B « Étendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, les alinéas 6 à 11 sont remplacés par les neuf alinéas suivants :
« Outre ceux du participant, les frais de soins de santé engagés par ses ayants droit sont garantis dans la limite des prestations définies ci-après. Sont considérés comme ayants droit au sens du présent régime :
– le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et de n'exercer aucune activité professionnelle rémunérée ;
– les enfants :
– de moins de 18 ans à charge au sens fiscal et qui n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, conformément aux dispositions de l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale ;
– 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 d'être régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou 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 ;
– sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;
– les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.
Tableau des prestations : ».

Article 4

Après l'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, est inséré un article 9.2 ainsi rédigé :

« Article 9.2
Dispenses d'affiliation au régime frais de soins de santé

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. »

Article 5

Au d « Salariés à employeurs multiples » du 1° « Participants en activité » du C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations » de l'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, est inséré un dernier alinéa ainsi rédigé :
« Pour l'application de ces dispositions, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation. »

Article 6

En application des dispositions de l'article L. 2253-3, alinéa 1er, du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent avenant.
Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 1er avril 2017. 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.

(1) L'article 6 est étendu sous réserve du respect de l'article L. 2253-1 du code du travail dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2017-1385 du 22 septembre 2017 précitée.
(Arrêté du 25 mai 2018 - art. 1)

Régimes de prévoyance et régimes frais de soins de santé des salariés

Date du texte : 2017-05-11 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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

Article

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 1er 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 6 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 actuaire-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 résultat 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 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.

Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle

Date du texte : 2017-10-02 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2017 fixant la liste des organisations syndicales reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine (1996) ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2017 fixant la liste des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine (1996) ;

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 relatif à la commission nationale paritaire de l'emploi de la pharmacie d'officine,

Préambule

Article

Connaissance prise de la liste des organisations syndicales de salariés ainsi que des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ;

Les parties signataires sont convenues d'adapter en conséquence le nombre ainsi que les modalités de répartition des sièges au sein de la commission nationale paritaire de l'emploi de la pharmacie d'officine.

Article 1er

Dans l'accord du 16 décembre 1991 susvisé, ainsi que dans son intitulé, les termes : « commission nationale paritaire de l'emploi » sont remplacés par les termes : « commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle ».

Article 2

L'article 2« Composition » de l'accord du 16 décembre 1991 susvisé est remplacé par un article

ainsi rédigé :

« Article 2

Composition

La commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle est composée, d'une part, de 18 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 18 représentants des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, à raison de 12 représentants pour la FSPF et de 6 représentants pour l'USPO. »

Article 3

Le troisième alinéa de l'article 7« Délibérations de la commission » de l'accord du 16 décembre 1991 susvisé est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 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 4

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 2 octobre 2017. 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 avenant.

Prévoyance et frais de santé du personnel cadre et assimilé

Date du texte : 2018-02-06 **Version KALI retenue :** 2018-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son 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 ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article — Préambule

Le présent avenant a pour objet d'améliorer le niveau de remboursement du forfait automédication du régime professionnel obligatoire (RPO) et du régime supplémentaire facultatif (RSF) du régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine.

Article 1er — Amélioration des garanties du régime professionnel obligatoire (RPO)

Le tableau des remboursements contenu dans le D « Régime professionnel obligatoire – Montant des remboursements » du III « Maladie – Chirurgie – Maternité (prestations en nature) » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant.

Régime professionnel obligatoire (RPO)

Nature des frais	Niveau des prestations
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour en plus du RSS où 100 % du TM si supérieur à 92 €
Hospitalisation en établissement public de santé (lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins)	100 % BRSS (1)

Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	255 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS (1)
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier (hors Alsace-Moselle)	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge	30 € par jour
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Frais d'honoraires médicaux. – Soins courants	
Consultations ou visites de généraliste – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	115 % BRSS en complément du RSS 115 % BRSS (1)
Consultations ou visites de spécialiste – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	175 % BRSS en complément du RSS 161 % BRSS (1)
Analyses médicales	100 % BRSS (1)
Auxiliaires médicaux	100 % BRSS (1)
Actes d'imagerie	
Radiologie – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS (1) 100 % BRSS (1)
Échographie – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	255 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS (1)
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale	100 % des frais réels (1)
Médicaments non remboursés ou non remboursables par la sécurité sociale (2)	Dans la limite d'un forfait de 50 € par an et par bénéficiaire
Transport	
Transport du malade	100 % BRSS (1)
Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux)	100 % BRSS (1)
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % BRSS (1)

Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	419 % BRSS (1)
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	326 % BRSS (1)
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire)
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Verres (3)	130 € (1) par verre
Monture (3)	120 € (1)
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) (4)	100 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	140 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	130 % BRSS en complément du RSS
Prothèses capillaires remboursées par la sécurité sociale (4)	400 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Prothèses auditives (4) – 20 ans et plus – pour les moins de 20 ans	400 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS 560 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS
Cures thermales	
Cures thermales prises en charge par la sécurité sociale	3,66 € par jour en complément du RSS
Natalité	
Naissance ou adoption : versement d'une prime sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption, prime versée aux 2 conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise.	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant)

TM : ticket modérateur.
BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale.
RSS : remboursement de la sécurité sociale.
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : CAS (contrat d'accès aux soins) OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée), et OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).
(1) Sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.
(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.
(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
(4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la BRSS sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale.

Article 2 — Amélioration des garanties du régime supplémentaire facultatif (RSF)

Le tableau des remboursements contenu dans le E « Régime supplémentaire facultatif (RSF) – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

Régime supplémentaire facultatif (RSF)

Nature des frais	Niveau des prestations
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	100 € par jour en plus du RSS ou 100 % du TM si supérieur à 100 €
Hospitalisation en établissement public de santé (lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins)	100 % BRSS (1)
Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	279 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS (1)
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier (hors Alsace-Moselle)	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge	30 € par jour
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Frais d'honoraires médicaux – Soins courants	
Consultations ou visites de généraliste – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	175 % BRSS en complément du RSS 115 % BRSS (1)
Consultations ou visites de spécialiste – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	195 % BRSS en complément du RSS 175 % BRSS (1)
Analyses médicales	100 % BRSS (1)
Auxiliaires médicaux	100 % BRSS (1)
Actes d'imagerie	
Radiologie – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS (1) 100 % BRSS (1)

Échographie – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	279 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS (1)
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale	100 % des frais réels (1)
Médicaments non remboursés ou non remboursables par la sécurité sociale (2)	Dans la limite d'un forfait de 60 € par an et par bénéficiaire
Transport	
Transport du malade	100 % BRSS (1)
Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux)	100 % BRSS (1)
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % BRSS (1)
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	465 % BRSS (1)
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	372 % BRSS (1)
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	450 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire)
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	250 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Verres (3)	150 € (1) par verre
Monture (3)	140 € (1)
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) (4)	120 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	160 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	149,50 % BRSS en complément du RSS
Prothèses capillaires remboursées par la sécurité sociale (4)	500 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Prothèses auditives (4) – 20 ans et plus – pour les moins de 20 ans	 500 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS 660 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS
Cures thermales	
Cures thermales prises en charge par la sécurité sociale	3,66 € par jour en complément du RSS
Natalité	

Naissance ou adoption : versement d'une prime sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption, prime versée aux 2 conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise.	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant)

TM : Ticket modérateur ;
BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale.
RSS : Remboursement de la sécurité sociale.
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : CAS (Contrat d'accès aux Soins) OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)
(1) Sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.
(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.
(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
(4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la BRSS sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale.

Article 3 — Prévention professionnelle

Après le IX « Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime » de l'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 » de la convention collective nationale susvisée, il est créé un X « Prévention » comme suit :

« X. – Prévention

Forts de leur attachement à la prévention, les parties signataires souhaitent s'engager dans une réflexion prospective sur ce thème.

Convaincues de la nécessité de compléter le niveau des garanties des salariés par des services et actions de prévention s'inscrivant en cohérence avec les actions de santé publique, les parties signataires complètent d'ores et déjà le panier de soins d'une vaccination antigrippale des salariés qui doit être proposée par chaque organisme assureur aux officines. »

Article 4 — Entrée en application, révision et dénonciation

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, sauf si lesdits accords assurent des garanties au moins équivalentes.

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 1er janvier 2018.

Il pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par l'article 4 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine et dans le respect des dispositions des articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Conformément aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail, il pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est conventionnellement fixée à 3 mois. La dénonciation ne peut que concerner la totalité de

l'accord et de ses avenants ultérieurs. Elle peut émaner de tout ou partie des signataires ou parties ayant adhéré à l'accord.

Le présent accord est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires. (1)

Il fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail.

Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Eu égard à l'intérêt d'assurer à tous les salariés de la branche des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé socialement efficaces, fondés sur la solidarité et la mutualisation, il sera demandé que le présent avenant soit étendu à toutes les entreprises de la branche, quel que soit leur nombre de salariés. Partant, aucune disposition spécifique ne sera prévue pour les entreprises de moins de 50 salariés.

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.

(1) Alinéa étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail.
(Arrêté du 11 décembre 2019 - art. 1)

Prévoyance et frais de santé du personnel non cadre et assimilé

Date du texte : 2018-02-06 **Version KALI retenue :** 2018-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son annexe IV.1. – Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article — Préambule

Le présent avenant a pour objet d'améliorer les niveaux des remboursements du régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine pour les frais suivants :

– la pharmacie ;
– les frais chirurgicaux ;
– l'hospitalisation ;
– la natalité/prime de maternité ou d'adoption.

Article 1er — Amélioration des garanties

Le tableau des remboursements contenu dans le B « Étendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du II « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

Nature des frais	Niveau des prestations
Honoraires médicaux – Soins courants	
Consultations ou visites de médecins généralistes – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BRSS (1) 100 % BRSS (1)
Consultations ou visites de médecins spécialistes – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130 % BRSS (1) 110 % BRSS (1)

Analyses médicales	40 % BRSS (2)
Auxiliaires médicaux	40 % BRSS (2)
Actes d'imagerie	
Radiologie – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS (1) 100 % BRSS (1)
Échographie – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130 % BRSS (1) 110 % BRSS (1)
Pharmacie	
Médicaments Médicaments non remboursés ou non remboursables par la sécurité sociale (3)	100 % des frais réels (1) dans la limite d'un forfait de 50 € par an et par bénéficiaire
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables)	
Orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	140 % BRSS (1)
Frais chirurgicaux	
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	255 % BRSS (2) 200 % BRSS (1)
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour (2) où 100 % du TM si supérieur à 92 €
Hospitalisation en établissement public de santé (lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins)	100 % BRSS (1)
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge	30 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier (hors Alsace-Moselle)	Prise en charge intégrale (4)
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Dentaire	
Soins dentaires	30 % BRSS (2)
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	300 % BRSS (2)
Traitements orthodontiques remboursés ou non par la sécurité sociale	200 % BRSS (2)

Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de deux implants par an et par bénéficiaire
Optique	
Par verre remboursé par la sécurité sociale (5)	110 € (2)
Par monture remboursée par la sécurité sociale (5)	100 € (2)
Lentilles correctrices remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables (6)	130 € par an et par bénéficiaire (2)
Lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	130 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives (6)	
– 20 ans et plus	400 € (2) par an et par oreille appareillée
– pour les moins de 20 ans	560 € (2) par an et par oreille appareillée
Prothèses capillaires (6)	
Prothèses capillaires remboursées par la sécurité sociale	400 € (2) par an et par bénéficiaire
Cures thermales	
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale	6 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par jour (2) (7)
Transport	
Transport du malade	100 % BRSS (1)
Indemnités de déplacement (médecins-auxiliaires médicaux)	100 % BRSS (1)
Natalité	
Prime de naissance ou d'adoption	250 € par enfant (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. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise.

BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale.
Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : CAS (contrat d'accès aux soins), OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).
(1) Sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.
(2) En complément des prestations versées par la sécurité sociale
(3) Les médicaments concernés sont ceux dont la TVA est fixée à 2,10 % et 10 %
(4) Soit à titre indicatif : 20 € au 1er janvier 2018 et 15 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique.
(5) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
(6) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.
(7) Soit à titre indicatif : 19,87 € au 1er janvier 2018.

Article 2 — Prévention professionnelle

Après le II « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, il est créé un III « Prévention » comme suit :

« III. – Prévention
Article 10
Prévention

Forts de leur attachement à la prévention, les parties signataires souhaitent s'engager dans une réflexion prospective sur ce thème.

Convaincues de la nécessité de compléter le niveau des garanties des salariés par des services et actions de prévention s'inscrivant en cohérence avec les actions de santé publique, les parties signataires complètent d'ores et déjà le panier de soins d'une vaccination antigrippale des salariés qui doit être proposée par chaque organisme assureur aux officines. »

Article 3 — Entrée en application, révision et dénonciation

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, sauf si lesdits accords assurent des garanties au moins équivalentes.

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 1er janvier 2018.

Il pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par l'article 4 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine et dans le respect des dispositions des articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Conformément aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail, il pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est conventionnellement fixée à 3 mois. La dénonciation ne peut que concerner la totalité de

l'accord et de ses avenants ultérieurs. Elle peut émaner de tout ou partie des signataires ou parties ayant adhéré à l'accord.

Le présent accord est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires. (1)

Il fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail.

Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Eu égard à l'intérêt d'assurer à tous les salariés de la branche des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé socialement efficaces, fondés sur la solidarité et la mutualisation, il sera demandé que le présent avenant soit étendu à toutes les entreprises de la branche, quel que soit leur nombre de salariés. Partant, aucune disposition spécifique ne sera prévue pour les entreprises de moins de 50 salariés.

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.

(1) Alinéa étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail.
(Arrêté du 11 décembre 2019 - art. 1)

Régime prévoyance et frais de soins de santé

Date du texte : 2018-09-24 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 2261-23.1 et L. 2232-10.1 ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Vu l'avenant du 2 octobre 2017 portant révision de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine ;

Article 1er

L'article 5 de l'avenant du 2 octobre 2017 susvisé est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La branche professionnelle de la pharmacie d'officine étant composée presque exclusivement d'officines de pharmacie de moins de 50 salariés, les dispositions du présent avenant 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. »

Article 2

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 24 septembre 2018 et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative 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 50 salariés, les dispositions du présent avenant 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 avenant.

Régime de prévoyance (cadre et non cadre)

Date du texte : 2018-11-05 **Version KALI retenue :** 2019-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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, 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 »,

Préambule

Article

Aux fins d'améliorer les prestations servies aux salariés et aux employeurs par les régimes de prévoyance et de santé de la pharmacie d'officine et de procéder à l'actualisation et à l'harmonisation des dispositions de ces régimes, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

L'annexe IV. 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est modifiée comme suit :

I. – L'article 1er « Membres participants du régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » est rédigé comme suit :

« Article 1er
Assurés du régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité

Les assurés garantis au titre du présent régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité 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 1er « Bénéficiaires » des dispositions particulières applicables aux cadres de la présente convention collective. »

II. – Aux articles 3, 3.1, 3.2 et 3.3 du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » y compris dans leur intitulé, le cas échéant, les mots « du participant »

sont remplacés par les mots « de l'assuré », les mots « le participant » par les mots « l'assuré » et le mot « participant » par le mot « assuré ».

III. – L'article 3.4 « Enfants à charge » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3.4
Enfants à charge

Pour l'application des dispositions des articles 3 à 3.3, sont considérés comme enfants à charge, les enfants de l'assuré :
– de moins de 18 ans à charge au sens de la sécurité sociale ;
– 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 ;
– 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 ;
– sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance.

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. »

IV. – L'article 4 « Invalidité absolue et définitive du participant » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » est modifié comme suit :
– l'article est renommé « Article 4 – Perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré » ;
– au 1er alinéa du A « Définition » les mots « d'invalidité absolue et définitive. » sont remplacés par les mots « de perte totale et irréversible d'autonomie. » ;
– au 2nd alinéa du A « Définition » les mots « L'invalidité absolue et définitive » sont remplacés par les mots « La perte totale et irréversible d'autonomie » ;
– au B « Montant » les mots « du participant » sont remplacés par les mots « de l'assuré ».

V. – L'article 5 « Incapacité de travail » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » est modifié comme suit :
– au B « Montant » les mots « au participant » sont remplacés par les mots « à l'assuré » ;
– au C « Durée de paiement » le 3e alinéa est supprimé et, au 5e alinéa, les mots « le participant » sont remplacés par les mots « l'assuré ».

VI. – À l'article 6 « Invalidité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » les mots « le participant » sont remplacés par les mots « l'assuré », les mots « les participants » par les mots « les assurés », les mots « au participant » par les mots « à l'assuré » et les mots « du participant » par les mots « de l'assuré ».

VII. – L'article 7.2 « Clause de revalorisation » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » est modifié comme suit :
– les mots « la commission paritaire nationale » sont remplacés par les mots « la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine » ;
– au 2nd alinéa, les mots « Lorsqu'il » sont remplacés par les mots « Lorsqu'elle », les mots « point de retraite ARRCO » sont remplacés par les mots « point de retraite AGIRC-ARRCO » et les

mots « ainsi que le taux d'évolution de l'indice Insee des prix de l'exercice précédent. » sont remplacés par les mots « 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. »

VIII. – Au 3e alinéa du B « Montant » de l'article 8 « Garantie maternité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » les mots « au participant » sont remplacés par les mots « à l'assurée », les mots « en incapacité de travail » sont remplacés par les mots « en congé de maternité » et les mots « à l'intéressé » sont remplacés par les mots « à l'assurée ».

IX. – L'article 8 bis « Garantie paternité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » est modifié comme suit :
– au A « Définition » le mot « participant » est remplacé par le mot « assuré » ;
– au A « Définition » est inséré, après le premier alinéa, un 2nd alinéa rédigé comme suit :
« 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. », le 2nd alinéa devenant le 3e alinéa ;
– au B « Montant » les mots « du participant » sont remplacés par les mots « de l'assuré », les mots « au participant » par les mots « à l'assuré », les mots « en incapacité de travail » par les mots « en congé de paternité » et les mots « à l'intéressé » par les mots « à l'assuré ».

X. – L'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » est rédigé comme suit :

« Article 9
Garantie frais de soins de santé
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 1er ''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 ;
––– sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;
– 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 ;
––– sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;
–– 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. – Niveau des garanties

Le régime frais de soins de santé offre deux possibilités au choix de l'entreprise :
– régime de base obligatoire non cadre : 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, au niveau 1 des tableaux présentés en annexe IV. 3 ;
– régime supplémentaire frais de soins de santé non cadre : 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 de base obligatoire des salariés cadres et assimilés. 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, le choix de l'entreprise entre ces différents niveaux de garanties s'applique obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires tels que définis au B2. »

XI. – L'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » est modifié comme suit :
– au a du 1, ainsi qu'au a du 2, les mots « depuis le 1er janvier 1994 » sont supprimés ;
– le e du 2 est remplacé par les dispositions suivantes :
« e) Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique, pendant la durée du congé, sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois qui suivent la date de début du congé 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 ; »

XII. – Au A « Assiette des cotisations » et au B « Exonération des cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations », le mot « participant » est remplacé par le mot « assuré ».

XIII. – Le C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations » est modifié comme suit :

– le 1 « Participants en activité » est renommé « C1. – Assurés en activité régime de base obligatoire » ;
– au c « Salariés à temps partiel » du « C1. – Assurés en activité. – Régime de base obligatoire », les mots « le participant » sont remplacés par les mots « l'assuré » ;
– au d « Salariés à employeurs multiples » du « C1. – Assurés en activité. – Régime de base obligatoire », les mots « le participant » sont remplacés par les mots « l'assuré » ;
– avant le 2 « Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties » sont insérées les dispositions suivantes :

« C2. – 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 :

(En pourcentage.)

	Salariés mono-employeur
Employeur	0,125
Salarié	0,125
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. – 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 :

(En pourcentage.)

	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) :

(En pourcentage.)

	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

XIV. – Le 2 « Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties » du C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations » devient « C4 » et est remplacé par les dispositions suivantes :

« C4. – 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

(En euros.)

	Cotisation adulte						Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e enfant)
	Adhésion antérieure au 1er juillet 2017	Adhésion à compter du 1er 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

(En euros.)

	Cotisation annuelle Adulte						Cotisation annuelle par enfant à charge (gratuité à compter du 4e enfant)
	Adhésion antérieure au 1er juillet 2017	Adhésion à compter du 1er 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

(En euros.)

	Cotisation annuelle adulte						Cotisation annuelle par enfant à charge (gratuité à compter du 4e enfant)
	Adhésion antérieure au 1er juillet 2017	Adhésion à compter du 1er 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

(En euros.)

	Cotisation annuelle adulte						Cotisation annuelle par enfant à charge (gratuité à compter du 4e enfant)
	Adhésion antérieure au 1er juillet 2017	Adhésion à compter du 1er 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. »

XV. – Le 5 « Prévention » est supprimé.

Article 2

L'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 » de la convention collective nationale susvisée est modifiée comme suit :

I. – Le I « Assurés » est modifié comme suit :
– au 2e alinéa, les mots « ne dépassant pas une certaine durée » sont supprimés ;
– après le 2e alinéa, sont ajoutées les dispositions suivantes :
« Deux possibilités sont ouvertes au choix de l'entreprise :
–– régime de base obligatoire cadres et assimilés (appelé RPO) qui est le minimum conventionnel qui s'impose à l'entreprise en frais de soins de santé et en prévoyance. Il correspond, pour les garanties frais de soins de santé, au niveau 2 des tableaux présentés en

annexe IV.3 ;
–– régime supplémentaire cadres et assimilés (appelé RSF) permettant, au choix de l'entreprise, d'améliorer les garanties du RPO en frais de soins de santé comme en prévoyance. Il correspond, pour les garanties frais de soins de santé, au niveau 3 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, le choix de l'entreprise s'applique obligatoirement à l'ensemble des salariés cadres et assimilés cadres et leurs ayants droit. »
– au dernier alinéa, les mots « le jour où le cadre ou l'assimilé cadre cessent » sont remplacés par les mots « le jour où le cadre ou l'assimilé cadre cesse ».

II. – Le II « Cotisations » est modifié comme suit :
– le 1er alinéa est supprimé ;
– le A « Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire (RPO) » est renommé « A – Taux de cotisation du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) » ;
– le B « Taux de cotisation du régime supplémentaire facultatif (RSF) » est remplacé par les dispositions suivantes :
« B. – Taux de cotisation additionnels du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) :
Les cotisations du régime supplémentaire cadres et assimilés s'ajoutent aux cotisations du régime de base obligatoire cadres et assimilés.

1. Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

Risque	Décès, incapacité, invalidité, maternité-paternité	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,09	0,14	0,15
Salarié	0,09	0,14	0,15
Total	0,18	0,28	0,30

2. Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

Risque	Décès, incapacité, invalidité, maternité-paternité	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,09	0,14	0,11
Salarié	0,09	0,14	0,11

Total	0,18	0,28	0,22

3. Salarié multi-employeurs

(En pourcentage.)

Risque	Décès, incapacité, invalidité, maternité-paternité	Frais de soins de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB
Employeur	0,09	0,36
Salarié	0,09	0,36
Total	0,18	0,72

Pour l'appréciation de la qualité de salarié multi-employeurs, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation. » ;
– après le C « Exonération du paiement des cotisations » est ajouté un D « Adhérents facultatifs frais de soins de santé » ainsi rédigé :

« D. – Adhérents facultatifs frais de soins de santé

La cotisation des adhérents facultatifs est fixée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et 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)

(En pourcentage.)

	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	1,90	1,33
Par adulte retraité	2,93	2,03
Par enfant	1,14	0,79

2. Cotisation pour les garanties du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) (cotisations du régime de base obligatoire cadres et assimilés – RPO – incluses)

(En pourcentage.)

	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	2,50	1,93
Par adulte retraité	3,42	2,51
Par enfant	1,50	1,15

III. – Le III « Maladie, chirurgie, maternité (prestations en nature) » est modifié comme suit :
– le A « Bénéficiaires » est remplacé par les dispositions suivantes :

« A. – Bénéficiaires

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 ;
––– sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;
–– 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. » ;

– le D. « Régime professionnel obligatoire (RPO) – Montant des remboursements » est remplacé par les dispositions suivantes :

« D. – 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 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 :
–– 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 ;
––– sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;
–– 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. » ;

– le E « Régime supplémentaire facultatif (RSF) – Montant des remboursements » est remplacé par les dispositions suivantes :

« E. – Tableaux des garanties frais de soins de santé

Les tableaux des garanties frais de soins de santé sont présentés en annexe IV. 3. »

IV. – Le A « Incapacité temporaire et maternité-paternité » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » est modifié comme suit :
– le 1 « Incapacité temporaire » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1. 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 de 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

(En pourcentage.)

RPO et RSF	TA	TB
À partir du 4e jour (inclus)	40	90

– pour les assimilés cadres ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail :

(En pourcentage.)

RPO et RSF	TA	TB
À partir du 31e jour (inclus)	40	90

– pour les cadres ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de

travail :

(En pourcentage.)

RPO	TA	TB
À partir du 61e jour (inclus)	40	90
RSF	TA	TB
À partir du 51e jour (inclus)	40	90

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 2 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 :
– 1er 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 2 mois ;
– 4e jour si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail, est égale ou supérieure à 2 mois.

La cure thermale acceptée par la sécurité sociale, même sans versement des indemnités journalières par cette dernière, donne droit au paiement des indemnités prévues par le régime en cas d'arrêt de travail, sous réserve des mêmes conditions de franchise. » ;
– au 2 « Maternité-paternité » est inséré, après le 1er alinéa, un 2nd alinéa rédigé comme suit : « 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. », le s2nd alinéa devenant le troisième alinéa.

V. – Le 14e alinéa du B « Invalidité permanente » du IV « Arrêt de travail (prestations en espèces) » est remplacé par les dispositions suivantes :
« 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 1re catégorie ;
– égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2e ou de 3e catégorie. »

VI. – Le C « Rentes éducation » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » est modifié comme suit :
– au 1er alinéa, les mots « Une rente éducation est accordée aux enfants à charge » sont remplacés par les mots « Une rente éducation est accordée aux enfants à charge, tels que définis au VI, » ;
– au 4e alinéa, les mots « Le montant annuel de la rente est égal à : » est remplacé par les mots « Le montant annuel de la rente (le montant de la rente RSF incluant le montant de la rente RPO) est égal à : » ;
– dans le tableau, les mots « moins de 27 ans » sont remplacés par les mots « moins de 28 ans ».

VII. – Le D « Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » est modifié comme suit :
– au 1er et au 2e alinéa, les mots « la commission paritaire nationale » sont remplacés par les mots « la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine » ;
– au 2e alinéa, les mots « du point de retraite AGIRC » sont remplacés par les mots « du point de retraite AGIRC-ARRCO » et les mots « ainsi que le taux d'évolution de l'indice INSEE des prix de l'exercice précédent. » sont remplacés par les mots « 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. » ;
– au 4e alinéa, les mots « du participant » sont remplacés par les mots « de l'assuré ».

VIII. – Le V « Décès » est modifié comme suit :
– le A « Décès ou invalidité absolue et définitive de l'assuré » et le B « Montant du capital » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« A. – 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. – Montant du capital

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 incluant le capital versé par le RPO).

(En pourcentage.)

	RPO		**RSF**	
	Décès par maladie	Décès par accident	Décès par maladie	Décès par accident
S'il est célibataire, veuf, divorcé sans enfants à charge	170	270	300	450
S'il est marié, sans personne à charge	220	370	375	550

S'il est célibataire, veuf, divorcé ou marié avec une personne à charge	275	450	455	630
Par personne à charge supplémentaire	55	80	80	80

Le capital prévu ci-dessus en cas de décès par accident n'est plus garanti si le décès survient plus de 6 mois après l'accident. Le capital versé est alors celui prévu en cas de maladie.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

Les capitaux décès prévus ci-dessus en cas de décès par maladie 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 incluant le montant de la rente versée par le RPO) est fixé, en euros, à :

(En euros.)

	RPO	RSF
Enfants à charge âgés de moins de 11 ans au 31 décembre de l'année	486	729
Enfants à charge âgés de 11 ans et plus et de moins de 18 ans au 31 décembre de l'année	810	1 248
Enfants à charge âgés de 18 ans et plus et de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année	1 215	1 815

Le montant de la rente est doublé s'il est orphelin de père et de mère.

Cette rente est payable par annuité au cours du 1er trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1er 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 au D du IV du présent régime. » ;

– au C « Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant », le 2e alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
« 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 incluant le capital RPO) : »

IX. – Le VI « Définitions » est modifié comme suit :
– le A « Personnes à charge » est remplacé par les dispositions suivantes :

« A. – 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 :
–– enfants de l'assuré de moins de 18 ans à charge au sens de la sécurité sociale ;
–– 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 ;
–– 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 ;
–– enfants de l'assuré sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance.

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. » ;
–– le C « Invalidité absolue et définitive » est remplacé par les dispositions suivantes :

« C. – 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 3e catégorie des invalides (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) ;
– 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. » ;

– au D « Salaires de référence TA + TB », les mots « pour le calcul d'un capital ou d'une prestation incapacité – invalidité – maternité-paternité » sont remplacés par les mots « pour le calcul d'un capital ou d'une prestation décès – incapacité – invalidité – maternité-paternité » et les mots «, telle qu'elle est définie au paragraphe 2 de l'article 6 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947, » sont supprimés.

X. – Le VII « Fonds de solidarité » est supprimé.

XI. – Le VIII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie – chirurgie – maternité » devient VII et est modifié comme suit :
– le 5e alinéa du B « Demande d'adhésion » est remplacé par les dispositions suivantes :
« dans les 3 mois suivant la date de suspension du contrat de travail dans les autres cas. » ;

– au 2e alinéa du C « Cotisations », les mots « la commission paritaire nationale » sont remplacés par les mots « la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine » ;
– le a du C « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :
« a) La cotisation annuelle et par personne est déterminée dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 modifié. En fonction de la date d'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

(En euros.)

	Cotisation adulte						**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e enfant)**
	Adhésion antérieure au 1er juillet 2017	Adhésion à compter du 1er juillet 2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
RPO – Anciens assurés retraités	1 164	672	768	876	1 008	1 164	453
RPO – Anciens assurés non retraités	984	672	744	816	900	984	453

a2) Cotisation pour le régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO). – Bénéficiaires Alsace-Moselle

(En euros.)

	Cotisation adulte						**Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e enfant)**
	Adhésion antérieure au 1er juillet 2017	Adhésion à compter du 1er juillet 2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
RPO – Anciens assurés retraités	807	466	532	607	699	807	314
RPO – Anciens assurés non retraités	682	466	516	566	624	682	314

a3) cotisation pour le régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) incluant la cotisation RPO. – Bénéficiaires hors Alsace-Moselle

(En euros.)

	Cotisation adulte						Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e enfant)
	Adhésion antérieure au 1er juillet 2017	Adhésion à compter du 1er juillet 2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
RSF – Anciens assurés retraités	1 356	804	912	1 032	1 164	1 356	596
RSF – Anciens assurés non retraités	1 152	804	876	948	1 032	1 152	596

a4) cotisation pour le régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) incluant la cotisation RPO. – Bénéficiaires Alsace-Moselle

(En euros.)

	Cotisation adulte						Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4e enfant)
	Adhésion antérieure au 1er juillet 2017	Adhésion à compter du 1er juillet 2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
RSF – Anciens assurés retraités	999	592	672	760	857	999	457
RSF – Anciens assurés non retraités	849	592	645	698	760	849	457

– au b du C « Cotisations », le 2e alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
« Le montant de la cotisation annuelle est fixé pour l'assuré et ses ayants droit à charge à 1 000 € en RPO et à 1 100 € en RSF. » ;

– le D « Montant des prestations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« D. – 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. » ;
– au E « Retraités cadres et assimilés ayant adhéré avant le 1er janvier 1994 à un contrat d'assurance mettant en œuvre les garanties de frais de soins de santé définies au III », sous chacun des trois tableaux, les mots « par la commission paritaire nationale. » sont remplacés par les mots « par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine. »

XII. – Le IX « Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime » devient VIII.

XIII. – Le X « Prévention » est supprimé.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions des articles L. 1226-1 et D. 1226-1 et suivants du code du travail, relatifs au maintien de salaire dont les montants sont conditionnés à l'ancienneté (Arrêté du 11 décembre 2019 - art.1)

Article 3

Après l'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 » de la convention collective nationale susvisée, est insérée une annexe IV.3 « Tableaux des garanties des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » rédigée comme suit :

« Annexe IV.3
Tableaux des garanties des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine

Les tableaux des garanties frais de soins de santé comportent trois niveaux :
– le niveau 1 correspond au régime de base obligatoire du personnel non cadre défini à l'annexe IV.1 ;
– le niveau 2 correspond au régime de base obligatoire du personnel cadre et assimilé (RPO) défini à l'annexe IV.2, ainsi qu'au régime supplémentaire frais de soins de santé du personnel non cadre défini à l'annexe IV.1 ;
– le niveau 3 correspond au régime supplémentaire du personnel cadre et assimilé (RSF) défini à l'annexe IV.2.

I. – Précisions communes à l'ensemble des niveaux de couvertures et à l'ensemble des assurés (hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle)

A. – Le terme « bénéficiaire » utilisé dans les tableaux ci-dessous vise l'assuré, ses ayants droit à charge ainsi que les adhérents facultatifs.

B. – La participation forfaitaire (forfait 1 €) et la franchise mentionnées à l'article L. 322-2 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.

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. – En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants par l'assuré, l'indemnité forfaitaire de maternité 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. La prime de naissance est versée aux deux conjoints, partenaires liés par un Pacs ou concubin, si tous les deux sont assurés des régimes ou adhérents facultatifs, à l'exclusion des ayants droit à charge.

F. – Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermale exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci (frais de l'établissement de cure, contrôle médical, frais de transport et d'hébergement).

II. – Tableau des garanties hors Alsace-Moselle

Les prestations figurant dans ce tableau sont versées dans la limite des frais réellement exposés.

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.journal-officiel.gouv.fr, rubrique BO Convention collective.)

http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2019/0011/boc_20190011_0000_0034.pdf

III. – Tableau des garanties Alsace-Moselle

Les prestations figurant dans ce tableau sont versées dans la limite des frais réellement exposés.

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.journal-officiel.gouv.fr, rubrique BO Convention collective.)

http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2019/0011/boc_20190011_0000_0034.pdf

Article 4

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 1er janvier 2019 et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative 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 50 salariés, les dispositions du présent avenant 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 avenant.

Prévoyance (recommandation APGIS et HDS)

Date du texte : 2018-11-05 **Version KALI retenue :** 2019-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail ;

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 la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Vu l'accord collectif national 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'avenant du 5 novembre 2018 portant révision de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et Frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine,

Préambule

Article

Afin de tenir compte des modifications apportées par l'avenant du 5 novembre 2018 susvisé, notamment du fait que, pour les régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés, la quote-part de cotisations relative au régime supplémentaire (RSF) complète désormais les cotisations du régime de base obligatoire (RPO), les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

À l'article 3 « Degré élevé de solidarité » de l'accord collectif national du 2 octobre 2017 susvisé, le tableau intitulé « Cotisations “ HDS ” salariés cadres et assimilés. – RSF » est supprimé.

Article 2

Le présent avenant prendra effet à compter du 1er janvier 2019 et prendra fin, au plus tard, au

terme de la durée maximale de 5 ans mentionnée à l'article 4 de 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 50 salariés, les dispositions du présent avenant 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 avenant.

Annexe IV.3. – Tableaux des garanties des régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine

Date du texte : 2018-11-05 **Version KALI retenue :** 2019-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Annexe IV. 3

Tableaux des garanties des régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine

Introduction

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) 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) 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. – Précisions communes à l'ensemble des niveaux de couvertures et à l'ensemble des assurés (hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle)

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).

La participation forfaitaire 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 1er 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-ACO : option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO). 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-ACO.

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 ;
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-ACO : option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, 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

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 61 à 64**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260008_0000_0015.pdf/BOCC

– dans la rubrique « Soins courants », au poste « Médicaments », les mots « Acte de vaccination remboursés par le RO » sont remplacés par les mots « Actes de vaccination remboursés par le RO » ;
– au poste « Équipement hors “100 % santé” – Tarif libre », de la rubrique « Optique », la ligne « Verres » est ainsi rédigée :

Verres :		
Par verre simple (5)	80 € – RSS	150 € – RSS
Par verre complexe (5)	130 € – RSS	230 € – RSS
Par verre hyper complexe (5)	200 € – RSS	300 € – RSS

– dans la rubrique « Autres garanties », au poste « Natalité », la référence de bas de tableau « (4) » est remplacée par la référence de bas de tableau « (6) ».

III. – Tableau des garanties Alsace-Moselle

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 65 à 68**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260008_0000_0015.pdf/BOCC

– dans la rubrique « Soins courants » au poste « Médicaments », les mots « Acte de vaccination remboursés par le RO » sont remplacés par les mots « Actes de vaccination remboursés par le RO » ;
– au poste « Équipement hors “100 % santé” – Tarif libre », de la rubrique « Optique », la ligne « Verres » est ainsi rédigée :

Verres :		
Par verre simple (5)	80 € – RSS	150 € – RSS
Par verre complexe (5)	130 € – RSS	230 € – RSS
Par verre hyper complexe (5)	200 € – RSS	300 € – RSS

– dans la rubrique « Dentaire », au poste « Autres prestations dentaires », à la ligne « Pilier implantaire et implant », les mots « 450 € » sont remplacés par les mots « 600 € » ;

– dans la rubrique « Autres garanties », au poste « Cure thermale », la référence de bas de tableau « (4) » est remplacée par la référence de bas de tableau « (6) ».

OPCO

Date du texte : 2018-11-05 **Version KALI retenue :** 2019-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail, notamment son article L. 6332-1-1 dans sa rédaction en vigueur au 1er 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

Article

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

À compter du 1er 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 entreprises de proximité, 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 1er avril 2019.

Article 3

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 1er 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 50 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.

Suivi des régimes de prévoyance et des frais de soins de santé et utilisation des réserves

Date du texte : 2020-04-10 **État KALI :** VIGUEUR_NON_ETEN

Article

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 assimilés 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

Article

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 résultat 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 1er 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 1er 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 1er 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 engagent 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 1er 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 1er 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 1er janvier 2018

À compter du 1er 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 1er 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 1er janvier 2018 sans payer de cotisations en raison d'actions contentieuses avec l'ancien assureur désigné concernant la résiliation au 1er 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 1er 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 adhérant 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 mis 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 majorés de produits financiers.

Dans l'hypothèse où un assureur n'assurerait 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 et 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 1er 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 de 1 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 multipliées par l'écart d'âge ;
– 1,8 % des cotisations santé de la population concernée multipliée 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 1er janvier 2018 et qui n'ont pas payé de cotisations en raison d'actions contentieuses avec l'ancien assureur désigné concernant la résiliation au 1er 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 exceptionnelles liées 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 ».

Pour ce faire, les assureurs signataires ou adhérents à la convention devront produire le fichier des prestations payées 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 1er 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 adhérant 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 adhérant à la convention, avec une ventilation des montants revenant à chaque assureur en application de l'article 1er.

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 convention au nom des partenaires sociaux.

2.3. Mise en œuvre

Pour bénéficier des financements définis à l'article 1er, chaque assureur signataire ou adhérant 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

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.

La branche professionnelle de la pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de 50 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.

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 n° 3 du 16 décembre 2024 ;
– avenant n° 4 du 28 avril 2025;
– avenant n° 5 du 19 janvier 2026.

Annexe : Convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, effet : 1er janvier 2018

Pharmacie d'officine

Article

La présente convention est conclue :

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :
La fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) dont le siège social est situé 13, rue Ballu, 75009 Paris.
Représentée par Philippe Besset, président, dûment habilité aux fins des présentes,
d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :
L'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) dont le siège social est situé 43, rue de Provence, 75009 Paris.
Représentée par Gilles Bonnefond, président, dûment habilité aux fins des présentes,
de deuxième part, et

La fédération nationale Force ouvrière des métiers de la pharmacie, des laboratoires d'analyses et de biologie médicale, du cuir et de l'habillement (FO) dont le siège social est situé 7, passage Tenaille, 75014 Paris.
Représentée par Jacques Techer, secrétaire général, dûment habilité aux fins des présentes,
de troisième part, et

L'union fédérale de l'industrie et de la construction de l'UNSA (UNSA industrie et construction) dont le siège social est situé 21, rue Jules-Ferry, 93177 Bagnolet.
Représentée par Christophe Pestelle, secrétaire général, dûment habilité aux fins des présentes,
de quatrième part, et

La fédération nationale des industries chimiques (FNIC CGT) dont le siège social est situé Case 429, 263, rue de Paris, 93514 Montreuil Cedex.

Représentée par Emmanuel Lépine, secrétaire général, dûment habilité aux fins des présentes,
de cinquième part, et

La fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux (CFDT) dont le siège social est situé 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19.
Représentée par Eve Rescanières, secrétaire général, dûment habilitée aux fins des présentes,
de sixième part, et

La fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques et connexes (CFE-CGC) dont le siège social est situé 33, avenue de la République, 75011 Paris.
Représentée par Malik Gueye, président, dûment habilité aux fins des présentes,
de septième part, et

La fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux (CFTC) dont le siège social est situé 34, quai de la Loire, 75019 Paris.
Représentée par Patrick Mercier, président, dûment habilité aux fins des présentes dénommées,
de huitième part, et

L'APGIS, institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège social est situé 12, rue Massue, 94684 Vincennes Cedex.
Représentée par Corinne Prayez, directrice générale, dûment habilitée aux fins des présentes,
de neuvième part, et

KLESIA prévoyance, institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège social est situé 4, rue Georges-Picquart, 75017 Paris.
Représentée par Christian Schmidt de La Brélie, directeur général, dûment habilité aux fins des présentes,
de dixième part.

Préambule

Article

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 résultat 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 1er 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

Article

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 convention collective nationale 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 1er — 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 1er janvier de l'année de sa signature.

Article 2 — Suivi technique des régimes à compter du 1er janvier 2018

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

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

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 1er janvier 2018

À compter du 1er 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)* 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 1er 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 € ;
– 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 1er 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 éventuels changements réglementaires ou conventionnels à compter du 1er janvier 2020 ; cette utilisation se fait selon les règles précisées au 3.3.3 ci-après.
c) 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 1er janvier 2018 et qui n'ont pas payé de cotisations suite à un contentieux avec l'ancien assureur désigné concernant la résiliation au 1er 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) 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 1er 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. *[f) à effet du 1er juillet 2022]*

3.3.2. Financement des améliorations de garanties

A. À compter du 1er 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. À 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. À 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. 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 ”.

Dans l'hypothèse où un assureur n'assurerait 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. 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 1er 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. 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 31/03/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. Financement des revalorisations postérieures au 31 décembre 2017 pour des sinistres antérieurs au 1er janvier 2018 *(à effet du 1er juillet 2022)*

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 au 30 juin de l'exercice découlant de sinistres dont la date de survenance est antérieure au 1er 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.

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 1er 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 1er 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 1er janvier 2022 pour les prestations en cours de services au 30 janvier 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 1er janvier 2018 rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à KLESIA à la date d'effet de la revalorisation de l'année N (en principe 01/7/ N) ;
– des provisions mathématiques au 31/12/ N correspondant aux prestations de revalorisation N pour les sinistres de survenance antérieure au 1er janvier 2018 rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à KLESIA à la date d'effet de la revalorisation de l'année N (en principe 01/7/ N) ; Ce montant est calculé avec les tables et taux réglementaires en vigueur au 31/12/ 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 31/12/ N.

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 comptes des engagements passés. Le prélèvement sur réserves est mis au crédit du compte des engagements passés.

3.3.6. Prélèvement pour financement de l'abondement des anciens salariés non éligibles au HDS

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. Prélèvement pour financer le lissage sur 5 ans de la cotisation des retraites

Sont financés par les réserves de la catégorie de personnel concernée pour l'année 2023 et l'année 2024, l'écart entre la cotisation hors taxe 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 concernée.

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 provisoires au 31/12/N pour les réserves des régimes non-cadres d'une part et les réserves des régimes cadres et assimilés d'autre part tenant compte des prélèvements demandés par les organismes assureur en application de la convention de suivi ;
– avant le 31 décembre N + 1, un compte de suivi des réserves définitif au 31/12/N pour les réserves des régimes non-cadres d'une part et les réserves des régimes cadres et assimilés d'autre part tenant compte des prélèvements validés en CPPNI en application de la convention de suivi.

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 ;
– 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 2017 pour des sinistres antérieurs au 1er janvier 2018). *(alinéa à effet du 1er juillet 2022)*

3.5. Produits financiers sur provisions et réserves

3.5.1. Produits financiers sur provisions et réserves *(à effet du 1er janvier 2018)*

À compter du 1er 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 1er 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) le taux de rendement tel que défini à l'article 3.5.3. Pour le calcul des produits financiers sur réserves, le montant des réserves au 1er janvier de l'exercice ne tient pas compte des prélèvements dus et validés en CPPNI au titre de l'exercice N – 1 même si ces prélèvements n'ont pas été payés au 1er 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 pourcentage 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 pourcentage 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. Produits financiers sur prélèvements *(à effet du 1er janvier 2018)*

Lorsque les prélèvements sont payés après le 31/12 de l'exercice au titre duquel ils sont dus, ils donnent lieu au paiement de produits financiers entre le 01/01 de l'année suivant celle au titre de laquelle ils sont dus et le 1er jour du mois précédent le paiement effectif du prélèvement *(4)* .

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 payées en même temps que les prélèvements 2021 avec ajustement lorsque le taux de produits financiers 2022 sera connu.

(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.

(2) Le prélèvement 2020 est minoré de 20 % des prélèvements exceptionnels × (1 + taux 2019).

Le prélèvement 2021 est minoré de 20 % des prélèvements exceptionnels × (1 + taux 2019) × (1 + taux 2020) etc.

Avec 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 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).

(3) Pour 2020, KLESIA s'engage à corriger les remboursements optiques et dentaires en conformité avec les garanties du régime conventionnel.

(4) Exemple : les prélèvements au titre de l'exercice 2020 ont été payées en février 2022. Ils donnent donc lieu au paiement de produits financiers entre le 1er janvier 2021 et le 31 janvier 2022.

Article 4 — Date d'effet. Durée. Terme

4.1. Durée

La présente convention prend effet rétroactivement à compter du 1er 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 3 mois avant l'arrivée du terme susvisé, la convention se renouvellera par tacite reconduction le 1er 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 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'événement 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 3 réunions et 30 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 3 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 2 premiers experts choisissent le 3e 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 4 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.

Article 7 — 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 résultat 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.

Fait à Paris, le 10 avril 2020.
(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Règles de présentation des comptes de résultat par survenance

Article

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 résultat 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 1er, les comptes des années 2018 et 2019 sont fournis dans les 3 mois suivant l'adhésion à la convention ; lorsque 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 *(1)* .

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 1er 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 résultat 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 résultat 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 résultat 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

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20200042_0000_0019.pdf&isForGlobalBocc=false

III. Présentation des comptes de résultat 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

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20200042_0000_0019.pdf&isForGlobalBocc=false

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.

• 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 × écart d'âge ;
– 1,8 % des cotisations santé de la population concernée × 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 pourcentage des assurés cadres (non cadres) en portabilité ayant fait l'objet d'au moins un remboursement dans l'exercice concerné et le pourcentage 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 × l'écart de taux des assurés en portabilité de la catégorie de personnel concernée.

(1) 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.

Annexe 2 Liste des données nécessaires à l'analyse des comptes par survenance et contrôles à effectuer par le tiers de confiance

Article

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.

Dans les 3 mois qui précèdent la présentation des comptes, chaque assureur présente à la CSTP 3 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.

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) :
– 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) ;
– fichier des cotisations N par individus pour les adhésions individuelles avec les informations suivantes (identifiant anonymisé par individu/régime/régime sécurité sociale (régime général ou Alsace-Moselle)/ date comptable/exercice de survenance/montant des cotisations) ;
– 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/rais réel/remboursement sécurité sociale/remboursement du régime/autre remboursement) ;
– 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 sécurité sociale/remboursement du régime/autre remboursement) ;
– fichier des personnes protégées en santé au 31 décembre N ;
– 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 (limité à 3 années), par famille d'actes et type de bénéficiaires (salariés couverts par le régime, conjoints, enfants) les montants suivants :

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 136 et 137**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20200042_0000_0019.pdf/BOCC

Anciens salariés retraités

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 49 et 50**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20250022 _ 0000 _ 0008. pdf/ BOCC

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) :
– fichier des cotisations N par entreprise avec les informations suivantes (identifiant anonymisé par entreprise/collège/risque/date comptable/trimestre et exercice de survenance/montant des cotisations) ;
– 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 :
– 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 survenance du décès ;
–– date de survenance 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 ;
– fichier des provisions rentes éducation :
–– identifiant de l'assuré (anonymisé) ;
–– catégorie de personnel ;
–– identifiant du bénéficiaire (anonymisé) ;
–– date de survenance du décès ;
–– date de survenance 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
– fichier des provisions arrêts de travail :
–– identifiant de l'assuré (anonymisé) ;
–– catégorie de personnel ;
–– date de naissance de l'assuré ;
–– date de survenance 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 3 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 4e 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 4e 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 liées ;
– 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 :

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20200042_0000_0019.pdf&isForGlobalBocc=false

Répartition des capitaux par situation de famille

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20200042_0000_0019.pdf&isForGlobalBocc=false

Répartition des frais d'obsèques par type assuré/conjoint/enfant :

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20200042_0000_0019.pdf&isForGlobalBocc=false

Incapacité – invalidité
Répartition des arrêts/montant payé par durée moyenne d'arrêt

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20200042_0000_0019.pdf&isForGlobalBocc=false

Pour les arrêts non-cadres de moins de 3 mois :
– triangle des nombres 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.

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20200042_0000_0019.pdf&isForGlobalBocc=false

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

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20200042_0000_0019.pdf&isForGlobalBocc=false

Triangle des nombres de dossiers et montants réglés par mois – année comptable et mois année de règlement.

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20200042_0000_0019.pdf&isForGlobalBocc=false

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

Article

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 3 mois qui suivent la signature de la présente convention, les comptes de suivi des engagements passés (sinistres prévoyance et santé de survenance antérieurs au 1er 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 1er janvier 2018 ou décès suite à un arrêt de travail de survenances antérieures au 1er 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 1er 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 antérieure au 1er 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 six sous-comptes de suivi des engagements passés avec pour chacun de ces six sous-comptes les éléments suivants :

Au crédit :
– provisions techniques constituées au 31/12/ 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 31/12/ N − 1 ;
– intérêts techniques tel que définis à l'article 5 ;
– prélèvement sur réserves pour financer les changements réglementaires éventuelles à compter du 1er 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.

Au débit :
– provisions techniques à constituer au 31/12/ 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 31/12/ 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 31/12/ 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 1er janvier 2018 est négative, 100 % du solde débiteur cumulé net des

dotations/ reprises effectuées depuis le 1er 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 1er janvier 2018 est affecté à la réserve 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 1er janvier 2018 est négative, 100 % du solde débiteur cumulé net des dotations/ reprises effectuées depuis le 1er 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 1er 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 :

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ pdf/ bocc ? id = boc _ 20200042 _ 0000 _ 0019. pdf & isForGlobalBocc = false

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/ mali.

L'année 1 reprend le boni de 31 M € constaté en 2018.

Exemple : alternance de gains et de perte avec boni cumulé à terme

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ pdf/ bocc ? id = boc _ 20200042 _ 0000 _ 0019.

pdf & isForGlobalBocc = false

Annexe 4 Règlement de médiation de la CEFAREA ARIAS France en vigueur au 31 décembre 2019

Article

Règlement de médiation

1. Préambule

1.1. 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.

Lorsque 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 comédiation 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 des 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 lesquelles 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

Article

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

Article

Les modalités de calcul précisées à l'annexe 6 sont à appliquer :

– pour toutes les prestations incapacités payées à compter du 1er janvier 2023 quelle que soit la date de survenance ;
– pour toutes les prestations invalidités liquidées à compter du 1er janvier 2023 quelle que soit la date de survenance et pour les changements de catégorie d'invalidité traitées à compter du 1er janvier 2023 quelle que soit la date de survenance.

Pour les prestations invalidité en cours de service au 31 décembre 2022, l'organisme assureur qui n'appliquait pas les dispositions de l'annexe 6 fera le nécessaire pour appliquer les modalités de calcul de l'annexe 6 au plus tard au 1er juillet 2023.

Un chiffrage de l'impact de la mise en œuvre des règles précisées à l'annexe 6 sur les prestations invalidité en cours de service au 31 décembre 2022 doit être présenté à la CSTP en ventilant l'impact par régime (cadres/ non cadres), par risque (incapacité/ invalidité) et par année de survenance (point à faire à la CSTP de juin 2025).

Concernant l'invalidité, la régularisation des prestations payées au titre des période antérieures au 1er juillet 2023 sera faite sur demande des assurés concernés.

Concernant l'incapacité, la régularisation des prestations payées avant le 1er juillet 2023 sera faite par l'organisme assureur sur demande des assurés concernés.

Avenant à l'accord du 6 juillet 2020 (mesures d'urgence « Covid-19 » prévoyance et santé)

Date du texte : 2021-01-13 **Version KALI retenue :** 2021-01-10 **État KALI :** VIGUEUR_NON_ETEN

Article

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire ;

Vu le décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 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 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 à l'utilisation des réserves des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé constituées antérieurement au 1er janvier 2018, modifié par avenant du 6 juillet 2020 ;

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 ;

Vu l'accord collectif national du 6 juillet 2020 étendu 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, modifié par avenant du 15 décembre 2020.

Préambule

Article

Soucieuses d'adapter les dispositions de 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 à celles du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé, les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1er — Dispositions préliminaires

Ledécret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 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 » est ajouté à la liste des visas de l'accord collectif national étendu du 6 juillet 2020 susvisé, dans sa rédaction issue de l'avenant du 15 décembre 2020.

Article 2 — Indemnisation des jours de carence

La seconde phrase du 3e alinéa du préambule ainsi que le 4e alinéa de l'article 2.1 « Indemnisation des jours de carence » de l'accord collectif national étendu du 6 juillet 2020 susvisé, dans sa rédaction issue de l'avenant du 15 décembre 2020, sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 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 1er 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 4e alinéa de l'article 1er de ce même décret d'une part, ainsi qu'aux arrêts de travail visés aux 5e et 6e alinéas de l'article 1er de ce même décret (arrêts “ symptômes Covid ” et arrêts “ positif Covid ”) intervenus à compter du 10 janvier 2021 d'autre part ; »

Article 3 — Indemnisation des arrêts de travail non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident

L'accord collectif national étendu du 6 juillet 2020 susvisé, dans sa rédaction issue de l'avenant du 15 décembre 2020, est ainsi modifié :

– le 4e alinéa du préambule est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« – à compter du 1er juin 2020 et jusqu'à la date fixée au 1er 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 4e alinéa de l'article 1er de ce même décret d'une part, ainsi que pour les arrêts de travail visés au 5e alinéa de l'article 1er de ce même décret (arrêts “ symptômes Covid ”) intervenus à compter du 10

janvier 2021 d'autre part. » ;

– au 1er alinéa de l'article 2.2 « Indemnisation des arrêts de travail non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident » les mots « les arrêts de travail visés par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 susvisé » sont remplacés par les mots « 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 » ;

– le 2e alinéa de l'article 2.2 « Indemnisation des arrêts de travail non justifiés par une incapacité due à la maladie ou l'accident » est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 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 4e alinéa de l'article 1er du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 susvisé d'une part, ainsi que les arrêts de travail visés au 5e alinéa de l'article 1er 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 1er alinéa du II de l'article 12 dudit décret. »

Article 4 — Dispositions finales

Le présent avenant prend effet à compter du 10 janvier 2021.

Conclu pour une durée déterminée, il cessera de produire effet à la même date que l'accord qu'il révise.

Le présent avenant 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 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 50 salariés, les dispositions du présent avenant 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 avenant.

Révision de la convention collective

Date du texte : 2021-04-06 **Version KALI retenue :** 2021-07-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Vu l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 relatif à la réduction du temps de travail dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, notamment son article 4,

Préambule

Article

Dans le cadre des travaux d'actualisation des dispositions de la convention collective nationale susvisée au regard du code du travail, les parties signataires sont convenues de traiter des thèmes suivants :
– droit syndical et liberté d'opinion (art. 5 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée) ;
– comité social et économique (art. 6 des dispositions générales et article 2 des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée) ;
– services de garde et d'urgence en officine (art. 7 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée et article 4 de l'accord collectif national étendu du 23 mars 2000 susvisé) ;
– durée du travail (art. 13 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée) ;
– absence pour maladie ou accident (art. 16 des dispositions générales et article 2 des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée) ;
– congé pour enfant malade ou pour enfant handicapé (art. 16 bis des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée) ;
– maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption (art. 17 des dispositions générales article 3 des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée) ;
– congés pour événements familiaux et journée défense et citoyenneté (art. 26 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée) ;
– santé et sécurité au travail (art. 27 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée) ;
– formation professionnelle (art. 28 des dispositions générales et article 10 des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée).

Article 1er

L'article 5 « Droit syndical et liberté d'opinion » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 5
Droit syndical et liberté d'opinion

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 1er de la 2e 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 ès qualités 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 1 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 1 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 1 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 1 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 ès qualités dans les comités de gestion des organismes de retraite et de prévoyance ou de formation, sous réserve d'en prévenir leur employeur 1 semaine au moins avant la date prévue, sauf urgence.

Des autorisations d'absence rémunérées sont accordées, sous réserve d'en prévenir leur employeur 1 semaine au moins avant la date prévue, sauf urgence, aux salariés appelés ès qualités 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 dispositions de l'article L. 3142-3-1 adresse à l'employeur, dans un délai qui ne peut pas être inférieur à 15 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 2

L'article 6 « Délégués du personnel » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 6
Comité social et économique

Conformément aux dispositions du code du travail, un comité social et économique est mis en place dans les officines dont l'effectif est d'au moins 11 salariés. Sa mise en place est obligatoire si l'effectif d'au moins 11 salariés, tel que déterminé selon les modalités fixées par le code du travail, est atteint pendant 12 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 3 ans. »

Article 3

L'article 7 « Comité d'entreprise » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 7
Services de garde et d'urgence en officine

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 4

À l'article 4 « Gardes et urgences » de l'accord collectif national du 23 mars 2000 susvisé, le 4e alinéa du c « Gardes et urgences à volets fermés » est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

Article 5

À l'article 13 « Durée du travail » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, le 7 « Formations hors temps de travail » est supprimé.

Article 6

L'article 16 « Absence pour maladie ou accident » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 16
Absence pour maladie ou accident

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 3 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

Les salariés 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.

Les salariés assimilés-cadres bénéficiant d'un coefficient compris entre le coefficient 330 inclus et le coefficient 400 exclu, quelle que soit leur durée de présence dans les effectifs de l'entreprise, ainsi que les salariés cadres bénéficiant d'un coefficient égal ou supérieur au coefficient 400, 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 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 1 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 1er jour d'absence. Lorsque la durée de présence du salarié dans les effectifs de l'entreprise atteint 1 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 paie, 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 relatives à l'indemnité complémentaire servie par l'employeur aux salariés ayant, entre autres conditions, 1 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 4 mois pour les salariés justifiant de moins de 2 ans d'ancienneté ou de 6 mois pour les salariés justifiant de 2 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 12 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 7

Après l'article 16 « Absence pour maladie ou accident » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée, est ajouté un article 16 bis ainsi rédigé :

« Article 16 bis
Congés pour enfant malade ou pour enfant handicapé

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 3 jours par an. Elle est portée à 5 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 3 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 8

L'article 17 « Maternité, paternité et adoption » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est modifié comme suit :
– l'article est renommé : « Maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption » ;
– le 3. « Congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, congé d'adoption » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3. 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. »

Article 9

L'article 26 « Congés pour événements familiaux et journée défense et citoyenneté » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 26
Congés pour événements familiaux et journée défense et citoyenneté

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

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).
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.
3. Les jours accordés en cas d'adoption sont cumulables avec le congé d'adoption.
4. Les beaux-parents s'entendent comme les parents de l'époux ou de l'épouse du salarié.

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 congé pour événements familiaux mentionnés au 1 du présent article, les salariés ont droit, sur justificatif, à un congé de 8 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 1 journée. Le salarié informe l'employeur de chaque période d'absence au moins 24 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 13 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 10

L'article 27 « Hygiène et sécurité » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 27
Santé et sécurité au travail

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 11

L'article 28 « Apprentissage et formation professionnelle » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 28
Formation professionnelle

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 8 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 12

L'article 2 « Absence pour maladie ou accident » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 2
Absence pour maladie ou accident (Complémentaire de l'article 16 des dispositions générales)

1. Indemnisation et maintien de salaire

Sans préjudice des règles d'indemnisation prévues à l'article 16 des dispositions générales, après 1 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 6 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 1 an en cours d'arrêt de travail, cet arrêt n'ouvre pas droit à maintien de salaire.

Le cadre a droit, par tranche de 3 années dans les effectifs au-delà des 3 premières années, à 1 mois supplémentaire de maintien intégral du salaire net, dans la limite de 6 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 paie, 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 6 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 1 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 13

L'article 3 « Maternité, paternité et adoption » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 3
Maternité, paternité et accueil de l'enfant, adoption (Complémentaire de l'article 17 des dispositions générales)

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 1 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 paie, 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 14

L'article 10 « Formation professionnelle » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée est supprimé.

Article 15

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1er juillet 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 avenant 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 50 salariés, les dispositions du présent avenant 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 avenant.

Fonds « haut degré de solidarité »

Date du texte : 2021-04-06 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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.

Article

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 1er 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 1er 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 50 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

Article

Annexe
Fonds « haut degré de solidarité »

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 1er 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 régimes 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 1er 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 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 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)	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 du décès ;
	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) ;
	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...).
	Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.
	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.
Montant remboursé	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.
	Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

Définitions utiles au titre du pack « Coup dur décès »

Ayant droit	Ayant droit couvert 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	– 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 1er 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 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 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 de début d'hospitalisation d'au moins 4 jours continus ;
	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 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	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 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 1re hospitalisation.

Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	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...).
	Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.
	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
Montant remboursé	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.
	Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

Définitions utiles au titre du pack « Coup dur hospitalisation »

Ayant droit	Ayant droit couvert 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	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 1er janvier 2021

Bénéficiaire	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 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 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.
Condition 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. 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 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 maximum de l'aide = 750 €, versée sur justificatifs des dépenses engagées et 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 après épuisement de son forfait au titre du pack « Coup dur maladie grave », il doit formuler une demande au titre du fonds social.
	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).
	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.
	Dans les cas non prévus ci-avant, le bénéficiaire pourra formuler une demande au titre du fonds social.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	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 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 1re période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le bénéficiaire (employeur ou dernier employeur) ;
	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) ;
	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...).
	Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.
	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.
Montant remboursé	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.
	Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

Définitions utiles au titre du pack « Coups durs maladies graves »

Ayant droit	Ayant droit couvert 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 1re période réglée au titre du HDS par l'entreprise dont dépend le bénéficiaire (employeur ou dernier employeur).
Organisme compétent pour délivrer la prestation	APGIS

Maladie grave pouvant ouvrir droit à l'aide	Maladie non stabilisée figurant dans la liste ci-dessous :
	– 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 dyalisée 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.
	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.
	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.

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) personne(s) concernée(s)	Pack décès	Pack hospitalisation	Pack maladie grave	Plafond
Garde d'enfants	Les enfants du bénéficiaire	x	x	x	22 €/heure
Accompagnement à l'école/activités extrascolaires		x	x	x	22 €/heure
Garde des ascendants	Les ascendants du bénéficiaire	x	x	x	22 €/heure
Aide-ménagère	Le bénéficiaire	–	x	x	22 €/heure
Garde-malade		–	x	x	22 €/heure
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
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 €s/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 €/heure

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 1er janvier 2021.
Bénéficiaire	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 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 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.

Condition 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 d'aide ;
	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 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) ;
	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.
Montant de l'aide	Montant maximum de l'aide = 750 € par personne aidée. Cette aide est versée dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS ;
	– soit sur justificatifs des dépenses engagées ;
	– soit sous la forme d'une allocation forfaitaire journalière de 20 € 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.
	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 € par personne aidée.
	Le plafond de 750 € s'applique par binôme « aidant/aidé ».
	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.

Action pouvant donner lieu à intervention du HDS (conditions cumulatives)	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 ;
	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 ;
	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) ;
	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...).
	Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation.
	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.
Montant versé	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.
	Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

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	Enfant handicapé ou proche en situation de perte d'autonomie et qui relève des droits :
	– 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.
Ayant 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 à la date de début de la 1re 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.	22 €/heure
Accompagnement à l'école/activités extrascolaires		22 €/heure
Aide-ménagère	Concerne l'aidé afin d'alléger la charge de travail de l'aidant.	22 €/heure
Garde des ascendants		22 €/heure
Garde-malade		22 €/heure
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 €/heure

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 1er janvier 2021

Bénéficiaire	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 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 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.
Condition 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 2 ci-dessus sont remplies ainsi que les justificatifs des dépenses engagées.
Prestation 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 autotests 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 € 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 € pour le bilan et 40 €s par séance.

Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	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 »

Ayant droit	Ayant droit couvert 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	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 ».
	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.
	Les décisions d'attribution des aides du fonds social ne sont susceptibles d'aucun recours.

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 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 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 de la demande d'aide ;
	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 ;
	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.
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)	a) Dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ;
	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 :
	– 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... ;
	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.

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.
Condition 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 paye 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.

Frais d'équipement

Date du texte : 2021-11-16 **Version KALI retenue :** 2022-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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 1er 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 50 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.

Formation professionnelle

Date du texte : 2022-10-17 **Version KALI retenue :** 2022-11-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail, notamment son article L. 6325-14 ;

Vu l'accord-cadre multiprofessionnel étendu 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 ;

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 21 ;

Vu l'accord collectif national étendu du 19 septembre 2007 modifié relatif aux certificats de qualification professionnelle dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine ;

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

Préambule

Article

Considérant d'une part, que l'article 21 « Formations éligibles en priorité au contrat de professionnalisation » de l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 susvisé fait de la préparation du diplôme de préparateur en pharmacie et des certificats de qualification professionnelle établis par la CPNEFP de la pharmacie d'officine, des formations éligibles en priorité au contrat de professionnalisation ;

Considérant d'autre part, que l'article L. 6325-14 du code du travail permet, par accord de branche, de porter au-delà de 25 % de la durée totale du contrat la durée des actions de professionnalisation pour certaines catégories de bénéficiaires, notamment pour ceux mentionnés à l'article L. 6325-1-1 ou pour ceux qui visent des formations diplômantes ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

À l'article 21 « Formations éligibles en priorité au contrat de professionnalisation » de l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 susvisé, est ajouté, après le premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

Article 2

I. À l'article 16.1 « Maître d'apprentissage » de l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 susvisé, le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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. »

II. Au premier alinéa de l'article 17 « Effectifs salariés en formation en alternance » de l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 susvisé, les termes « un nombre N de salariés préparant le brevet professionnel de préparateur en pharmacie » sont remplacés par les termes « 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 ».

III. L'article 18 « Préparation du brevet professionnel de préparateur en pharmacie » de l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 susvisé est modifié comme suit :
– l'intitulé est complété par les termes « ou du diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie » ;
– au premier alinéa, les termes « conduisant au brevet professionnel de préparateur en pharmacie. » sont remplacés par les termes « conduisant au brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou au diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie. » et les termes « Ce diplôme peut également se préparer » sont remplacés par les termes « Ces diplômes peuvent également se préparer » ;
– au deuxième alinéa, les termes « la préparation du brevet professionnel de préparateur en

pharmacie » sont remplacés par les termes « la préparation du brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou du diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie » ;
– au septième alinéa, les termes « préparant au brevet professionnel de préparateur en pharmacie » sont remplacés par les termes « préparant au brevet professionnel de pharmacie ou au diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie » ;
– le neuvième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé : « 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. » ;
– à l'avant-dernier alinéa, les termes « préparant le brevet professionnel de préparateur en pharmacie » sont remplacés par les termes « préparant le brevet professionnel de préparateur en pharmacie ou le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie ».

IV. Au premier alinéa de l'article 21 « Formations éligibles en priorité au contrat de professionnalisation » de l'accord collectif national étendu du 7 mars 2016 susvisé, les termes « ayant pour objet la préparation du brevet professionnel de préparateur en pharmacie » sont remplacés par les termes « 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 ».

Article 3

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 1er novembre 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 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.

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 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 avenant.

Montant des frais d'équipement 2023

Date du texte : 2023-07-03 **Version KALI retenue :** 2023-07-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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,

il a été convenu ce qui suit :

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 effet le 1er 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.

Reconversion ou promotion par alternance

Date du texte : 2023-07-03 **Version KALI retenue :** 2024-10-08 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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

Article

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. (1)

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. (2)

(1) Alinéa étendu sous réserve des dispositions de l'article 18 de l'accord collectif étendu du 7 mars 2016 qui prévoient que l'action de professionnalisation peut être allongée jusqu'à 24 mois pour le brevet professionnel préparateur en pharmacie et le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/ technicien en pharmacie.
(Arrêté du 24 septembre 2024 - art. 1)

(2) Alinéa étendu sous réserve des dispositions de l'article 21 de l'accord collectif national du 7 mars 2016 qui prévoient que 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 à 35 % pour le brevet professionnel de préparateur en pharmacie et le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie.
(Arrêté du 24 septembre 2024 - art. 1)

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

Article

Annexe

Au 31 décembre 2021 *(1)* , 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.

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 salariés *(2)* dont 65 000 réparateurs 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...).

L'officine représente le débouché prédominant des préparateurs en pharmacie. La branche emploie près de 90 % des préparateurs en activité en France *(3)* , 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.

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'OMPL *(4)* .

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'officine *(5)* .

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'adresse *(6)* .

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.

(1) Démographie des pharmaciens, panorama au 1er janvier 2022 (Ordre national des pharmaciens).
(2) Environ 130 000 salariés en 2020 (source DARES).
(3) OMPL 2018 et 2020 (baromètres salariés, de l'état des lieux à la prospective).
(4) « Baromètre salariés, de l'état des lieux à la prospective », observatoire des métiers des professions libérales (OMPL), éditions 2018-2021.
(5) À noter qu'en région Auvergne-Rhône-Alpes, 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.
(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.

Prévoyance et frais de soins de santé

Date du texte : 2023-07-03 **Version KALI retenue :** 2023-07-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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 et ses annexes, notamment son annexe IV « Régimes de prévoyance et régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » modifiée en dernier lieu par avenant du 5 décembre 2022.

Préambule

Article

Afin d'adapter les dispositions de l'annexe IV de la convention collective susvisée, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

À l'annexe IV « Régimes de prévoyance et régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » de la convention collective susvisée, en cela comprises les annexes IV. 1, V. 2 et IV. 3, les termes « non cadre » et « non cadres » sont respectivement remplacés par les termes « non-cadre » et « non-cadres », y compris dans les titres et tableaux.

Article 2

L'annexe IV. 1 « Régime de prévoyance et régime de frais de soins de santé du personnel non-cadre de la pharmacie d'officine » est modifiée comme suit :

I. L'article 6 « Invalidité » est ainsi modifié :
– au premier alinéa du A « Définition » les termes « lorsque l'assuré perçoit de la sécurité sociale : » sont remplacés par les termes « lorsque l'assuré ouvre droit, de la part de la sécurité sociale, à : » ;
– le C « Durée du paiement » est modifié comme suit :
– il est renommé « C. Durée de paiement » ;
– au quatrième alinéa, les termes « ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail de la sécurité sociale ; » sont remplacés par les termes « ou n'ouvre plus droit, de la part de la

sécurité sociale, à une rente d'accident du travail ; ».

II. Le C « Durée du paiement » de l'article 8 « Garantie maternité, paternité, adoption, deuil d'un enfant » est renommé « C. Durée de paiement ».

III. L'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » est ainsi modifié :
– au c du 1.1 du 1 le «. » situé à la fin de la phrase est remplacé par un « ; » ;
– au d du 1.1 du 1 le mot « Les » est remplacé par le mot « les ».

IV. Au C. 4 « Anciens assurés, et salariés dont le contrat de travail est suspendu, bénéficiaires d'un maintien de garanties » du C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » le second alinéa du paragraphe f. 2 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
« 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. »

Article 3

L'annexe IV. 2 « Régime de prévoyance et régime de frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » est modifiée comme suit :

I. Au D « Adhérents facultatifs » du III « Frais de soins de santé (prestations en nature) » un « : » est ajouté à la fin du cinquième alinéa.

II. Les huitième et neuvième alinéas du B « Invalidité permanente » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :
« – 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 ; »

III. Au C « Cotisations » du VII « 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 » le second alinéa du paragraphe b est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
« 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 +. »

Article 4

L'annexe IV. 3 « Tableaux des garanties des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » est modifiée comme suit :

– dans son intitulé, les mots « Régimes frais de soins de santé » sont remplacés par les mots « Régimes de frais de soins de santé » ;
– aux deux tableaux *(1)* figurant respectivement au II « Tableau des garanties hors Alsace-Moselle » et au III « Tableau des garanties Alsace-Moselle » la ligne :

Médicaments remboursés par le RO	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS

est remplacée par la ligne :

Médicaments, et actions d'accompagnement des patients, remboursés par le RO	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS

– aux deux tableaux *(1)* figurant respectivement au II « Tableau des garanties hors Alsace-Moselle » et au III « Tableau des garanties Alsace-Moselle » les trois derniers alinéas de la note de bas de tableau numérotée *(1)* sont supprimés ;
– au quatrième alinéa de la ligne « Natalité » du tableau *(1)* figurant au III « Tableau des garanties Alsace-Moselle » les mots « Ce forfait est versée » sont remplacés par les mots « Ce forfait est versé ».

(1) Cf. Tableaux consolidés en annexe.

Article 5

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prend effet le 1er 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 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 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 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 avenant.

Annexe

Article

Annexe
Tableaux consolidés au II « Tableau des garanties hors Alsace-Moselle » et au III « Tableau des garanties Alsace-Moselle »

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20230030_0000_0025.pdf/BOCC

Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Date du texte : 2023-01-16 **Version KALI retenue :** 2023-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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

Article

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.

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 1er 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 1er 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

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 1er 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 non-cadre (RPO)		
	Employeur	**Salarié**
Hors Alsace-Moselle	0,039 % du traitement de base + 0,47 euros [1]	0,023 % du traitement de base + 0,47 euros [1]
Alsace-Moselle	0,038 % du traitement de base + 0,35 euros [1]	0,023 % du traitement de base + 0,35 euros [1]
[1] Au 1er janvier 2027, les cotisations forfaitaires mensuelles employeur et salarié sont fixées à 0,53 € hors Alsace-Moselle et à 0,41 € en Alsace-Moselle ; Au 1er janvier 2028, les cotisations forfaitaires mensuelles employeur et salarié sont fixées à 0,59 € hors Alsace-Moselle et à 0,47 € en Alsace-Moselle ; Au 1er janvier 2029, les cotisations forfaitaires mensuelles employeur et salarié sont fixées à 0,65 € hors Alsace-Moselle et à 0,53 € en Alsace-Moselle.		

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 + 0,47 euros [1]	0,006 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,47 euros [1]
Alsace-Moselle	0,037 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,35 euros [1]	0,003 % du salaire total dans la limite de TA + TB + 0,35 euros [1]

[1] Au 1er janvier 2027, les cotisations forfaitaires mensuelles employeur et salarié sont fixées à 0,53 € hors Alsace-Moselle et à 0,41 € en Alsace-Moselle ;
Au 1er janvier 2028, les cotisations forfaitaires mensuelles employeur et salarié sont fixées à 0,59 € hors Alsace-Moselle et à 0,47 € en Alsace-Moselle ;
Au 1er janvier 2029, les cotisations forfaitaires mensuelles employeur et salarié sont fixées à 0,65 € hors Alsace-Moselle et à 0,53 € en Alsace-Moselle.

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 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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

Article — Annexe

Fonds haut degré de solidarité de la pharmacie d'officine

Règlement au 1er janvier 2026

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 1er « 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 1er janvier 2026, 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 régimes 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 et des anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu, 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 ;
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 1er janvier 2026.

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 de frais de soins de santé ; – les anciens salariés concernés sont ceux : –– dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; –– dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er 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 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 ; ––– 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 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.
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. 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 décès » ; 5. Le bénéficiaire doit faire la demande d'aide au titre du pack « Coup dur décès » dans les 6 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)	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 du décès ; 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) ; 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...) Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation. 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.
Montant remboursé	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. Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

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 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	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 1er janvier 2026
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 de frais de soins de santé ; – les anciens salariés concernés sont ceux : –– dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; –– dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er 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 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	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 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 1re hospitalisation.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	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...) Les justificatifs doivent être transmis à l'APGIS dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation. 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.
Montant remboursé	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. Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

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 1er janvier 2026.
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 1er janvier 2018 ; –– dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er 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 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 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	Maladie non stabilisée figurant dans la liste ci-dessous : – 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 dyalisée 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. 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. 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.

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 extra-scolaires		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	
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 1er janvier 2026.

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 1er janvier 2018 ; –– dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er 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, 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 ; 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 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. À épuisement de l'enveloppe attribuée au titre d'un premier pack, le pack « Aidant » peut être renouvelé une fois pour la même personne aidée à compter de l'année civile suivante, sous réserve que les conditions pour en bénéficier soient toujours remplies. Le pack « Aidant » ne peut pas être renouvelé plus d'une fois pour une même personne aidée. Au-delà d'un renouvellement, le demandeur peut faire une demande d'aide au titre du fonds social. 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.
Montant de l'aide	Montant maximum de l'aide = 750 € par personne aidée. Cette aide est versée dans la limite des ressources disponibles dans le fonds HDS : – soit sur justificatifs des dépenses engagées ; – soit sous la forme d'une allocation forfaitaire journalière de 21 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. 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. Le plafond de de l'aide s'applique par binôme « aidant/aidé ».

Actions pouvant donner lieu à intervention du HDS (conditions cumulatives)	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 ; 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 ; 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) ; 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...) Les justificatifs doivent être transmis dans un délai maximum de 1 an après la date de réalisation de la prestation. 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.
Montant versé	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. Une même dépense ne peut pas être remboursée plusieurs fois.

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	Enfant handicapé ou proche en situation de perte d'autonomie et qui relève des droits : – 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 1re 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
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 1er janvier 2026.
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 1er janvier 2018 ; –– dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er 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 de la demande de remboursement ; 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 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 100 €/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 remboursées par la sécurité sociale sur prescription médicale, dans la limite de 200 €/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 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.
	Ergothérapie : forfait de 500 euros par année civile et par bénéficiaire pour la prise en charge d'un bilan et de séances d'ergothérapie, sur prescription médicale, dans la limite de 90 euros pour le bilan et de 40 euros par séance.
Dépenses remboursables (conditions cumulatives)	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 frais de soins de santé défini à l'annexe V.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 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	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 ». 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. Les décisions d'attribution des aides du fonds social ne sont susceptibles d'aucun recours.
Période de validité	À compter du 1er janvier 2026.
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 frais de santé ; – les anciens salariés concernés sont ceux : –– dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; –– dont le contrat de travail a été rompus depuis le 1er 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 de la demande d'aide ; 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 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.
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)	a) Dépenses exposées par le bénéficiaire et non remboursées par ailleurs ; 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 : – 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... ; 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.
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 2025/2026.
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 soins 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 à l'APGIS ; 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 paye 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	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 et des anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu, 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 et des anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu, 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 1er janvier 2026.
Bénéficiaires	Les bénéficiaires sont les anciens salariés retraités et les anciens salariés en invalidité ou en incapacité de travail dont le contrat de travail est rompu, ainsi que leur conjoint : – dont le contrat de travail a été rompu avant le 1er janvier 2018 ; – dont le contrat de travail a été rompu depuis le 1er 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 : 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 2025 pour le bénéfice de l'aide 2026) ; 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) (sauf familles monoparentales).
Conditions d'éligibilité (conditions cumulatives)	1. Le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ; 2. Il 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 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 2026 versée au titre des cotisations 2025, le bénéficiaire doit adresser sa demande au plus tard le 31 août 2026. Les nouveaux retraités qui adhérent au régime des anciens salariés en 2026 pourront faire une demande d'aide jusqu'au 31 août 2027 au titre des cotisations 2026).
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.

<table>
<tr><td>Montant du remboursement</td><td colspan="4">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.<table><tr><td></td><td colspan="3">Abondement mensuel (en euros)</td></tr><tr><td></td><td>T1</td><td>T2</td><td>T3</td></tr><tr><td>Hors Alsace-Moselle</td><td>16,00</td><td>8,00</td><td>0,00</td></tr><tr><td>Alsace-Moselle</td><td>11,00</td><td>5,50</td><td>0,00</td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">Les tranches sont définies comme suit :
– plafond de la T1 = seuil du taux réduit de CSG-CRDS ;
– plafond T2 = plafond du taux médian de CSG/CRDS ;
– T3 = revenu fiscal de référence supérieur au plafond T2.
Pour les familles monoparentales, l'abondement est celui de la T1 quel que soit le revenu fiscal de référence. Le bénéficiaire concerné doit fournir la preuve du règlement de l'allocation de soutien familial par la caisse d'allocations familiales.</td></tr>
<tr><td>Date de la demande d'aide</td><td colspan="4">Date d'envoi de la demande d'intervention (date du courriel ou date du cachet de la poste).</td></tr>
<tr><td>Organisme compétent pour procéder au remboursement</td><td colspan="4">APGIS.</td></tr>
</table>

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 1er janvier 2026.
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)	1. Le demandeur doit avoir la qualité de bénéficiaire (au sens de la définition ci-dessus) ; 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 ; 3. Le bénéficiaire doit justifier du paiement des cotisations permettant le maintien des couvertures pour congé parental d'éducation ; 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 2026 versée au titre des cotisations 2025, le bénéficiaire doit adresser sa demande au plus tard le 31 août 2026).
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.

Catégories de bénéficiaires des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés

Date du texte : 2024-10-18 **Version KALI retenue :** 2025-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective ;

Vu l'accord national interprofessionnel étendu du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ;

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

Préambule

Article

Désireuses d'une part, de maintenir le périmètre actuel des catégories de salariés bénéficiaires des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine, notamment celle des salariés susceptibles de bénéficier, par intégration, des régimes des salariés cadres et assimilés ;

Soucieuses d'autre part, de conserver le bénéfice des exonérations sociales et fiscales attachées aux contributions patronales destinées au financement des prestations de prévoyance complémentaire ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1er

L'article 1er « Bénéficiaires » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 1er

Bénéficiaires

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°, 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

L'article 8 « Prévoyance » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 8
Prévoyance et frais de soins de santé (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 1er 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 3

Les deux premiers alinéas du 2 « Indemnisation et maintien de salaire » de l'article 16 « Absence pour maladie ou accident » des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« 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 1er 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. »

Article 4

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 1er janvier 2025 sous réserve de son agrément par la commission paritaire mentionnée à l'article 3 de l'accord national interprofessionnel étendu du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

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 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 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.

Suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé (et avenant n° 3 du 16 décembre 2024 en annexe)

Date du texte : 2025-03-10 **Version KALI retenue :** 2025-03-01 **État KALI :** VIGUEUR_NON_ETEN

Article

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 de prévoyance et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » ;

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 1er janvier 2018, modifié en dernier lieu par avenant du 17 octobre 2022 ;

Vu la convention du 10 avril 2020 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, notamment son avenant n° 3 du 16 décembre 2024.

Préambule

Avec pour objectif de réviser l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé pour lui annexer l'avenant n° 3 du 16 décembre 2024 à la convention du 10 avril 2020 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, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

L'avenant n° 3 du 16 décembre 2024 à la convention du 10 avril 2020 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, annexé au présent avenant, est annexé à l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé.

Article 2

À l'article 4 « Dispositions finales » de l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé, la liste des annexes audit accord est complétée par un alinéa ainsi rédigé :

« – avenant n° 3 du 16 décembre 2024 ; »

Article 3

Le présent avenant prend effet à compter du 1er mars 2025 et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national du 10 avril 2020 qu'il révise.

Il sera déposé 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.

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.

Annexe : Avenant n° 3 du 16 décembre 2024 à la convention du 10 avril 2020 de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves

Article

Avenant n° 3 du 16 décembre 2024 à la convention du 10 avril 2020 de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves

Préambule

Afin de mettre en place, quel que soit l'assureur, un suivi technique harmonisé des régimes de prévoyance et de santé institués au titre des dispositions des annexes IV.1, IV.2 et IV 3 de la CCN de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, les parties ont signé, le 10 avril 2020, une convention visant à permettre aux partenaires sociaux :
– 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 ; et
– de gérer l'utilisation des réserves issues de l'ex-désignation.

Par la suite, les parties ont décidé, d'un commun accord, de préciser et/ou de modifier certaines dispositions prévues par ladite convention. C'est dans ce cadre qu'ont été conclus :
– l'avenant n° 1 du 4 juillet 2022 à effet du 1er janvier 2018 ; et

– l'avenant n° 2 du 4 juillet 2022 à effet du 1er janvier 2020.

Sur le même fondement, les parties conviennent, par la présente, de signer un nouvel avenant dont l'objet est de :
– préciser les modalités de financement de l'engagement de revalorisation des sinistres antérieurs au 1er janvier 2018 ;
– préciser les modalités de calcul et d'affectation des produits financiers sur les prélèvements sur réserves entre le 31/12 de l'exercice au titre desquels les prélèvements sont dus et le 1er jour du mois qui précède le versement effectif des prélèvements ;
– préciser les modalités de calcul des prestations incapacité et invalidité ;
– préciser les modalités d'application, à compter du 1er janvier 2023, du prélèvement pour écart de risque prévu au c de l'article 3.3.1 de la convention de suivi ;
– prévoir le prélèvement destiné au financement de l'abondement pour les anciens salariés partis en retraite avant le 1er janvier 2018.

Article 1er — Objet de l'avenant n° 3

Le présent avenant vise à préciser :

– en premier lieu, les modalités de financement de l'engagement de revalorisation des sinistres antérieurs au 1er janvier 2018.
En application des dispositions des annexes IV.1 et IV.2 de la CCN de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, chaque année la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine (CPPNI) se prononce sur la revalorisation des prestations en cours de service et, s'agissant de la garantie décès, sur le traitement de base.
– les parties ont convenu que le coût de la revalorisation des sinistres de survenance antérieure au 1er janvier 2018 qui étaient assurés par KLESIA Prévoyance dans le cadre de l'ancienne désignation peut être financé par les réserves dans la limite de leur montant.
À cette fin, l'article 3.3 de la convention de suivi des réserves est modifié ;

– en second lieu, les modalités de calcul et d'affectation des produits financiers sur les prélèvements sur réserves entre le 31/12 de l'exercice au titre desquels les prélèvements sont dus et le 1er jour du mois qui précède le versement effectif des prélèvements.
Les parties ont convenu de préciser que les prélèvements sur réserves sont débités des comptes de suivi des réserves au 31/12 de l'année au titre de laquelle ils sont dus, quelle que soit la date à laquelle ils sont payés. En contrepartie, ils donnent lieu au paiement de produits financiers entre le 01/01 de l'année suivant celle au titre de laquelle ils sont dus et le 1er jour du mois précédent le paiement.
À cette fin, l'article 3.5 de la convention de suivi des réserves est modifié ;

– en troisième lieu, les modalités de calcul des prestations incapacité et invalidité pour le personnel cadre et non cadre, et notamment les modalités d'application de la limitation au net.
À cette fin, il est créé une annexe 6 ;

– en quatrième lieu, préciser les modalités d'application, à compter du 1er janvier 2023, du prélèvement pour écart de risque prévu au c. de l'article 3.3.1 de la convention de suivi ;

– en cinquième lieu, instaurer la mise en place d'un prélèvement destiné au financement de

l'abondement HDS à destination des anciens salariés partis en retraite avant le 1er janvier 2018 qui ne bénéficient pas du HDS de la branche des officines.

Article 2 — Modification des articles 3.3 et 3.4 et de l'annexe 3 « Revalorisation »

2.1. Modification de l'article 3.3.1

Le 5e alinéa de l'article 3.3.1 est complété comme suit à effet du 1er juillet 2022 :
« f) 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 1er 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. »

2.2. Création de l'article 3.3.5

L'article 3 est complété d'un article 3.3.5 ainsi rédigé à effet au 1er juillet 2022 :

« 3.3.5. Financement des revalorisations postérieures au 31 décembre 2017 pour des sinistres antérieurs au 1er 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 au 30 juin de l'exercice découlant de sinistres dont la date de survenance est antérieure au 1er 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.
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 1er 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 1er 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 1er janvier 2022 pour les prestations en cours de services au 30 janvier 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 1er janvier 2018 rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à KLESIA à la date d'effet de la revalorisation de l'année N (en principe 01/7/ N) ;
– des provisions mathématiques au 31/12/ N correspondant aux prestations de revalorisation N pour les sinistres de survenance antérieure au 1er janvier 2018 rattachés à des officines qui ne sont plus adhérentes à KLESIA à la date d'effet de la revalorisation de l'année N (en principe 01/7/ N) ; Ce montant est calculé avec les tables et taux réglementaires en vigueur au 31/12/ 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 31/12/ N.
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 comptes des engagements passés. Le prélèvement sur réserves est mis au crédit du compte des engagements passés. »

2.3. Modification de l'article 3.4

Le dernier alinéa de l'article 3.4 est remplacé par l'alinéa ci-après à effet du 1er juillet 2022 :
« – 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 2017 pour des sinistres antérieurs au 1er janvier 2018). »

2.4. Modification de l'annexe 3

La liste des postes au crédit du compte des engagements passé est remplacée comme suit à effet du 1er juillet 2022 :
« Au crédit :
– provisions techniques constituées au 31/12/ 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 31/12/ N − 1 ;
– intérêts techniques tel que définis à l'article 5 ;
– prélèvement sur réserves pour financer les changements réglementaires éventuelles à compter du 1er 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. »

Article 3 — Modification de l'article 3.5

3.1. Modification de l'article 3.5.1

Les parties conviennent que :
– les prélèvements sont débités des comptes de suivi des réserves au 31/12 de l'année au titre de laquelle ils sont dus, quelle que soit la date à laquelle ils sont payés ;
– en contrepartie, ils donnent lieu au paiement de produits financiers entre le 01/01 de l'année suivant celle au titre de laquelle ils sont dus et le 1er jour du mois précédent le paiement.
En conséquence, l'article 3.5.1 est complété comme suit à effet du 1er janvier 2018 :
« Pour le calcul des produits financiers sur réserves, le montant des Réserves au 01/01 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 01/01 de l'exercice. En contrepartie, les prélèvements donnent lieu au versement de produits financiers comme indiqué au 3.5.4. »

3.2. Création de l'article 3.5.4

L'article 3.5 est complété d'un article 3.5.4 ainsi rédigé à effet du 1er janvier 2018 :

« 3.5.4. Produits financiers sur prélèvements

Lorsque les prélèvements sont payés après le 31/12 de l'exercice au titre duquel ils sont dus, ils donnent lieu au paiement de produits financiers entre le 01/01 de l'année suivant celle au titre de laquelle ils sont dus et le 1er jour du mois précédent le paiement effectif du prélèvement *(1)*
.
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 payées en même temps que les prélèvements 2021 avec ajustement lorsque le taux de produits financiers 2022 sera connu.

(1) Exemple : les prélèvements au titre de l'exercice 2020 ont été payées en février 2022. Ils donnent donc lieu au paiement de produits financiers entre le 1er janvier 2021 et le 31 janvier 2022. »

Article 4 — Création d'une annexe 6

Il est créé une annexe 6, dénommée « Modalités de calcul des prestations incapacité et invalidité pour le personnel cadre et non cadre », qui a notamment pour objet de préciser les modalités d'application de la limitation au net.

Les modalités de calcul précisées à l'annexe 6 sont à appliquer :
– pour toutes les prestations incapacités payées à compter du 1er janvier 2023 quelle que soit la date de survenance ;
– pour toutes les prestations invalidités liquidées à compter du 1er janvier 2023 quelle que soit la date de survenance et pour les changements de catégorie d'invalidité traitées à compter du 1er janvier 2023 quelle que soit la date de survenance.

Pour les prestations invalidité en cours de service au 31 décembre 2022, l'organisme assureur qui n'appliquait pas les dispositions de l'annexe 6 fera le nécessaire pour appliquer les modalités de calcul de l'annexe 6 au plus tard au 1er juillet 2023.

Un chiffrage de l'impact de la mise en œuvre des règles précisées à l'annexe 6 sur les prestations invalidité en cours de service au 31 décembre 2022 doit être présenté à la CSTP en ventilant l'impact par régime (cadres/ non cadres), par risque (incapacité/ invalidité) et par année de survenance (point à faire à la CSTP de juin 2025).

Concernant l'invalidité, la régularisation des prestations payées au titre des période antérieures au 1er juillet 2023 sera faite sur demande des assurés concernés.

Concernant l'incapacité, la régularisation des prestations payées avant le 1er juillet 2023 sera faite par l'organisme assureur sur demande des assurés concernés.

Article 5 — Prélèvement pour écart de risque

Le c de l'article 3.3.1 de la convention de suivi est modifié ainsi :
« c) 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. »

La rédaction de l'annexe 1. IV est également modifiée ainsi :
« 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 × écart d'âge ;
– 1,8 % des cotisations santé de la population concernée × 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 pourcentage des assurés cadres (non cadres) en portabilité ayant fait l'objet d'au moins un remboursement dans l'exercice concerné et le pourcentage 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 × l'écart de taux des assurés en portabilité de la catégorie de personnel concernée. »

Article 6 — Prélèvement pour financement de l'abondement des anciens salariés non éligibles au HDS

Il est ajouté un article 3.3.6 rédigé ainsi :
« 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. »

Article 7 — Date d'entrée en vigueur

Sauf stipulations contraires, les dispositions du présent avenant n° 3 prennent effet au 1er janvier 2023.

Article 8 — Portée de l'avenant

Le présent avenant n° 3 fait partie intégrante de la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, à laquelle il fait référence. Il ne peut être modifié que dans les conditions prévues par ladite convention.

Comme indiqué en préambule, il est expressément convenu que cet avenant n'a pas vocation à remettre en cause les engagements pris par ailleurs entre les parties au terme du protocole transactionnel du 10 avril 2020.

À l'exception de celles qui sont modifiées, remplacées ou complétées expressément par le

présent avenant n° 3, toutes les stipulations de la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, et de ses avenants précédents, demeurent inchangées et conservent leur plein effet.

Article

Annexe technique

L'annexe ci-après précise les règles et modalités de mise en œuvre de la présente convention et des engagements pris par les Parties. Elle fait partie intégrante de la convention de suivi des réserves. Elle vise à préciser le passage du net au brut (« rebrutalisation » de la prestation) selon le taux de CSG-CRDS applicable au salarié concerné. Des précisions pourront être apportées ultérieurement pour définir les modalités de calcul précises des différentes notions utilisées.

Annexe 6 Modalités de calcul des prestations incapacité et invalidité pour le personnel cadre et non cadre

Article

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 pourcentage 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 pourcentage 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 :

Étape 1. Calcul de l'indemnisation brute du régime avant limitation

Pour les non cadres : M1 = (Sa/365) × Na + (Sb/365) × Nb − IJSS.
Pour les cadres : M1 = (Sa/365) × Na + (Sb/365) × Nb.

Étape 2. Contrôle de la limitation au net

P = (S/365) × (1 − t1) – IJSS × (1 − t2) – R × (− t3).

Étape 3. Détermination du montant de l'indemnisation brute à prendre en compte

Si M1 × (1 − C × t1) <= P alors M2 = M1.
Si M1 × (1 − C × t1) > P alors M2 = P / (1 − C × t1).

Le montant M2 est versé à l'employeur qui indemnise le salaries 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 pourcentage du brut sur la tranche A = Na (90 % à la date de signature de l'avenant).

Niveau de garantie du régime en pourcentage 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 :

Étape 1. Calcul de l'indemnisation brute du régime avant limitation

M1 = (Sa/12) × Na + (Sb/12) × Nb − IPSS.

Étape 2. Contrôle de la limitation au net

P = (S/12) × (1 − t1) − IPSS (1 − t2) − R × (1 − t3).

Étape 3. Détermination du montant de l'indemnisation brute à prendre en compte

Si M1 × (1 − t4) <= P alors M2 = M1.
Si M1 × (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 reverses par l'assureur.

Article — Signataires

Fait à Paris, le 16 décembre 2024.

(Suivent les signatures.)

Listes de métiers ou d'activités particulièrement exposés aux risques ergonomiques (art. L. 4163-2-1 du code du travail)

Date du texte : 2025-04-28 **Version KALI retenue :** 2025-09-26 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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

Article

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

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° 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 :

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° 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
Élèves 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 emballeur	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
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° 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° 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 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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 https://www.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.

Classification des emplois

Date du texte : 2025-04-28 **Version KALI retenue :** 2025-11-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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

Article

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 :

« Annexe I
Classification des emplois de la pharmacie d'officine

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. 1er 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. 2e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 1 année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.

270	Préparateur/ technicien en pharmacie. 3e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 1 année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
280	Préparateur/ technicien en pharmacie. 4e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 2 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
290	Préparateur/ technicien en pharmacie. 5e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 4 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
300	Préparateur/ technicien en pharmacie. 6e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
310	Préparateur/ technicien en pharmacie. 7e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
320	Préparateur/ technicien en pharmacie. 8e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
330	Préparateur/ technicien en pharmacie. 9e échelon. Statut assimilé cadre	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
340	Préparateur/ technicien en pharmacie. 10e échelon. Statut assimilé cadre	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
350	Préparateur/ technicien en pharmacie. 11e 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	Élève préparateur/ technicien en pharmacie	Élève 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	Élève préparateur/ technicien en pharmacie	Élève 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 – Emballeur	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. 1er 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. 2e échelon	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur ayant une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
145	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur. 3e échelon	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur ayant deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
150	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur. 4e échelon	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur ayant deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
135	Employé en pharmacie. 1er 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.
145	Employé en pharmacie. 2e échelon	Employé en pharmacie après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
155	Employé en pharmacie. 3e échelon	Employé en pharmacie après deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
165	Employé en pharmacie. 4e échelon	Employé en pharmacie après deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
150	Employé en pharmacie qualifié. 1er échelon	Employé en pharmacie titulaire du CAP d'employé en pharmacie.
160	Employé en pharmacie qualifié. 2e échelon	Employé en pharmacie qualifié après 3 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
170	Employé en pharmacie qualifié. 3e échelon	Employé en pharmacie qualifié après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
160	Employé en pharmacie très qualifié. 1er échelon	Employé en pharmacie titulaire du CAP d'employé en pharmacie et de sa mention complémentaire.
165	Employé en pharmacie très qualifié. 2e échelon	Employé en pharmacie très qualifié après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.

170	Employé en pharmacie très qualifié. 3e échelon	Employé en pharmacie très qualifié après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
175	Employé en pharmacie très qualifié. 4e 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. 1er 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 [1].
220	Conseiller clientèle. 2e échelon	Conseiller clientèle après 2 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
240	Conseiller clientèle. 3e échelon	Conseiller clientèle après 3 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
260	Conseiller clientèle. 4e échelon	Conseiller clientèle après 4 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
[1] 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. 1er 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. 2e échelon	Employé de spécialité après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
175	Employé de spécialité. 3e 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. 1er 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.
225	Vendeur de spécialité. 2e échelon	Vendeur de spécialité ayant 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Vendeur de spécialité. 3e 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. 1er 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. 2e échelon	Technicien de spécialité après 2 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Technicien de spécialité. 3e échelon	Technicien de spécialité après 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
300	Technicien de spécialité. 4e échelon	Technicien de spécialité après 9 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
330	Technicien de spécialité. 5e 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.

Coefficient	Tableau V. Classification des emplois comptables, administratifs et techniques	
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. 1er échelon	Personnel titulaire d'une certification de niveau 3 (ancien niveau V, par exemple : CAP) dans le domaine de la comptabilité.
170	Aide-comptable. 2e 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.
Emplois administratifs et techniques		
150	Employé administratif. 1er 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. 2e 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 maitrisant 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 1er « 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	1er 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	2e échelon	Pharmacien adjoint après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	520	3e échelon	Pharmacien adjoint après quatre années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	530	4e échelon	Pharmacien adjoint après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	540	5e échelon	Pharmacien adjoint après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	550	6e échelon	Pharmacien adjoint après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
Position II	520	Classe A. 1er 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. 2e échelon	Pharmacien adjoint de position II, classe A, après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	540	Classe A. 3e échelon	Pharmacien adjoint de position II, classe A, après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	550	Classe A. 4e 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 cotitulaires 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 15e 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 ;
– classe B : 600. »

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 du 6 « Avis d'interprétation » de l'article 30 des dispositions générales de la convention collective nationale susvisée.

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 1er 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.

Suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé (annexe avenant n° 4 du 28 avril 2025)

Date du texte : 2025-04-28 **Version KALI retenue :** 2025-05-01 **État KALI :** VIGUEUR_NON_ETEN

Article

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 de prévoyance et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » ;

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 1er janvier 2018, modifié en dernier lieu par avenant du 10 mars 2025 ;

Vu la convention du 10 avril 2020 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, notamment son avenant n° 4 du 28 avril 2025,

Préambule

Article

Avec pour objectif de réviser l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé pour lui annexer l'avenant n° 4 du 28 avril 2025 à la convention du 10 avril 2020 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, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

L'avenant n° 4 du 28 avril 2025 à la convention du 10 avril 2020 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, annexé au présent avenant, est annexé à l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé.

Article 2

À l'article 4 « Dispositions finales » de l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé, la liste des annexes audit accord est complétée par un alinéa ainsi rédigé :
« – avenant n° 4 du 28 avril 2025. »

Article 3

Le présent avenant prend effet à compter du 1er mai 2025 et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national du 10 avril 2020 qu'il révise.

Il sera déposé 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.

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.

Annexe : Avenant n° 4 du 28 avril 2025 relatif à la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves

Article

Préambule

Afin de mettre en place, quel que soit l'assureur, un suivi technique harmonisé des régimes de prévoyance et de santé institués au titre des dispositions des annexes IV. 1, IV. 2 et IV 3 de la CCN de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, les parties ont signé, le 10 avril 2020, une convention visant à permettre aux partenaires sociaux :
– 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 et ;
– de gérer l'utilisation des réserves issues de l'ex-désignation.

Par la suite, les parties ont décidé, d'un commun accord, de préciser et/ ou de modifier certaines dispositions prévues par ladite convention. C'est dans ce cadre qu'ont été conclus :

– l'avenant n° 1 du 4 juillet 2022 à effet du 1er janvier 2018 ; et
– l'avenant n° 2 du 4 juillet 2022 à effet du 1er janvier 2020 ; et
– l'avenant n° 3 du 4 juillet 2022 à effet du 1er janvier 2023.

Sur le même fondement, les parties conviennent, par la présente, de signer un nouvel avenant dont l'objet est de mettre en place un nouveau prélèvement dans les réserves destiné à compenser temporairement la progressivité de la cotisation des anciens salariés retraités adhérents au RPO les 4 premières années de leur adhésion.

Ce prélèvement devra rester ponctuel, l'adhésion des nouveaux retraités devant permettre une baisse de la cotisation d'équilibre.

Article 1er
Objet de l'avenant n° 4

Le présent avenant vise à instaurer la mise en place d'un prélèvement temporaire sur les réserves consistant à prélever sur les réserves une somme équivalente à l'écart entre la cotisation hors taxe du RPO de l'année 5 et les cotisations hors taxe du RPO des années 1 à 4 pour chaque ancien salarié retraité couvert par le régime en 2023 en fonction de l'ancienneté de son adhésion et au prorata de sa durée de présence dans l'année (pas de prélèvement après 4 ans d'adhésion).

À cette fin, l'article 3.3 et l'annexe 2 de la convention de suivi des réserves sont complétées.

Article 2
Prélèvement pour financer le lissage sur 5 ans de la cotisation des retraites

L'article 3.3 de la convention de suivi des réserves est complété d'un article 3.3.7 rédigé ainsi :

« 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.

Le II de l'annexe 2 de la convention de suivi des réserves est complétée des tableaux mentionnés en annexe du présent avenant.

La reconduction du prélèvement visé à l'article 3.3.7 de la convention de suivi sera validée chaque année en CPPNI en fonction du niveau des réserves et de l'écart entre la cotisation moyenne constatée et la cotisation moyenne nécessaire pour équilibrer le compte des retraités, l'objectif étant de converger vers un équilibre cotisation moyenne constatée versus cotisation moyenne appelée grâce notamment à l'adhésion de nouveaux retraités qui devraient permettre une baisse de la cotisation d'équilibre. Les tableaux de l'annexe 2 relatifs aux anciens salariés retraités (dernière partie du II de l'annexe 2) permettent de suivre l'évolution vers cet équilibre.

Article 3
Date d'entrée en vigueur

Sauf stipulations contraires, les dispositions du présent avenant n° 4 prennent effet au 1er janvier 2023.

Article 4
Portée de l'avenant

Le présent avenant n° 4 fait partie intégrante de la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, à laquelle il fait référence. Il ne peut être modifié que dans les conditions prévues par ladite convention.

Comme indiqué en préambule, il est expressément convenu que cet avenant n'a pas vocation à remettre en cause les engagements pris par ailleurs entre les parties au terme du protocole transactionnel du 10 avril 2020.

À l'exception de celles qui sont modifiées, remplacées ou complétées expressément par le présent avenant n° 4, toutes les stipulations de la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, et de ses avenants précédents, demeurent inchangées et conservent leur plein effet.

Fait à Paris, le 28 avril 2025.

(Suivent les signatures.)

Annexe

Article

Tableaux à ajouter au II de l'annexe 2 de la convention de suivi des réserves intitulé « II. États de synthèse à fournir en santé à la commission de suivi technique paritaire ».

Anciens salariés retraités

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20250022 _ 0000 _ 0008. pdf/ BOCC

Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP)

Date du texte : 2025-10-13 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 2025 fixant la liste des organisations syndicales reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine (1996) ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 2025 fixant la liste des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine (1996) ;

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 relatif à la commission nationale paritaire de l'emploi et de la formation professionnelle de la pharmacie d'officine ;

Préambule

Article

Connaissance prise de la liste des organisations syndicales de salariés ainsi que des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau de la branche professionnelle de la pharmacie d'officine ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1er

L'article 2 « Composition » de l'accord collectif national étendu du 16 décembre 1991 susvisé est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 2
Composition

La commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle est composée, d'une part, de 18 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 18 représentants des

organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, à raison de 12 représentants pour la FSPF et de 6 représentants pour l'USPO. Chaque organisation syndicale de salariés ou d'employeurs a la possibilité de désigner un représentant suppléant, admis à siéger et à prendre part aux délibérations, en cas d'absence d'un représentant titulaire de son organisation. »

Article 2

Le dernier alinéa de l'article 7 « Délibérations de la commission » de l'accord collectif national étendu du 16 décembre 1991 susvisé est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Tout membre empêché de participer à une réunion de la commission peut se faire représenter, soit par un membre appartenant au même collège auquel il donne pouvoir à cet effet, le nombre de pouvoirs étant limité à trois par membre présent soit, le cas échéant, par un membre suppléant désigné par l'organisation syndicale de salariés ou d'employeurs à laquelle il appartient. »

Article 3

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 13 octobre 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 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.

La branche professionnelle de la pharmacie d'officine étant composée à 99,80 % 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 2023). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Montant des frais d'équipement

Date du texte : 2026-01-19 **Version KALI retenue :** 2026-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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,

il a été convenu ce qui suit :

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 92 euros.

Article 2

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1er janvier 2026.

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 99,80 % 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 2023). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Accueil des stagiaires

Date du texte : 2026-01-19 **Version KALI retenue :** 2026-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ;

Vu l'accord collectif national étendu du 17 janvier 2007 relatif à la gratification des étudiants stagiaires en pharmacie d'officine ;

Vu le décret n° 2025-1305 du 24 décembre 2025 relatif aux conditions de stage des étudiants de troisième cycle en études de médecine, de pharmacie et d'odontologie, placés dans une situation particulière liée à la parentalité ;

Vu le décret n° 2025-1399 du 29 décembre 2025 relatif au troisième cycle court des études pharmaceutiques ;

Vu l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en pharmacie, modifié en dernier lieu par l'arrêté du 31 décembre 2025 portant diverses dispositions relatives aux études pharmaceutiques,

Préambule

Désireuses d'organiser, dans des conditions favorables, l'accueil des stagiaires dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er — Conditions générales d'accueil des stagiaires

1. Dispositions générales

Conformément aux dispositions des articles L. 124-12 à L. 124-16 du code de l'éducation, tout stagiaire bénéficie, dans les mêmes conditions que les salariés de l'officine d'accueil :
– du respect des droits attachés à la personne et aux libertés individuelles et collectives, prévu à l'article L. 1121-1 du code du travail ;
– des protections contre le harcèlement moral et sexuel, prévues aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1 du code du travail ;
– des autorisations d'absence, prévues à l'article L. 1225-16 du code du travail, accordées pour se rendre aux examens médicaux obligatoires dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, pour les actes médicaux nécessaires à une assistance médicale à la procréation ou pour se présenter aux entretiens obligatoires

nécessaires à l'obtention de l'agrément en vue d'adoption. Ces absences n'entraînent aucune diminution de la gratification mentionnée au 2 du présent article ;
– du droit de bénéficier du congé de maternité, du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ainsi que du congé d'adoption, prévus par les articles L. 1225-17 à L. 1225-28, L. 1225-35, L. 1225-37 et L. 1225-46 du code du travail ;
– de l'accès, le cas échéant, aux titres-restaurant prévus à l'article L. 3262-1 du code du travail ;
– de l'accès, le cas échéant, aux activités sociales et culturelles, mentionnées à l'article L. 2312-78 du code du travail, du comité social et économique ;
– de la prise en charge à hauteur de 50 %, prévue par l'article L. 3261-2 du code du travail, du prix des titres d'abonnement à des moyens de transports publics de personnes ou de services publics de location de vélos, souscrits par le stagiaire pour ses déplacements entre sa résidence habituelle et l'officine d'accueil ;
– des règles relatives aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de présence, à la présence de nuit, au repos quotidien et hebdomadaire ainsi qu'aux jours fériés.

Conformément aux dispositions de l'article L. 1221-13 du code du travail, les nom et prénoms des stagiaires sont inscrits, dans l'ordre d'arrivée, dans une partie spécifique du registre unique du personnel. Y sont également mentionnés les dates de début et de fin du stage, les nom et prénoms du maître de stage ainsi que le lieu de présence du stagiaire.

À l'issue du stage, et en application de l'article D. 124-9 du code de l'éducation, l'officine d'accueil délivre à l'élève ou à l'étudiant une attestation de stage qui mentionne la durée effective totale du stage et, le cas échéant, le montant total de la gratification versée.

2. Gratification

Tout stage réalisé au sein d'une même officine d'accueil dont la durée est supérieure à deux mois consécutifs ou, au cours d'une même année scolaire ou universitaire, à deux mois consécutifs ou non, fait l'objet d'une gratification versée mensuellement dont le montant horaire ne peut être inférieur à 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale.

Pour déterminer son éligibilité à gratification, la durée du stage est calculée en fonction du temps de présence effective du stagiaire dans l'officine d'accueil, selon les modalités prévues à l'article D. 124-6 du code de l'éducation. Ainsi, tout stage effectué de façon continue ou non, donnant lieu à une présence effective du stagiaire d'une durée supérieure à 308 heures, ouvre droit à gratification.

Cette gratification n'a pas le caractère d'un salaire au sens de l'article L. 3221-3 du code du travail. Elle est due pour chaque heure de présence du stagiaire dans l'officine d'accueil, à compter du premier jour du premier mois de la période de stage. Son montant minimal forfaitaire n'est pas fonction du nombre de jours ouvrés dans le mois.

Conformément aux dispositions de l'article D. 136-1 du code de la sécurité sociale, le montant de la fraction de la gratification exclu de l'assiette des cotisations et contributions sociales légales et rendues obligatoires par la loi, est égal au produit de 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré.

Le versement de la gratification donne lieu à l'établissement d'un bulletin de salaire et fait

l'objet d'une déclaration sociale nominative (DSN) lorsque la gratification versée au stagiaire excède le montant de la fraction exonérée de cotisations et de contributions sociales.

Article 2 — Conditions spécifiques d'accueil des stagiaires préparant le diplôme d'études spécialisées de pharmacie officinale

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions générales d'accueil des stagiaires prévues à l'article 1er.

1. Gratification

En application de l'article L. 124-6 du code de l'éducation, le montant de la gratification versée aux stagiaires préparant le diplôme d'études spécialisées de pharmacie officinale est fixé à 1 114 euros brut par mois de stage. Ce montant n'est pas fonction du nombre de jours d'enseignements suivis à l'université au cours d'un mois considéré.

Cette gratification est applicable à chacun des deux stages organisés au cours du diplôme d'études spécialisées de pharmacie officinale.

2. Congés

Tout étudiant préparant le diplôme d'études spécialisées de pharmacie officinale bénéficie, dès le début de chaque stage, et pour toute la durée de celui-ci, de onze jours ouvrables de congés pour convenance personnelle. Le pharmacien titulaire doit veiller à ce que ces congés soient pris.

Ces congés sont pris dans le respect d'un délai de prévenance d'au moins un mois et sous réserve de l'accord du pharmacien titulaire quant au nombre de jours pris et aux dates auxquelles ces jours sont posés. Une fois les congés accordés, le pharmacien titulaire ne peut modifier les dates de départ moins d'un mois avant leur prise.

Ces congés sont assimilés à du temps de présence effective pour le calcul du montant de la gratification prévue au 1 du présent article.

À l'issue de chaque stage, ou en cas d'interruption avant le terme initialement prévu, les jours de congés non pris sont perdus et ne font pas l'objet du versement d'une indemnité compensatrice.

Article 3 — Dispositions diverses

L'accord collectif national étendu du 17 janvier 2007 susvisé, relatif à la gratification des étudiants stagiaires en pharmacie d'officine, est abrogé.

Article 4 — Dispositions finales

Applicable à compter du 1er janvier 2026, le présent accord est conclu pour une durée

indéterminée, à l'exception de son article 2, applicable jusqu'au 31 août 2027. À ce titre, les parties signataires s'engagent à se rencontrer, au cours du premier semestre de l'année 2027, pour étudier les conditions de la reconduction éventuelle de cet article. (1)

Le présent accord 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. À l'exception de son article 2, 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 99,80 % 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 2023). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

(1) Alinéa étendu sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 2231-1 et L. 2261-7 du code du travail, telles qu'interprétées par la jurisprudence de la Cour de cassation, en vertu de laquelle un accord collectif ne peut être conclu ou révisé sans que l'ensemble des organisations syndicales représentatives ont été invitées à sa négociation (Cass. soc., 17 septembre 2003, n° 01-10706, 31 mai 2006 n° 04-14060, 8 juillet 2009 n° 08-41507). (Arrêté du 3 juillet 2026 - art. 1)

Régimes de prévoyance et régimes de frais de soins de santé

Date du texte : 2026-01-19 **Version KALI retenue :** 2026-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu le décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025 prévoyant la participation des assurés aux frais de vaccination en laboratoire ainsi que l'accès sans reste à charge à certaines prothèses capillaires et à certains véhicules destinés à des personnes en situation de handicap ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes, notamment son annexe IV « Régimes de prévoyance et régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » modifiée en dernier lieu par avenant du 13 octobre 2025.

Préambule

Afin de maintenir les régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine en conformité avec le dispositif des contrats dits responsables, les parties signataires sont convenues des dispositions suivantes :

Article 1er

L'annexe IV-3 « Tableaux des garanties des régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » est modifiée comme suit.

I. Au C et au E du I. « Précisions communes à l'ensemble des niveaux de couvertures et à l'ensemble des assurés (hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle) » les termes « OPTAM-CO » et « option pratique tarifaire maitrisée chirurgie et obstétrique » sont remplacés respectivement par les termes « OPTAM-ACO » et « option pratique tarifaire maitrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique ».

II. Les II et III sont remplacés par les dispositions suivantes :

« II. Tableau des garanties hors Alsace-Moselle

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 61 à 64**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260008_0000_0015.pdf/BOCC

III. Tableau des garanties Alsace-Moselle

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 65 à 68**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260008_0000_0015.pdf/BOCC

Article 2

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prend effet le 1er janvier 2026.
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 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 99,80 % 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 2023). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Régimes de prévoyance et de frais de soins de santé et à l'utilisation des réserves constituées antérieurement au 1er janvier 2018

Date du texte : 2026-01-19 **Version KALI retenue :** 2026-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_NON_ETEN

Article

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 de prévoyance et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » ;

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 1er janvier 2018, modifié en dernier lieu par avenant du 28 avril 2025 ;

Vu la convention du 10 avril 2020 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, notamment son avenant n° 5 du 19 janvier 2026.

Préambule

Avec pour objectif de réviser l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé pour lui annexer l'avenant n° 5 du 19 janvier 2026 à la convention du 10 avril 2020 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, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1er

L'avenant n° 5 du 19 janvier 2026 à la convention du 10 avril 2020 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, annexé au présent avenant, est annexé à l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé.

Article 2

À l'article 4 « Dispositions finales » de l'accord collectif national du 10 avril 2020 susvisé, la liste des annexes audit accord est complétée par un alinéa ainsi rédigé :

« – avenant n° 5 du 19 janvier 2026 ; »

Article 3

Le présent avenant prend effet à compter du 1er janvier 2026 et prendra fin, au plus tard, au terme de la période d'application de l'accord collectif national du 10 avril 2020 qu'il révise.

Il sera déposé 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.

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 99,80 % 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 2023). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Annexe

Article

Annexe
Avenant n° 5 du 19 janvier 2026 à la convention du 10 avril 2020 de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves

Préambule

Afin de mettre en place, quel que soit l'assureur, un suivi technique harmonisé des régimes de prévoyance et de santé institués au titre des dispositions des annexes IV.1, IV.2 et IV.3 de la CCN de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, les parties ont signé, le 10 avril 2020, une convention visant à permettre aux partenaires sociaux :
– 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 ; et
– de gérer l'utilisation des réserves issues de l'ex-désignation.

Par la suite, les parties ont décidé, d'un commun accord, de préciser et/ou de modifier certaines dispositions prévues par ladite convention. C'est dans ce cadre qu'ont été conclus :
– l'avenant n° 1 du 4 juillet 2022 à effet du 1er janvier 2018 ; et
– l'avenant n° 2 du 4 juillet 2022 à effet du 1er janvier 2020 ; et
– l'avenant n° 3 du 16 décembre 2024 à effet du 1er janvier 2023 ; et

– l'avenant n° 4 du 28 avril 2025 à effet du 1er janvier 2023.

Sur le même fondement, les parties conviennent, par la présente, de signer un nouvel avenant dont l'objet est de :
– prolonger en 2024 le prélèvement destiné au financement de l'abondement pour les anciens salariés partis en retraite avant le 1er janvier 2018 ;
– préciser les règles de prises en compte des montants de prélèvement validés par les partenaires sociaux en CPPNI ;
– préciser les modalités de calcul et d'affectation des produits financiers sur les prélèvements sur réserves entre le 31/12 de l'exercice au titre desquels les prélèvements sont dus et le 1er jour du mois qui précède le versement effectif des prélèvements.

Article 1er
Objet de l'avenant n° 5

Le présent avenant vise à :

– en premier lieu, prolonger en 2024, le prélèvement temporaire sur les réserves consistant à prélever sur les réserves une somme équivalente à l'écart entre la cotisation hors taxe du RPO de l'année 5 et les cotisations hors taxe du RPO des années 1 à 4 pour chaque ancien salarié retraité couvert par le régime en 2023 et 2024 en fonction de l'ancienneté de son adhésion et au prorata de sa durée de présence dans l'année (pas de prélèvement après 4 ans d'adhésion).

À cette fin, l'article 3.3.7 de la convention de suivi des réserves est modifié.

– en second lieu, instaurer un compte de suivi des réserves provisoires établi sur la base des prélèvements demandés par les assureurs avant validation définitive en CPPNI.

À cette fin, l'article 3.4 de la convention de suivi des réserves est modifié.

– en troisième lieu, modifier les modalités de calcul et d'affectation des produits financiers sur les prélèvements sur réserves entre le 31/12 de l'exercice au titre desquels les prélèvements sont dus et le 1er jour du mois qui précède le versement effectif des prélèvements.

Les parties ont convenu de préciser que les prélèvements sur réserves validés par les partenaires sociaux sont débités des comptes de suivi des réserves au 31/12 de l'année au titre de laquelle ils sont dus, quelle que soit la date à laquelle ils sont payés. En contrepartie, ils donnent lieu au paiement de produits financiers entre le 1er janvier de l'année suivant celle au titre de laquelle ils sont dus et le 1er jour du mois précédent le paiement.

À cette fin, l'article 3.5.1 de la convention de suivi des réserves est modifié.

Article 2
Modification de l'article 3.3.7

L'article 3.3.7 est modifié comme suit :
« Sont financés par les réserves de la catégorie de personnel concernée pour l'année 2023 et l'année 2024, l'écart entre la cotisation hors taxe 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 concernée. »

Article 3
Modification de l'article 3.4

Le premier paragraphe de l'article 3.4 « Compte de suivi des réserves » est modifié comme suit :
« KLESIA Prévoyance établit chaque année et remet à la CSTP :
– avant le 30 juin N + 1, un compte de suivi des réserves provisoires au 31/12/N pour les réserves des régimes non-cadres d'une part et les réserves des régimes cadres et assimilés d'autre part tenant compte des prélèvements demandés par les organismes assureur en application de la convention de suivi ;
– avant le 31 décembre N + 1, un compte de suivi des réserves définitif au 31/12/N pour les réserves des régimes non-cadres d'une part et les réserves des régimes cadres et assimilés d'autre part tenant compte des prélèvements validés en CPPNI en application de la convention de suivi. »

Article 4
Modification de l'article 3.5.1

Les parties conviennent que :
– les prélèvements validés en CPPNI sont débités des comptes de suivi des réserves au 31/12 de l'année au titre de laquelle ils sont dus, quelle que soit la date à laquelle ils sont payés ;
– en contrepartie, ils donnent lieu au paiement de produits financiers entre le 1er janvier de l'année suivant celle au titre de laquelle ils sont dus et le 1er jour du mois précédent le paiement.

En conséquence, l'article 3.5.1 est modifié comme suit :

« À compter du 1er 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 1er 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) le taux de rendement tel que défini à l'article 3.5.3. Pour le calcul des produits financiers sur réserves, le montant des réserves au 1er janvier de l'exercice ne tient pas compte des prélèvements dus et validés en CPPNI au titre de l'exercice N – 1 même si ces prélèvements n'ont pas été payés au 1er janvier de l'exercice. En contrepartie, les prélèvements donnent lieu au versement de produits financiers comme indiqué au 3.5.4. »

Article 5
Date d'entrée en vigueur

Sauf stipulations contraires, les dispositions du présent avenant n° 5 prennent effet au 1er janvier 2024.

Article 6
Portée de l'avenant

Le présent avenant n° 5 fait partie intégrante de la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, à laquelle il fait référence. Il ne peut être

modifié que dans les conditions prévues par ladite convention.

Comme indiqué en préambule, il est expressément convenu que cet avenant n'a pas vocation à remettre en cause les engagements pris par ailleurs entre les parties au terme du protocole transactionnel du 10 avril 2020.

À l'exception de celles qui sont modifiées, remplacées ou complétées expressément par le présent avenant n° 5, toutes les stipulations de la convention de suivi des régimes de prévoyance et de santé et d'utilisation des réserves, et de ses avenants précédents, demeurent inchangées et conservent leur plein effet.

Fait à Paris, le 19 janvier 2026.

(Suivent les signatures.)

Régimes de prévoyance et de frais de soins de santé

Date du texte : 2026-03-30 **Version KALI retenue :** 2026-07-01 **État KALI :** VIGUEUR_NON_ETEN

Article

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes, notamment son annexe IV « Régimes de prévoyance et régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine », modifiée en dernier lieu par avenant du 19 janvier 2026 ;

Préambule

Article

Désireuses de revaloriser le montant de l'allocation pour frais d'obsèques prévue par les régimes de prévoyance des salariés de la pharmacie d'officine ;

Soucieuses, par ailleurs, de procéder à la correction de différentes erreurs matérielles issues de précédents avenants portant révision de l'annexe IV susvisée à la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine ;

Article 1er

À l'annexe IV.1 « Régime de prévoyance et régime de frais de soins de santé du personnel non-cadre de la pharmacie d'officine », l'article 3.1 « Frais d'obsèques » est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 3.1
Frais d'obsèques

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 limité au plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Cette allocation est versée dans tous les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, dans la limite des dépenses exposées et sur remise des pièces justificatives. »

Article 2

À l'annexe IV.2 « Régime de prévoyance et régime de frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine », les paragraphes D et E du V « Décès » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« D. Décès du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge de l'assuré

Une allocation est versée à l'assuré lui-même. Son montant est fixé comme suit :
– décès du conjoint : 20 % du salaire de référence TA + TB, plus 10 % par personne à charge ;
– décès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge : 20 % du salaire de référence TA + TB.

En cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans, le cumul de l'allocation décès prévue au présent D, et de l'allocation pour frais d'obsèques prévue au E, est limité, sur production des pièces justificatives, aux dépenses exposées pour les obsèques.

E. Frais d'obsèques

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 limité au plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Cette allocation est versée dans tous les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, dans la limite des dépenses exposées et sur remise des pièces justificatives. »

Article 3

L'annexe IV.3 « Tableaux des garanties des régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine », est modifiée comme suit :

I. Le II « Tableau des garanties hors Alsace-Moselle » est modifié comme suit :

– dans la rubrique « Soins courants », au poste « Médicaments », les mots « Acte de vaccination remboursés par le RO » sont remplacés par les mots « Actes de vaccination remboursés par le RO » ;
– au poste « Équipement hors “100 % santé” – Tarif libre », de la rubrique « Optique », la ligne « Verres » est ainsi rédigée :

Verres :		
Par verre simple (5)	80 € – RSS	150 € – RSS
Par verre complexe (5)	130 € – RSS	230 € – RSS
Par verre hyper complexe (5)	200 € – RSS	300 € – RSS

– dans la rubrique « Autres garanties », au poste « Natalité », la référence de bas de tableau « (4) » est remplacée par la référence de bas de tableau « (6) ».

II. Le III « Tableau des garanties Alsace-Moselle » est modifié comme suit :
– dans la rubrique « Soins courants » au poste « Médicaments », les mots « Acte de vaccination remboursés par le RO » sont remplacés par les mots « Actes de vaccination remboursés par le RO » ;
– au poste « Équipement hors “100 % santé” – Tarif libre », de la rubrique « Optique », la ligne « Verres » est ainsi rédigée :

Verres :		
Par verre simple (5)	80 € – RSS	150 € – RSS
Par verre complexe (5)	130 € – RSS	230 € – RSS
Par verre hyper complexe (5)	200 € – RSS	300 € – RSS

– dans la rubrique « Dentaire », au poste « Autres prestations dentaires », à la ligne « Pilier implantaire et implant », les mots « 450 € » sont remplacés par les mots « 600 € » ;
– dans la rubrique « Autres garanties », au poste « Cure thermale », la référence de bas de tableau « (4) » est remplacée par la référence de bas de tableau « (6) ».

Article 4

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 1er juillet 2026.

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 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 99,80 % 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 2023). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

ÉDITION JURISTIQUE

TEXTES SALAIRES

Accords, avenants et grilles relatifs aux rémunérations conventionnelles.

Annexe I - Classifications et salaires

Date du texte : 1997-12-03 **Version KALI retenue :** 1998-09-08 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Employés et agents de maîtrise

II. - Salaires

Cadres

I. - Classification des cadres pharmaciens

II. - Classification des cadres non pharmaciens

III. - Salaires

Annexe I Classification des emplois de la pharmacie d'officine

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. 1er 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. 2e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 1 année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Préparateur/ technicien en pharmacie. 3e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 1 année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
280	Préparateur/ technicien en pharmacie. 4e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 2 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
290	Préparateur/ technicien en pharmacie. 5e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 4 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
300	Préparateur/ technicien en pharmacie. 6e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
310	Préparateur/ technicien en pharmacie. 7e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
320	Préparateur/ technicien en pharmacie. 8e échelon	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
330	Préparateur/ technicien en pharmacie. 9e échelon. Statut assimilé cadre	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
340	Préparateur/ technicien en pharmacie. 10e échelon. Statut assimilé cadre	Préparateur/ technicien en pharmacie après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
350	Préparateur/ technicien en pharmacie. 11e 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	Élève préparateur/ technicien en pharmacie	Élève 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	Élève préparateur/ technicien en pharmacie	Élève 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 – Emballeur	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. 1er 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. 2e échelon	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur ayant une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
145	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur. 3e échelon	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur ayant deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.

150	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur. 4e échelon	Rayonniste, réceptionnaire ou conditionneur ayant deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
135	Employé en pharmacie. 1er 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.
145	Employé en pharmacie. 2e échelon	Employé en pharmacie après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
155	Employé en pharmacie. 3e échelon	Employé en pharmacie après deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
165	Employé en pharmacie. 4e échelon	Employé en pharmacie après deux années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
150	Employé en pharmacie qualifié. 1er échelon	Employé en pharmacie titulaire du CAP d'employé en pharmacie.
160	Employé en pharmacie qualifié. 2e échelon	Employé en pharmacie qualifié après 3 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
170	Employé en pharmacie qualifié. 3e échelon	Employé en pharmacie qualifié après 5 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
160	Employé en pharmacie très qualifié. 1er échelon	Employé en pharmacie titulaire du CAP d'employé en pharmacie et de sa mention complémentaire.
165	Employé en pharmacie très qualifié. 2e échelon	Employé en pharmacie très qualifié après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
170	Employé en pharmacie très qualifié. 3e échelon	Employé en pharmacie très qualifié après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
175	Employé en pharmacie très qualifié. 4e 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. 1er 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 [1].
220	Conseiller clientèle. 2e échelon	Conseiller clientèle après 2 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
240	Conseiller clientèle. 3e échelon	Conseiller clientèle après 3 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
260	Conseiller clientèle. 4e échelon	Conseiller clientèle après 4 années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.

[1] 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. 1er 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. 2e échelon	Employé de spécialité après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
175	Employé de spécialité. 3e 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. 1er 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.
225	Vendeur de spécialité. 2e échelon	Vendeur de spécialité ayant 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Vendeur de spécialité. 3e 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. 1er 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. 2e échelon	Technicien de spécialité après 2 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
270	Technicien de spécialité. 3e échelon	Technicien de spécialité après 5 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
300	Technicien de spécialité. 4e échelon	Technicien de spécialité après 9 ans de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
330	Technicien de spécialité. 5e 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.

Coefficient	Tableau V. Classification des emplois comptables, administratifs et techniques
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. 1er échelon	Personnel titulaire d'une certification de niveau 3 (ancien niveau V, par exemple : CAP) dans le domaine de la comptabilité.
170	Aide-comptable. 2e 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.
Emplois administratifs et techniques		
150	Employé administratif. 1er 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. 2e 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 maitrisant 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 1er « 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	1er 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	2e échelon	Pharmacien adjoint après une année de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	520	3e échelon	Pharmacien adjoint après quatre années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	530	4e échelon	Pharmacien adjoint après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	540	5e échelon	Pharmacien adjoint après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	550	6e échelon	Pharmacien adjoint après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.

Position II	520	Classe A. 1er 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. 2e échelon	Pharmacien adjoint de position II, classe A, après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	540	Classe A. 3e échelon	Pharmacien adjoint de position II, classe A, après cinq années de pratique professionnelle dans l'échelon précédent.
	550	Classe A. 4e 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 cotitulaires 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 15e 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 ;
– classe B : 600.

ÉDITION JURISTIQUE

TEXTES ATTACHÉS

Accords, avenants et textes complémentaires rattachés à la convention.

Rémunération des jeunes préparateurs en pharmacie

Date du texte : 2021-04-06 **Version KALI retenue :** 2021-05-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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,

Article 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	1re année de formation	2e 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 1er 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 50 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.

ÉDITION JURISTIQUE

TEXTES SALAIRES

Accords, avenants et grilles relatifs aux rémunérations conventionnelles.

Salaires 2026

Date du texte : 2026-01-19 **Version KALI retenue :** 2026-04-18 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

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,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

La valeur du point conventionnel de salaire dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine est fixée à 5,278 euros de l'heure.

Article 2

Le salaire mensuel garanti au coefficient 100, excluant toutes primes, est fixé à 1 824 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 :

(En euros.)

Coefficient	Salaire
100	1 824,00
115	1 834,42
125	1 841,36
130	1 844,84
135	1 848,31
140	1 851,78
145	1 855,25

150	1 858,73
155	1 862,20
160	1 865,67
165	1 869,14
170	1 872,62
175	1 876,09
190	1 886,51
200	1 893,45
220	1 907,34
225	1 910,81
230	1 914,29
240	1 921,23
250	2 001,29
260	2 081,34
270	2 161,39
280	2 241,44
290	2 321,49
300	2 401,54
310	2 481,59
320	2 561,65
330	2 641,70
340	2 721,75
350	2 801,80
400	3 202,06
430	3 442,21
470	3 762,42
500	4 002,57
520	4 162,67
530	4 242,73
540	4 322,78
550	4 402,83
600	4 803,09

800	6 404,11

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 99,80 % 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 2023). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

ÉDITION JURISTIQUE

TEXTES ATTACHÉS

Accords, avenants et textes complémentaires rattachés à la convention.

Annexe III - Retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine

Date du texte : 1991-12-16 **Version KALI retenue :** 1992-01-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Article 1er

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

Bénéficient 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 1er janvier 1992 :

- le taux contractuel des cotisations est fixé à 6 %, dont 3,60 % à la charge de l'employeur et 2,40 % à la charge du salarié.

À compter du 1er janvier 1993 :

- le taux contractuel des cotisations est fixé à 6,5 %, dont 3,90 % à la charge de l'employeur et 2,60 % à la charge du salarié.

À compter du 1er janvier 1994 :

- le taux contractuel des cotisations est fixé à 7 %, dont 4,20 % à la charge de l'employeur et 2,80 % 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 (Cgis, 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 1er 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 1er avril 1964 et à l'annexe III concernant le régime de retraite.

Annexe III - Retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine Avis de la commission nationale paritaire d'interprétation du 30 janvier 1995

Date du texte : 1995-01-30 **État KALI :** VIGUEUR

Article

La commission nationale paritaire d'interprétation prévue par l'article 31 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 1er 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 (CGIS) 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. 1er, 2°) que le financement du régime de retraite serait assuré par des cotisations dont le taux a été ainsi fixé :

À compter du 1er janvier 1992 :

Le taux contractuel des cotisations est fixé à 6 %, dont 3,60 % à la charge de l'employeur et 2,40 % à la charge du salarié.

À compter du 1er janvier 1993 :

Le taux contractuel des cotisations est fixé à 6,50 %, dont 3,90 % à la charge de l'employeur et 2,60 % à la charge du salarié.

À compter du 1er janvier 1994 :

Le taux contractuel des cotisations est fixé à 7 %, dont 4,20 % à la charge de l'employeur et 2,80 % 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 %, en tenant compte des services passés dans la profession.

Or, la CGIS considère aujourd'hui que les relèvements de taux ainsi décidés (passage de 5 à 7 % 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 à la convention collective nationale du 1er 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 1er 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 1er 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 représenté.

Indemnité de départ à la retraite

Date du texte : 2003-12-15 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale introduit par l'article 23 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ;

Vu le décret n° 2003-1036 du 30 octobre 2003 relatif à l'abaissement de l'âge de la retraite pour les assurés ayant commencé à travailler jeunes et eu une carrière longue dont sont notamment issus les article D. 351-1-1 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998 ;

Compte tenu de la possibilité ouverte par le code de la sécurité sociale aux salariés ayant commencé à travailler jeunes et ayant eu une longue carrière de bénéficier du droit à une pension de vieillesse avant l'âge de 60 ans, les parties signataires ont souhaité, afin de ne pas créer d'inégalité de traitement avec les salariés partant à la retraite à l'âge de 60 ans, leur accorder, selon les mêmes modalités, le bénéfice de l'indemnité de départ volontaire à la retraite prévue à l'article 22 de la convention collective nationale susvisée ;

Par conséquent, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, du point suivant :
Accord

Article 1

A l'article 22 " Indemnité de départ en retraite ", il est ajouté à la fin du premier alinéa, la phrase suivante :

(voir cet article)

Article 2

Le présent avenant prendra effet à compter du 1er janvier 2004. Le présent avenant sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

ÉDITION JURISTIQUE

ADHÉSIONS ET DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Adhésions, déclarations et documents institutionnels rattachés à la branche.

Déclaration d'adhésion de l'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) à la convention collective étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997

Date du texte : 2005-11-04 **État KALI :** VIGUEUR

Article

Vu le code du travail, notamment les articles L. 132-9 et L. 132-10 ;

Vu la lettre du directeur des relations du travail au ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, en date du 11 octobre 2005, reconnaissant la représentativité de l'USPO, au regard des critères fixés par le code du travail, dans le cadre de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine (pièce jointe) ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997,

Il est fait la déclaration d'adhésion suivante :

Article 1er

L'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), représentative au plan national des pharmaciens titulaires d'officine, représentée par
son président, Patrice Devillers, dûment mandaté, déclare par la présente adhérer :

- à la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, étendue par arrêté du 13 août 1998 ;

- à l'ensemble de ses avenants et accords collectifs étendus à ce jour.

Article 2

La présente déclaration a été notifiée par lettre recommandée avec avis de réception du 4 décembre 2005 aux organisations syndicales signataires de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine ou qui y ont adhéré.

Article 3

Conformément aux dispositions légales en vigueur, la présente déclaration a été déposée le 4 novembre 2005 auprès de la DDTEFP de Paris et remise au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

ÉDITION JURISTIQUE

TEXTES ATTACHÉS

Accords, avenants et textes complémentaires rattachés à la convention.

Indemnités de départ à la retraite

Date du texte : 2013-09-26 **Version KALI retenue :** 2013-10-01 **État KALI :** VIGUEUR_ETEN

Article

Vu le code du travail, notamment les articles L. 1237-5 et suivants relatifs à la mise à la retraite et les articles L. 1237-9 et suivants relatifs au départ volontaire à la retraite ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 351-15 et suivants relatifs au dispositif de retraite progressive ;
Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son article 22 relatif à l'indemnité de départ en retraite ;
Désireuses d'améliorer le montant de l'indemnité de départ volontaire à la retraite et d'en adapter les modalités de calcul aux salariés bénéficiant du dispositif de retraite progressive, d'une part, et soucieuses de tenir compte des modifications affectant notamment l'âge légal de départ à la retraite, les dispositifs de préretraite et de mise à la retraite par l'employeur, d'autre part,
les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des dispositions suivantes :

Article 1er

L'article 22 « Indemnité de départ en retraite » des dispositions générales de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 est rédigé comme suit :
« Tout salarié, quel que soit son âge, quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier d'une pension de vieillesse a 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 pro rata 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 2

En application de l'article L. 2253-3 du code du travail, les parties signataires confèrent aux dispositions du présent avenant 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 3

Le présent avenant prendra effet le 1er octobre 2013 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 avenant.

ÉDITION JURISTIQUE

ADHÉSIONS ET DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Adhésions, déclarations et documents institutionnels rattachés à la branche.

Adhésion par lettre de l'UNSA industrie et construction à la convention collective

Date du texte : 2017-08-29 **Version KALI retenue :** 2017-09-15 **État KALI :** VIGUEUR

Article

Bagnolet, le 29 août 2017.

UNSA industrie et construction, 21, rue Jules-Ferry, 93177 Bagnolet Cedex, à la direction générale du travail, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15.

Monsieur le directeur général,

Faisant suite à l'arrêté du 20 juillet 2017 fixant la liste des organisations syndicales reconnues représentatives dans la convention collective nationale de la pharmacie d'officine (idcc 1996) et publié au Journal officiel de la République française n° 0179 du 2 août 2017, j'ai l'honneur de vous informer, au nom de l'union fédérale de l'industrie et de la construction de l'UNSA (UFIC-UNSA), de l'adhésion de l'union nationale des syndicats autonomes (UNSA) à la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, étendue par arrêté du 13 août 1998 (Journal officiel du 8 septembre 1998), brochure n° 3052 et à l'ensemble de ses avenants et accords collectifs étendus à ce jour.

Ce courrier annule et remplace celui qui vous a été adressé le 24 août 2017 par notre syndicat UNSA chimie pharmacie, syndicat affilié à l'UFIC-UNSA.

Conformément aux dispositions de l'article L. 2261-3 du code du travail, une copie du présent courrier est adressée ce jour aux parties signataires de la convention.

Veuillez croire, Monsieur le directeur général, à l'assurance de notre considération.

Le secrétaire général.

Liste chronologique des textes

Date	Nature	Intitulé	Rubrique
1969-03-28	AVENANT	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.	Textes attachés
1991-12-16	ACCORD COLLECTIF	Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la pharmacie d'officine	Textes attachés

Date	Nature	Intitulé	Rubrique
1991-12-16	Accord collectif	Annexe III - Retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine	Textes attachés
1993-06-21	PROTOCOLE D'ACCORD	Repos hebdomadaire	Textes attachés
1995-01-30	AVIS	Annexe III - Retraite complémentaire dans la pharmacie d'officine Avis de la commission nationale paritaire d'interprétation du 30 janvier 1995	Textes attachés
1997-12-03	Convention collective nationale	Convention collective nationale du 3 décembre 1997	Texte de base
1997-12-03	Convention collective nationale	Dispositions particulières applicables aux cadres	Texte de base
1997-12-03	ACCORD COLLECTIF NATIONAL	Développement du paritarisme et financement de la négociation collective	Textes attachés
1997-12-03	Annexe	Annexe I - Classifications et salaires	Textes salaires
2000-03-23	ACCORD	Réduction du temps de travail	Textes attachés
2000-10-30	PROCES-VERBAL	Procès-verbal relatif à un avis de la CNPI sur la prime d'ancienneté	Textes attachés
2000-12-18	ACCORD	Annexe IV - Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine	Textes attachés
2000-12-18	ACCORD	Annexe IV.1. – Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine	Textes attachés
2001-01-31	PROCES-VERBAL	Avis de la CNPI sur l'indemnité de réduction du temps de travail (IRTT)	Textes attachés
2002-06-24	ACCORD	Chèques-vacances	Textes attachés
2003-02-03	ACCORD	Congés payés annuels	Textes attachés
2003-07-07	AVENANT	Modifications diverses à la convention collective (congé légal de paternité)	Textes attachés
2003-12-15	AVENANT	Indemnité de départ à la retraite	Textes attachés
2005-07-05	AVENANT	Avenant à l'accord du 4 juillet 2005 relatif à la formation professionnelle	Textes attachés
2005-11-04	déclaration	Déclaration d'adhésion de l'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) à la convention collective étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997	Documents complémentaires
2006-04-12	AVENANT	Avenant à l'accord du 3 décembre 1997 relatif au développement du paritarisme et financement de la négociation collective	Textes attachés

Date	Nature	Intitulé	Rubrique
2006-10-09	AVENANT	Régime de prévoyance (personnel non cadre)	Textes attachés
2007-09-19	Accord	Certificats de qualification professionnelle	Textes attachés
2008-01-30	Avenant	Régime de prévoyance du personnel cadre	Textes attachés
2008-04-09	Avenant	Révision de l'accord du 23 mars 2000 relatif à la réduction du temps de travail	Textes attachés
2008-06-04	Avis interprétatif	Droit individuel à la formation (DIF)	Textes attachés
2008-12-10	Avenant	Régime de prévoyance du personnel non cadre	Textes attachés
2009-07-02	Accord	Prévoyance et frais de santé	Textes attachés
2009-09-30	Accord	Amélioration des conditions de travail	Textes attachés
2009-12-02	Accord	Prévoyance des cadres et assimilés	Textes attachés
2009-12-02	Accord	Gestion prévoyance des cadres et assimilés	Textes attachés
2010-03-17	Accord	Règlement intérieur du comité de gestion prévoyance des cadres et assimilés	Textes attachés
2010-12-01	Avenant	Accès des salariés à la formation professionnelle tout au long de la vie	Textes attachés
2010-12-01	Accord	Instauration d'un régime unique de frais de soins de santé	Textes attachés
2010-12-01	Accord	Régime de prévoyance	Textes attachés
2011-12-08	Accord	Prévoyance	Textes attachés
2013-09-26	Avenant	Indemnités de départ à la retraite	Textes attachés
2014-01-16	Avenant	Régime de prévoyance et frais de soins de santé	Textes attachés
2014-10-02	accord	Modalités d'organisation du travail à temps partiel	Textes attachés
2015-01-29	Accord	Frais d'équipement et indemnité forfaitaire annuelle	Textes attachés
2015-09-24	Avenant	Prévoyance et frais de santé du personnel non cadre	Textes attachés
2015-12-17	Avenant	Prévoyance et frais de soins de santé du personnel cadre	Textes attachés
2015-12-17	Avenant	Prévoyance et frais de soins de santé du personnel non cadre	Textes attachés
2016-03-07	Accord	Annexe II : Formation professionnelle tout au long de la vie	Textes attachés
2017-03-20	Avenant	Prévoyance et frais de santé (cadres)	Textes attachés
2017-03-20	Avenant	Prévoyance et frais de santé (non-cadres)	Textes attachés

Date	Nature	Intitulé	Rubrique
2017-05-11	Accord	Régimes de prévoyance et régimes frais de soins de santé des salariés	Textes attachés
2017-08-29	Adhésion par lettre	Adhésion par lettre de l'UNSA industrie et construction à la convention collective	Documents complémentaires
2017-10-02	Avenant	Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle	Textes attachés
2018-02-06	Avenant	Prévoyance et frais de santé du personnel cadre et assimilé	Textes attachés
2018-02-06	Avenant	Prévoyance et frais de santé du personnel non cadre et assimilé	Textes attachés
2018-09-24	Avenant	Régime prévoyance et frais de soins de santé	Textes attachés
2018-11-05	Avenant	Régime de prévoyance (cadre et non cadre)	Textes attachés
2018-11-05	Avenant	Prévoyance (recommandation APGIS et HDS)	Textes attachés
2018-11-05	Avenant	Annexe IV.3. – Tableaux des garanties des régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine	Textes attachés
2018-11-05	Accord	OPCO	Textes attachés
2020-04-10	Accord	Suivi des régimes de prévoyance et des frais de soins de santé et utilisation des réserves	Textes attachés
2021-01-13	Avenant	Avenant à l'accord du 6 juillet 2020 (mesures d'urgence « Covid-19 » prévoyance et santé)	Textes attachés
2021-04-06	Avenant	Révision de la convention collective	Textes attachés
2021-04-06	Accord	Fonds « haut degré de solidarité »	Textes attachés
2021-04-06	Accord	Rémunération des jeunes préparateurs en pharmacie	Textes attachés
2021-11-16	Accord	Frais d'équipement	Textes attachés
2022-10-17	Avenant	Formation professionnelle	Textes attachés
2023-01-16	Accord	Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité	Textes attachés
2023-07-03	Accord	Montant des frais d'équipement 2023	Textes attachés
2023-07-03	Accord	Reconversion ou promotion par alternance	Textes attachés
2023-07-03	Accord	Prévoyance et frais de soins de santé	Textes attachés
2024-10-18	Avenant	Catégories de bénéficiaires des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés	Textes attachés
2025-03-10	Avenant	Suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé (et avenant n° 3 du 16 décembre 2024 en annexe)	Textes attachés

Date	Nature	Intitulé	Rubrique
2025-04-28	Accord	Listes de métiers ou d'activités particulièrement exposés aux risques ergonomiques (art. L. 4163-2-1 du code du travail)	Textes attachés
2025-04-28	Avenant	Classification des emplois	Textes attachés
2025-04-28	Avenant	Suivi des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé (annexe avenant n° 4 du 28 avril 2025)	Textes attachés
2025-10-13	Avenant	Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP)	Textes attachés
2026-01-19	Accord	Montant des frais d'équipement	Textes attachés
2026-01-19	Accord	Accueil des stagiaires	Textes attachés
2026-01-19	Avenant	Régimes de prévoyance et régimes de frais de soins de santé	Textes attachés
2026-01-19	Avenant	Régimes de prévoyance et de frais de soins de santé et à l'utilisation des réserves constituées antérieurement au 1er janvier 2018	Textes attachés
2026-01-19	Accord	Salaires 2026	Textes salaires
2026-03-30	Avenant	Régimes de prévoyance et de frais de soins de santé	Textes attachés