Avenant n° 92 relatif au régime de Frais de soins de santé de la Convention Collective Nationale de la Pâtisserie

IDCC 1267 - Brochure n°3215

Le présent avenant est conclu entre :

Les organisations nationales professionnelles :

- Confédération Nationale des Artisans Pâtissiers Chocolatiers Confiseurs Glaciers, Traiteurs de France,

D'une part

Les organisations nationales syndicales de salariés :

- Fédération générale agroalimentaire CFDT (FGA-CFDT)
- Fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT (FNAF-CGT)
- Fédération des syndicats Commerce, Service et Force de vente (CFTC-CSFV)
- Fédération Commerces et Services (FCS-UNSA)
- Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des services annexes Force Ouvrière (FGTA-FO)

D'autre part

Considérant la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite « 100% santé ») ;
Considérant le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et le décret n° 2019-65 du 31/01/2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;
Considérant la nécessaire mise en conformité des actes juridiques mettant en place un régime de remboursement de frais de santé au titre de la couverture minimale obligatoire et collective imposée par ladite loi avant le 1er janvier 2020 ;
Considérant la volonté des partenaires sociaux d'améliorer le régime frais de santé de la branche tout en conservant l'équilibre de ce régime ;

Considérant la composition de la branche constituée pour sa plus grande part d'entreprises de moins de 50 salariés, cet avenant ne comporte pas de dispositions particulières pour ces entreprises.

Les parties signataires du présent avenant décident de modifier l'avenant n°85 de la convention collective de la façon suivante :

ARTICLE 1- Modification de l'article 57 « Garanties »

Le détail des garanties en vigueur au 01.01.2020 sont reprises ci-après. Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter de la date d'effet susmentionnée.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

AH LM PG

ABREVIATIONS :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

Hospitalisation			
Nature des frais en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour		250% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR	
Chambre particulière		80€ par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		25€ par jour	

TRANSPORT	
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100% BR

JC

AH PG LM

SOINS COURANTS		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux :		
▶ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200% BR 130% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	250% BR 200% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200% BR 150% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200% BR 150% BR
▶ non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Phytothérapie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		45€ par acte limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse		Crédit de 80€ par année civile
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		110% BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		110% BR
Médicaments :		
▶ remboursés SS		100% BR
▶ non remboursés SS		
Contraception prescrite		Crédit de 80€ par année civile
Pharmacie (hors médicaments) :		
▶ remboursée SS		100% BR
▶ non remboursée SS		
Sevrage tabagique		Crédit de 80€ par année civile
Matériel médical		
Orthopédie remboursée SS		100% BR + Crédit de 600€ par année civile
Autres prothèses médicales remboursées SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		100% BR + Crédit de 600€ par année civile
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation (*)		100 % de la BR
Santé bucco-dentaire		
Campagne d'incitation à une consultation de prévention bucco-dentaire à des âges clés (1).		Nature de l'action : Examen bucco-dentaire de prévention à 35 ans et à 55 ans. Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant-droit le cas échéant) Niveau de prise en charge : selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire du présent tableau de garantie.
Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récidives		

Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer (la pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien…).	Nature de l'action : prise en charge d'un forfait d'acte d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient visibles à partir de son image médicale 3D (Scanner ou IRM) pour un patient ayant une suspicion de cancer opérable. Niveau de prise en charge : A hauteur de 650 € HT/acte.
Prévention des récidives de cancers	Nature de l'action : Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récidives après un traitement de cancers à partir des interventions non médicamenteuses suivantes : activité physique adaptée, alimentation et engagement motivationnel. Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme. Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.
Bilans de prévention	
Bilan de prévention personnel	Nature de l'action : Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés en prévention. Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.

AIDES AUDITIVES		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
SOINS JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Prothèses auditives	100% BR + Crédit de 1200€ par année civile	
SOINS A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipements libres (****) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100% BR + 1200€ (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	100% BR + 300€ (***)	
Piles remboursées SS (*****)	100% BR	

AH

PG CMP

(*)Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum
- Premier bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
a) Audiométrie tonale ou vocale ;
b) Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
c) Audiométrie vocale dans le bruit ;
d) Audiométrie tonale et vocale ;
e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie
- Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans.
(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la règlementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même règlementation.
(*****) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(1) En complément des examens bucco-dentaires de prévention dans le cadre du programme M'T dents (à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes).

DENTAIRE		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres appareillages prothétiques dentaires		
Prothèses		
▶ Panier maitrisé (**)		
Inlay, onlay	420% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	330% BR dans la limite des HLF	
Autres appareillages prothétiques dentaires	420% BR dans la limite des HLF	
▶ Panier libre (***)		
Inlay, onlay	420% BR	
Inlay core	330% BR	
Autres appareillages prothétiques dentaires	420% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Parodontologie	Crédit de 200€ par année civile	

AH PG LM

Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	Forfait de 1000€ par implant, limité à 3 implants par année civile
Orthodontie	300% BR

(*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
(**) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.
(***) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Cas Optique 1 – gestion directe

OPTIQUE		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Monture de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A ou B)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	100€	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (**)	100€	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 200€ par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 200€ par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 1500€ par année civile	

AH PG LM

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :
- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.
La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
    - glaucome ;
    - hypertension intraoculaire isolée ;
    - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
    - rétinopathie diabétique ;
    - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
    - cataracte évolutive à composante réfractive ;

JC

AH PG

CM

- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;

- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ;
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
  - hypertension artérielle mal contrôlée ;
  - sida ;
  - affections neurologiques à composante oculaire ;
  - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
  - corticoïdes ;
  - antipaludéens de synthèse ;
  - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	90 €	90 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	150 €	150 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	90 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	90 €	90 €
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	150 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150 €	150 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	150 €	150 €
MULTIFOCAUX HORS PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	200 €	200 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	320 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	200 €	200 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	200 €	200 €
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	320 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	320 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	320 €	300 €
	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	200 €	200 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	320 €	300 €
	Sphéro	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	200 €	200 €

AH PG LM

PROGRESSIFS	cylindriques	SPH > 0 et S ≤ + 8	200 €	200 €
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	320 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	320 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	320 €	300 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 250€
Fécondation in vitro	Crédit de 300€ par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300€

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 – date d'effet

Le présent avenant prend effet le 1er janvier 2020.

ARTICLE 3 : DEPOT ET EXTENSION

Suivant les dispositions de l'article L.2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L.2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de cinquante salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de prévoyance dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quels que soient la taille de leur entreprise et l'organisme assureur de cette dernière.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de notification, publicité et dépôt, ainsi que de demande d'extension, conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Fait à Paris, le 20 juin 2019

Pour la **Confédération Nationale des Artisans Pâtissiers Chocolatiers Confiseurs Glaciers, Traiteurs de France,**

Philippe Guilbert

Pour la **FGA CFDT**

Pour la **FNAF CGT**

Pour la **CFTC CSFV**

J. CHISRONI

Pour l'**UNSA** FCS

A HAMMOUTI

Pour la **FGTA FO**

Didier Piery