

Avenant n° 4 du 3 novembre 2020
(Non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2021)

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

SYNTEC
CINOV

Syndicat(s) de salariés :

CFDT F3C

Préambule

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale (et ses décrets d'application) et à l'article 1-2 de l'accord de branche du 07/10/2015 modifié relatif à la complémentaire santé, les partenaires sociaux ont procédé à un réexamen des modalités d'organisation de la recommandation.

Aux termes d'une procédure de mise en concurrence préalable réalisée dans le respect des textes applicables, les partenaires sociaux ont recommandé plusieurs organismes assureurs.

C'est dans ce contexte qu'entre les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés signataires, il a été convenu d'apporter les modifications suivantes à l'accord de branche du 07/10/2015 modifié relatif à la complémentaire santé :

Article 1

Choix des organismes assureurs recommandés et de la société apéritrice

Les dispositions de l'annexe II de l'accord de branche du 07/10/2015 relatif à la complémentaire santé sont abrogées et remplacées par les stipulations suivantes :

« ANNEXE II

Choix des organismes assureurs recommandés et de la société apéritrice

Article 1

Choix des organismes assureurs recommandés

La Commission Paritaire de la branche des Bureaux d'Etudes Techniques, Cabinets d'Ingénieurs Conseils et Sociétés de Conseils retient à l'issue de sa procédure de mise en concurrence des organismes assureurs dans le cadre de la recommandation prévue à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, au titre de la Complémentaire frais de santé, les organismes assureurs suivants :

- Aésio ;
- Harmonie Mutuelle ;
- Malakoff Humanis Prévoyance.

Article 2
Société apéritrice

La Commission Paritaire de la branche des Bureaux d'Etudes Techniques, Cabinets d'Ingénieurs Conseils et Sociétés de Conseils choisit Malakoff Humanis Prévoyance en qualité de société apéritrice pour une durée de trois (3) ans. Au terme de cette durée, l'apérition pourra être reconduite à l'identique jusqu'au terme de la recommandation ou confiée à l'un des deux autres organismes recommandés cités à l'article 1^{er}. »

Article 2
Tableaux des garanties

Les partenaires sociaux ont souhaité améliorer les garanties, en prévoyant une option 3, en intégrant, dès la base conventionnelle, des garanties de type « médecine douce » et en créant une option destinée à couvrir le risque hospitalisation.

L'annexe I de l'accord du 07/10/2015 modifié relatif à la complémentaire santé est complété par l'ajout d'une colonne « base optionnelle + option 3 » et modifié en ce qui concerne le poste « médecine douce » de la manière suivante (les modifications et insertions figurent en italique gras, le reste du tableau est inchangé mais reproduit ci-après afin d'en faciliter la lisibilité :

« Les niveaux de garanties, présentés dans les tableaux ci-après, intègrent les remboursements opérés par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) lorsque celle-ci intervient (« Actes remboursés par la Sécurité sociale »). À défaut, les remboursements sont uniquement opérés par l'organisme de complémentaire santé (« Actes non remboursés par la Sécurité sociale »).

Il est précisé que l'ensemble des garanties satisfait aux conditions des contrats responsables et qu'en tant que de besoin, la garantie se lit comme se conformant nécessairement auxdites conditions.

Il est précisé que les remboursements de l'assurance maladie pour les actes en secteur « non conventionné » sont opérés sur une base de tarifs réglementaires (tarif d'autorité), dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les actes opérés en secteur « conventionné ».

HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ ¹		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3*
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Frais de séjour		175% BR	200% BR	200% BR	300% BR
Honoraires ²	Praticien adhérent DPTAM *	195% BR	220% BR	220% BR	525% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Forfait journalier hospitalier ³ - <i>Par journée ou par nuitée</i>		100% DE	100% DE	100% DE	100% DE
Chambre particulière - <i>Par journée ⁴ ou par nuitée</i>		45 €	60 €	90 €	130 €
Lit d'accompagnant - <i>Par nuitée</i>		45 €	60 €	90 €	130 €
Allocation maternité ou adoption	En cas de naissance ou adoption				400 €
	En cas de naissance gémellaire				800 €

¹ Sont uniquement concernés les frais de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie (hors chirurgie esthétique) en établissement hospitalier conventionné. **En établissement hospitalier non conventionné, la prise en charge est limitée au remboursement du Ticket Modérateur (TM).**

² Y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds.

³ Sans limitation de durée.

⁴ La chambre particulière par journée correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie avec admission et sortie le même jour (ambulatoire).

* DPTAM = Dispositifs de Pratiques TARifaires Maîtrisées : en adhérant à ces dispositifs (OPTAM ou OPTAM-CO en Chirurgie et Obstétrique), les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies avec la Sécurité sociale dans la convention médicale. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, il est possible de consulter le site internet annuaire.sante.ameli.fr.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale : il s'agit de la part qui est remboursée par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale).

DE = Dépense Effective : il s'agit du montant total des dépenses engagées par l'assuré auquel est déduit le remboursement réalisé par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale).

SOINS COURANTS ⁵		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Honoraires médicaux généraliste Consultation, consultation en ligne, visite	Praticien adhérent DPTAM *	100% BR	150% BR	220% BR	400% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	100% BR	130% BR	200% BR	200% BR
Honoraires médicaux spécialiste Consultation, consultation en ligne, visite	Praticien adhérent DPTAM *	195% BR	220% BR	300% BR	450% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Actes techniques médicaux	Praticien adhérent DPTAM *	150% BR	170% BR	170% BR	250% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	130% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale + actes d'échographie	Praticien adhérent DPTAM *	100% BR	145% BR	170% BR	350% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical : appareillage et prothèses médicales (<i>Hors aides auditives et optique</i>)		175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de transport sanitaire : ambulance, taxi conventionné (<i>Hors SMUR</i> ⁶)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments	Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

⁵ Auprès d'un professionnel conventionné ou non.

⁶ SMUR : Service Médical d'Urgence Régional : il s'agit d'une organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

SOINS COURANTS ⁷	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale				
Médecines douces ⁸ : Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue (Sur présentation d'une facture originale)	2 consultations plafonnées à 30 €	3 consultations plafonnées à 30 €	4 consultations plafonnées à 30 €	5 consultations plafonnées à 50 €
Sevrage tabagique ⁷ (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)			50 €	100 €
Vaccin antigrippal ⁷ (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)			Frais réels plafonnés à 15 €	Frais réels plafonnés à 70 €
Contraception féminine ⁷ (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)			50 €	100 €
Équilibre alimentaire et produits diététiques ⁷ (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)			60 €	60 €
Ostéodensitométrie osseuse ⁷ (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)			50 €	100 €
Autres vaccins ⁷ (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)			90 €	100 €
Assistance Santé	Oui	Oui	Oui	Oui

⁷ Après d'un professionnel conventionné ou non.

⁸ Par année civile et par bénéficiaire.

DENTAIRE ⁹		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Soins et prothèses « 100% Santé »	Équipements « 100% santé » *	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge
Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie (sans dépassement d'honoraire)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie (avec dépassements d'honoraires)	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
	Inlay/onlay	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Prothèses ¹⁰ Tarif maîtrisé	Dents du sourire ¹¹	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
	Dents de fond de bouche ¹²	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
	Inlays cores	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Prothèses ¹⁰ Tarif libre	Dents du sourire ¹¹	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
	Dents de fond de bouche ¹²	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
	Inlays cores	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Implantologie ¹³	Couronne sur implant : dents du sourire ¹¹	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
	Couronne sur implant : dents de fond de bouche ¹²	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
Orthodontie ¹⁴ - Par semestre de traitement et par bénéficiaire		250% BR	300% BR	350% BR	450% BR
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Parodontologie - Par an et par bénéficiaire			200 €	300 €	300 €
Prothèses	Couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées (vivantes) - Par année et par bénéficiaire	150 €	200 €	300 €	300 €
Implantologie	Racine et pilier implantaire - Par année et par bénéficiaire	500 €	500 €	500 €	800 €
Orthodontie ¹⁴	Au-delà de 25 ans : sur avis du chirurgien-dentiste consultant de l'organisme assureur - Par semestre de traitement et par bénéficiaire		250% BR ¹⁵	250% BR ¹⁴	350% BR ¹⁵

* Dispositif « 100 % Santé » par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

DS

DM

⁹ Auprès d'un professionnel conventionné ou non.

¹⁰ Application d'un Plafond prothèse dentaire hors équipement « 100% Santé » : trois (3) prothèses, quelles que soient leurs natures, par an et par bénéficiaire. Au-delà de ce plafond, la prise en charge est limitée à 125% de la BR des frais de soins dentaires prothétiques (décret n° 2019-21 du 11/01/2019).

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

¹² Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

¹³ Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et à tarifs libres.

¹⁴ Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la Base de Remboursement de l'acte indiqué sur la ligne correspondant aux soins et prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

¹⁵ Dans ce cas, le remboursement opéré par l'organisme de complémentaire santé est réalisé par référence à la Base de Remboursement reconstituée de la cote « TO90 ».

AIDES AUDITIVES ¹⁶		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Aides auditives de classe I ** (Équipements « 100 % Santé » *)		100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge
Aides auditives de classe II ** ¹⁷ - <i>Par oreille</i>	Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité ¹⁸	450 €	600 €	1000 €	1000 €
	Bénéficiaire à compter du 21 ^{ème} anniversaire				
Accessoires et fournitures		TM	TM	TM	TM
<p>* Dispositif « 100 % Santé » par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.</p> <p>** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B.</p> <p>BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.</p> <p>TM = Ticket Modérateur : il s'agit de la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).</p>					

¹⁶ Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre (4) ans dans les conditions précisées par la « Liste des produits et prestations » (LPP) de la nomenclature de la Sécurité sociale (accessible sur le site www.ameli.fr).

¹⁷ Dans la limite de 1700 € (hors accessoires) par aide auditive (Ticket Modérateur et remboursement par l'assurance maladie obligatoire compris). Au minimum, remboursement de 100% BR.

¹⁸ La cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.

OPTIQUE ¹⁹		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Lunettes Monture + 2 verres ²⁰ de Classe A	Équipement « 100% Santé » * (Y compris examen de la vue par l'opticien)	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge
Lunettes Monture + 2 verres ¹⁹ de Classe B	Par verre Par monture	Voir tableau « Base conventionnelle »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 1 »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 2 »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 3 »
Lentilles prescrites – Par année et par bénéficiaire		85 €	100 €	200 €	350 €
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Lentilles prescrites jetables ²¹ - Par année et par bénéficiaire		85 €	100 €	200 €	350 €
Chirurgie optique réfractive - Par œil		600 €	700 €	750 €	1000 €

* Dispositif « 100 % Santé » par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

¹⁹ Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de seize (16) ans révolus. Renouvellement tous les six (6) mois pour les enfants de moins de six (6) ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les deux (2) ans à compter du 16^{ème} anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres).

²⁰ Les verres sont définis par les codes « Liste des produits et prestations » (LPP) de la nomenclature de la Sécurité sociale (accessible sur le site www.ameli.fr).

²¹ Pour les lentilles jetables acceptées, au minimum remboursement du Ticket Modérateur (TM) qui est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

VERRES DE « CLASSE B » ET MONTURES (Montant total de la garantie, Sécurité sociale incluse)	BASE CONVENTIONNELLE		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3	
	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)
Par verre Unifocal, Sphérique								
Sphère de -6 à +6	70 €	40 €	80 €	50 €	90 €	60 €	115 €	75 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	80 €	75 €	90 €	85 €	100 €	95 €	125 €	120 €
Sphère < -12 ou > +12	90 €	80 €	100 €	90 €	110 €	100 €	140 €	125 €
Par verre Unifocal, Sphérique-cylindrique								
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	80 €	50 €	90 €	60 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +6	80 €	50 €	90 €	60 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	80 €	70 €	90 €	70 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Cylindre ≤ +4, sphère < -6	90 €	80 €	100 €	90 €	110 €	100 €	140 €	125 €
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	100 €	90 €	110 €	100 €	120 €	110 €	150 €	140 €
Cylindre > +4, sphère < -6	110 €	100 €	120 €	110 €	130 €	120 €	165 €	150 €
Par verre Multifocal ou progressif sphérique								
Sphère de -4 à +4	130 €	105 €	140 €	115 €	160 €	125 €	200 €	155 €
Sphère de < -4 ou > +4	140 €	115 €	150 €	125 €	170 €	135 €	215 €	170 €
Par verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique								
Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	150 €	125 €	160 €	135 €	180 €	145 €	225 €	180 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +8								
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8								
Cylindre > +4, sphère de -8 à 0								
Sphère < -8								
Par monture								
Monture	80 €	60 €	100 €	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €

Article 5
Montant des cotisations

Les dispositions de l'annexe II de l'accord de branche du 07/10/2015 relatif à la complémentaire santé sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

L'annexe III de l'accord de branche du 07/10/2015 relatif à la complémentaire santé est modifié de la manière suivante :

« Annexe III Montant des cotisations

Article 1
Régime de base conventionnel

La commission paritaire de la branche des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils recommande pour les tableaux des garanties du régime de base conventionnel figurant à l'annexe I du présent accord un montant de cotisations pour le régime de base obligatoire (base conventionnelle) de 50 € par mois. Ce montant de cotisation s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2021 et restera inchangé en 2022.

Article 2
Tableau détaillé des cotisations de base et des montants des options

	Garanties obligatoires et facultatives	Salarié + Enfant(s)	Conjoint
REGIME GENERAL (RG)	Base	50,00 €	43,50 €
	Option 1	12,00 €	10,50 €
	Option 2	27,50 €	23,50 €
	Option 3	52,50 €	46,50 €
	Base + option 1 obligatoire	60,00 €	54,00 €
	Option 2	15,50 €	13,00 €
	Option 3	40,50 €	36,00 €
	Base + option 2 obligatoire	73,50 €	67,00 €
	Option 3	25,00 €	23,00 €
	Base + option 3 obligatoire	98,50 €	90,00 €
REGIME LOCAL (ALSACE - MOSELLE)	Base	33,00 €	29,00 €
	Option 1	12,00 €	10,50 €
	Option 2	27,50 €	23,50 €
	Option 3	52,50 €	46,50 €
	Base + option 1 obligatoire	43,00 €	39,50 €
	Option 2	15,50 €	13,00 €
	Option 3	40,50 €	36,00 €
	Base + option 2 obligatoire	56,50 €	52,50 €
	Option 3	25,00 €	23,00 €
	Base + option 3 obligatoire	81,50 €	75,50 €

Exemple : si une entreprise (hors Alsace-Moselle) choisit de rendre obligatoire l'option 1, alors le tarif est de 60 €. Si le salarié souhaite bénéficier de l'option 3, alors le tarif sera majoré de 40,50 €, soit 100,50 €. »

Article 6

Option facultative « renfort hospitalisation »

Une option facultative « renfort hospitalisation » est proposée :

Option « renfort hospitalisation » *	Option « Non Responsable » (en complément du Socle ou des options)
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique) En établissement conventionné ou non (En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur) ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE Honoraires (y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds)	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	-
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 200% BR

* Hors périmètre de mutualisation du régime.

Cotisation :

Option « Renfort hospitalisation »	Régime Général et Alsace-Moselle
Salariés + enfant(s) à charge	1,75 €/mois
Conjoint	1,50 €/mois

La cotisation est financée à 100% par le salarié.

Article 7

Stipulations pour les entreprises de moins de cinquante (50) salariés

En application de l'article L.2261-23-1 du code du travail, les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de dispositions spécifiques aux entreprises de moins de cinquante (50) salariés visées à l'article L.2232-10-1 du code du travail, dans la mesure où l'accord a vocation à s'appliquer uniformément à toutes les entreprises de la Branche quelle que soit leur taille.

Article 8

Champ d'application- durée – entrée en vigueur - Formalités et extension

Le champ d'application du présent accord est celui défini à l'article 1 de la convention collective des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils du 15/12/1987 (IDCC n°1486).

Le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective nationale des associations agréées de surveillance de la qualité de l'air du 03/10/2001 a été inclus dans celui de la convention collective nationale des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils, et sociétés de conseils par arrêté du 01/08/2019. Il est convenu d'exclure les Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air du champ d'application professionnel du présent accord.

Les dispositions du présent accord permettent une régulation économique équitable entre toutes les entreprises de la branche. Elles s'appliquent donc indistinctement à tous les salariés des entreprises relevant de la convention de branche des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils, quel que soit leur effectif.

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet à compter du 01/01/2021. Il s'incorpore à l'accord de branche du 07/10/2015 qu'il modifie. Il est donc régi par les mêmes modalités de suivi, révision et dénonciation.

Le présent avenant est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail et fera l'objet d'une demande d'extension par la partie la plus diligente auprès du ministre du travail.