

## SOLIDARITÉS

### ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 18 février 2014 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (JORF n° 0051 du 1<sup>er</sup> mars 2014)**

NOR : AFSA1404252A

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-6 et R. 314-197 à R. 314-200 ;  
Vu les avis de la Commission nationale d'agrément, mentionnée à l'article R. 314-198, en date du 23 janvier 2014 ;  
Vu les notifications en date du 17 février 2014,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont agréés, sous réserve de l'application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur, à compter de la date prévue dans le texte ou, à défaut, de la date de publication du présent arrêté au *Journal officiel* de la République française, les accords collectifs de travail et décisions suivants :

I. – *Branche de l'aide à domicile*

Avenant n° 12 du 25 juin 2013 relatif à la prévention de la pénibilité.

II. – *Centre de protection infantile de Montaury  
Croix-Rouge française (30900 Nîmes)*

Avenant du 18 novembre 2013 relatif à l'aménagement du temps de travail.

III. – *Association pour l'accueil, la reconnaissance, la responsabilité,  
l'innovation et l'accompagnement (ARRIA) (44000 Nantes)*

Accord du 27 février 2013 relatif au droit individuel à la formation.

IV. – *APEI de Douai  
(59500 Douai)*

Accord d'entreprise du 25 juin 2012 relatif à l'adaptation du statut collectif de l'institut médico-adaptatif (IMA) de Montigny-en-Ostrevent.

V. – *ADAPEI de l'Oise  
(60600 Étouy)*

Accord d'entreprise du 7 février 2013 relatif au droit d'expression des salariés.

VI. – *ADAR du Calais  
(62231 Coquelles)*

Accord d'entreprise du 17 août 2011 relatif aux modalités d'utilisation des heures de délégation par les représentants du personnel.

VII. – *Association La Pierre angulaire  
(69140 Rillieux-la-Pape)*

1. Accord d'entreprise du 4 juillet 2013 relatif à l'aménagement du temps de travail.
2. Accord d'entreprise du 5 juillet 2013 relatif à la durée quotidienne du travail.

VIII. – *Résidence Paul Idier*  
(74290 Veyrier-du-Lac)

Accord d'entreprise du 10 juillet 2013 relatif au maintien du dispositif applicable avant la recommandation patronale FEHAP.

IX. – *Comité d'études, d'éducation et de soins*  
*auprès des personnes polyhandicapées (CESAP) (75013 Paris)*

Accord collectif d'entreprise du 3 juin 2013 relatif à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

X. – *Association Sauvegarde de l'enfance de Tarn-et-Garonne*  
(82013 Montauban)

1. Avenant n° 4 du 5 juillet 2013 relatif à l'aménagement du temps de travail.
2. Avenant n° 5 du 5 juillet 2013 relatif aux congés payés.

XI. – *ADAPEI du Var*  
(83160 La Valette-du-Var)

Accord collectif du 10 juillet 2013 relatif à la mise en œuvre d'une mutuelle obligatoire de groupe.

XII. – *Association Delta Plus*  
(87350 Panazol)

1. Accord d'entreprise du 5 octobre 2012 relatif au droit individuel à la formation.
2. Accord d'entreprise du 5 octobre 2012 relatif aux transferts.
3. Accord d'entreprise du 26 octobre 2012 relatif au travail de nuit.

Article 2

N'est pas agréé l'accord collectif de travail suivant :

I. – *Association départementale pour l'aide à l'enfance*  
*et aux adultes en difficulté (ADAEA) (27000 Évreux)*

Accord du 15 juin 2012 relatif au droit à congé, au maintien de la rémunération, à majoration d'ancienneté et au CET.

Article 3

La directrice générale de la cohésion sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 18 février 2014.

Pour la ministre et par délégation :  
*La chef de service,*  
*adjoindte à la directrice générale*  
*de la cohésion sociale,*  
V. MAGNANT

*Nota.* – Le texte de l'accord cité à l'article 1<sup>er</sup> (I) ci-dessus sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités n° 02/14, disponible sur les sites intranet et internet du ministère de la santé et des sports.

AVENANT N° 12/2013 À LA CONVENTION COLLECTIVE DE LA BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES À DOMICILE RELATIF À LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ

Article 1<sup>er</sup>

*Objet*

Le présent avenant vient compléter les dispositions du chapitre IV du titre IV de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile de la manière suivante:

« Article 21.5

*Prévention de la pénibilité*

Article 21.5.1

*Préambule*

Conformément aux dispositions de l'article IV-21.2, le présent avenant témoigne de la volonté des partenaires sociaux de mettre en place des dispositifs concourant à l'amélioration de la santé au travail des salariés, à la prévention des risques professionnels et de la pénibilité liés à l'exercice professionnel.

Il s'inscrit dans les orientations développées par la branche en matière de santé au travail (chapitre 4 du titre IV), de formation professionnelle (titre VI), d'emploi des seniors (titre X) et de prévention des risques psycho-sociaux (avenant n° 13/2013).

Il est rappelé que la prévention des risques professionnels est une préoccupation de tous les partenaires. Elle relève de la responsabilité de l'employeur. Le salarié est aussi tenu de respecter les instructions qui lui sont données, conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les partenaires sociaux affirment la nécessité de mettre en place des actions concrètes, durables et efficaces qui associent employeur, encadrement, instances représentatives du personnel et l'ensemble du personnel. Cette réflexion peut aussi être menée, le cas échéant, dans la commission de concertation départementale. Les réponses apportées doivent tenir compte de la réalité du terrain et justifient donc une approche complémentaire au niveau de la branche et des structures.

Les objectifs recherchés à travers cet avenant sont de mener une politique volontariste de prévention des risques professionnels et de développer une politique de bien-être au travail, facteurs de performance et permettant de diminuer les coûts de la protection sociale.

Article 21.5.2

*Objet*

Le présent avenant est conclu en faveur de la prévention de la pénibilité dans la branche et dans l'entreprise, conformément à l'article 77 de la loi du 10 novembre 2010 portant réforme des retraites et en déclinaison du chapitre 4 du titre IV de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

Il vise à définir des priorités et des actions concrètes de prévention des risques professionnels et de la pénibilité dans les structures du secteur et à en organiser le suivi.

Les réponses apportées doivent tenir compte de la réalité du terrain.

Article 21.5.3

*Engagements de la branche*

Cet avenant vise à :

- préserver la santé physique et mentale des salariés de la branche ;
- améliorer l'organisation et leurs conditions de travail afin de leur permettre d'exercer au mieux leur métier ;
- de limiter les risques d'affectation de leurs capacités, la survenance d'accidents du travail et maladies professionnelles.

Il s'agit de veiller au développement et au maintien dans l'emploi ainsi qu'au renforcement de la prévention des risques professionnels sur le lieu de travail du salarié.

Les dispositifs mis en œuvre doivent aussi concourir à :

- l'amélioration de la qualité du service rendu ;
- l'accroissement de l'attractivité des emplois du secteur ;
- la fidélisation des salariés ;
- la conciliation entre la vie privée et l'activité professionnelle ;
- la valorisation de l'image des structures de l'ensemble du secteur.

Les employeurs et les organisations syndicales signataires s'engagent conjointement pour la mise en œuvre des mesures contenues dans le présent avenant.

#### Article 21.5.4

##### *Le champ de la pénibilité*

Les partenaires sociaux définissent la pénibilité comme la conséquence de l'exposition à des sollicitations physiques et/ou psychiques, de certains rythmes et formes d'activités professionnelles exercées dans la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et services à domicile, et de types d'organisation du travail qui laissent ou sont susceptibles de laisser des traces durables et identifiables, réversibles ou irréversibles, sur la santé et/ou l'espérance de vie des salariés.

Les salariés selon leurs catégories d'emploi, leur lieu de travail et les conditions d'exécution de leur mission (en particulier au domicile privé des usagers), sont susceptibles d'être soumis à un ou plusieurs facteurs de pénibilité.

#### Article 21.5.5

##### *Nécessité de mise en œuvre d'un accord d'entreprise ou d'un plan d'actions pour les entreprises*

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, toutes les structures – quel que soit leur effectif – doivent mettre en place un document unique d'évaluation des risques professionnels.

En application des articles R.4121-1 et suivants 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 travailleurs à laquelle il procède.

Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement.

Le présent avenant relatif à la prévention de la pénibilité s'applique aux structures comprenant de 1 à 299 salariés dont 50 % des salariés sont exposés à des facteurs de risques de pénibilité. Au-delà du seuil de 299 salariés, un accord d'entreprise est négocié ou un plan d'actions est élaboré. Le présent avenant pourra servir de guide pour ces structures.

##### *a) Structures dont l'effectif est de 50 salariés ETP et plus*

Dès lors qu'une structure note une exposition de plus de 50 % de ses salariés aux facteurs de pénibilité définis à l'article D. 138-27 du code de la sécurité sociale, elle est tenue de négocier un accord d'entreprise ou d'élaborer un plan d'actions en vue de supprimer ou réduire les expositions aux facteurs de pénibilité.

##### *b) Structures dont l'effectif est inférieur à 50 salariés ETP*

Dès lors qu'une structure note une exposition de plus de 50 % de ses salariés aux facteurs de pénibilité définis à l'article D. 138-27 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux préconisent de négocier un accord d'entreprise ou d'élaborer un plan d'actions en vue de supprimer ou réduire les expositions aux facteurs de pénibilité.

Dans ces structures, chaque année, une réunion devra être organisée avec les délégués du personnel, s'ils existent, sur le thème de la prévention de la pénibilité.

Article 21.5.6

*Diagnostic préalable des facteurs de risque de pénibilité*

a) Diagnostic au niveau de la branche

Les partenaires sociaux de la branche disposent d'outils leur permettant de connaître précisément les risques professionnels présents dans le secteur. Ainsi, l'INRS, des organismes de prévoyance et la CNAMTS, grâce à la mission nationale aide à domicile, ont recueilli des données et/ou élaboré des outils.

Nous pouvons ainsi citer de manière non exhaustive les risques professionnels suivants qui, au regard de ces données, sont très présents et récurrents dans le secteur d'activité de l'aide à domicile :

- la manutention manuelle de charges;
- les postures pénibles;
- les horaires contraignants;
- le travail à temps partiel contraint;
- le travail « isolé »;
- tout type de travail de nuit;
- le risque routier;
- le risque d'accident de plain-pied.

Les partenaires sociaux disposent également de données chiffrées *via* la direction des risques professionnels de la CNAMTS sur la sinistralité en termes d'accident de travail. Les données ci-après datent de l'année 2008.

Dès 2013, les partenaires sociaux disposeront de données annuelles ne concernant que le champ de l'aide à domicile. Pour autant, les chiffres ci-après sont des indicateurs pertinents sur la sinistralité en matière d'accident de travail dans les secteurs d'activité des soins et de l'aide à domicile.

Le taux d'accident de travail s'élève à 47,8 pour 1 000 salariés contre 38 pour 1 000 salariés pour l'ensemble des activités tous secteurs d'activité (CTN) confondus.

Parmi les quatre indicateurs de sinistralité, trois mettent en évidence une sursinistralité de la population des services d'aide et de soins à domicile (SASAD).

INDICATEUR	SASAD	ENSEMBLE (tous CTN confondus)
Indice de fréquence	47,8	38
Taux de fréquence	31,6	24,7
Taux de gravité	1,76	1,31
Indice de gravité	14,9	16,1

En différenciant la sinistralité suivant les secteurs de l'aide et du soin, nous constatons une sinistralité plus importante dans le secteur de l'aide à domicile.

INDICATEURS	SOINS	MIXTE	AIDE	ENSEMBLE (SASAD)
Indice de fréquence	43,9	49,2	51,5	47,8
Taux de fréquence	28,2	31,8	36,0	31,6
Taux de gravité	1,45	1,82	2,15	1,76

Des éléments qualitatifs mettent en évidence dans cette étude que :

- les éléments matériels en cause le plus fréquemment sont les accidents de plain-pied, la manutention manuelle et les divers (agents matériels non classés ailleurs...);
- le siège des lésions sont le tronc, les localisations multiples;
- la nature des lésions : douleurs à l'effort et lumbago.

b) Diagnostic au niveau de l'entreprise

Aux termes de l'article D. 138-28 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de la négociation d'un accord d'entreprise ou de l'élaboration d'un plan d'actions, la mise en œuvre d'une démarche de prévention nécessite un diagnostic préalable des situations de pénibilité dans l'entreprise.

Le diagnostic préalable doit permettre de choisir les axes prioritaires et les actions à mettre en œuvre en vue de remplir des objectifs chiffrés de progression. Des indicateurs définis pour chaque action permettront d'en mesurer l'efficacité sur une période de trois ans.

Celui-ci est réalisé grâce à :

- l'inventaire des risques par unité de travail contenu dans le document unique d'évaluation des risques professionnels;
- la fiche d'entreprise réalisée par le médecin du travail qui identifie les risques et les effectifs de salariés exposés;
- les fiches individuelles des salariés.

Dans notre secteur d'activités, le déplacement des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou des délégués du personnel sur le lieu de travail est interdit par la réglementation puisqu'il s'agit d'un domicile privé. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) doit être mis à jour, dès lors qu'un nouveau risque est identifié lors d'une évaluation à domicile.

Par exemple, quand la perte d'autonomie de l'utilisateur évolue et que cela a des incidences sur les conditions d'exercice, le DUERP sera mis à jour.

L'objectif est de prendre en compte la réalité du travail des intervenants à domicile afin d'élaborer le DUERP, puis des plans d'actions de prévention visant à réduire les pénibilités subies par les intervenants.

Les structures doivent mettre en œuvre une démarche de prévention ciblée, en partenariat, avec les membres du CHSCT, et à défaut des délégués du personnel.

Pour aider au diagnostic des situations de travail, la CNAMTS avec l'INRS a élaboré des outils destinés aux intervenants à domicile. Une formation adaptée (exemple : CPS, gestes et postures, etc.) complète utilement ces outils et sera proposée aux intervenants à domicile.

Cette phase d'évaluation des besoins et des conditions d'exercice professionnels implique un dialogue entre la personne accompagnée, la personne qui évalue et les intervenants à domicile.

### c) Les indicateurs d'évaluation des actions entreprises

Les indicateurs suivants peuvent permettre de mesurer l'état de santé des salariés de la branche et l'efficacité des actions de prévention mises en œuvre dans les entreprises :

- absentéisme;
- turnover;
- abandons de poste;
- indice de fréquence des accidents du travail<sup>1</sup>;
- taux de fréquence<sup>2</sup> des accidents du travail;
- taux de fréquence des accidents de trajet;
- taux de gravité des incapacités temporaires<sup>3</sup>;
- taux moyen d'incapacité permanente<sup>4</sup>;
- évolution des maladies professionnelles, et en particulier des troubles musculo-squelettiques;
- nombre de salariés ayant une incapacité permanente au titre de l'entreprise ou d'un employeur antérieur;
- nombre de droits d'alerte et de droits de retrait déclarés;
- évolution de la cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles;
- nombre de salariés déclarés inaptes (total ou partiel);
- nombre de professionnels formés à la formation CPS.

---

<sup>1</sup> Nombre d'accidents x 1 000/nombre de salariés.

<sup>2</sup> Nombre d'accidents x 1 000 000/nombre d'heures travaillées.

<sup>3</sup> Nombre de journées d'incapacité temporaire pour 1 000 heures de travail.

<sup>4</sup> Total des taux d'incapacités permanentes.

## Article 21.5.7

### *Les axes prioritaires de la prévention de la pénibilité au niveau de la branche*

En référence au décret n° 2011-824 du 7 juillet 2011, les partenaires sociaux entendent privilégier la réduction des polyexpositions aux facteurs de pénibilité ainsi que l'amélioration des conditions de travail, notamment au plan organisationnel, et le développement des compétences et des qualifications des personnels d'intervention au domicile des particuliers.

#### a) La réduction des polyexpositions aux facteurs de pénibilité

##### Au niveau de la branche

Les partenaires sociaux s'engagent à diffuser à l'ensemble des structures les outils leur permettant d'identifier les facteurs de risques et la méthodologie à mettre en œuvre. Ainsi, la grille d'évaluation des facteurs de risques de la CNAMTS et les fiches outils pouvant exister doivent être portés à la connaissance de l'ensemble des partenaires dans les structures : employeurs, encadrants et représentants du personnel.

Objectifs chiffrés : 50 % des associations auront été destinataires des outils d'ici à la fin 2014 et 100 % d'ici à la fin 2015.

##### Au niveau de l'entreprise

Agir au niveau de l'entreprise est indispensable. Il sera systématiquement recherché, après l'évaluation des risques professionnels, la suppression ou la réduction de ces risques. Cela passe par un dialogue avec la personne aidée et/ou son entourage.

À titre d'exemple, il peut s'agir d'équiper le logement d'un lit médicalisé, de remplacer un produit toxique par un non toxique, de remplacer un ustensile de travail défectueux et dangereux, d'aménager l'espace de vie...

Cet axe de prévention doit aussi s'articuler avec les autres priorités d'action, soit l'amélioration des conditions de travail et le développement des compétences et des qualifications.

#### b) Le développement des compétences et des qualifications

Il s'agit de permettre à l'ensemble des professionnels des structures d'accéder à des connaissances et des compétences, notamment en matière d'évaluation des risques professionnels, puis de pouvoir proposer des actions visant à supprimer ou réduire ces risques.

Les actions décrites ci-dessous s'intègrent dans un fonctionnement de structure qui permette les échanges entre les intervenants à domicile, les personnels d'encadrement et l'employeur.

Les structures devront :

- proposer une formation adaptée à la prévention des risques liés à la pénibilité (exemples : le certificat prévention secours [CPS] de la CNAMTS et de l'INRS, la formation « gestes et postures ») aux intervenants à domicile et aux personnels encadrant ;
- mettre à disposition de l'encadrement les documents d'évaluation, de repérage des risques professionnels au domicile, leur en expliquer l'utilisation et les prendre en compte pour l'élaboration du DUERP et du plan de prévention en découlant à mettre en œuvre ;
- proposer aux salariés exposés à un ou plusieurs facteurs de risque des formations adaptées si le risque ne peut être supprimé, notamment dans le cadre du développement de nouveaux services ;
- organiser un accès prioritaire à des périodes de professionnalisation pour les salariés particulièrement exposés en matière de prévention des risques professionnels et, le cas échéant, dans le cadre d'une reconversion professionnelle ;
- communiquer annuellement et proposer l'accès à la formation professionnelle lors de l'entretien annuel et de l'entretien professionnel spécifique de seconde partie de carrière des salariés seniors qui a lieu tous les deux ans.

Les formations suivies seront intégrées dans le passeport formation de façon à valoriser les actions suivies.

Objectifs chiffrés : 20 % des salariés se seront vu proposer la formation CPS d'ici fin 2014 et 50 % d'ici fin 2015.

La grille d'évaluation des risques professionnels est utilisée dans 40 % des structures d'ici fin 2014 et 70 % d'ici fin 2015.

Le recensement au niveau national s'effectuera *via* l'élaboration du rapport de la branche.

c) L'amélioration des conditions de travail, et notamment d'ordre organisationnel

Au niveau de l'entreprise

Il s'agit de mettre en œuvre une organisation du travail qui permette de préserver la santé des salariés. L'organisation de la journée devra aussi tenir compte des temps de déplacement entre chaque intervention.

La pause-déjeuner devra être prévue dans l'organisation du travail. Le temps consacré au repas ne peut être inférieur à une demi-heure et ne peut en aucun cas comprendre un déplacement lié à une intervention.

Les structures peuvent utiliser les temps de concertation prévus par l'article V.3 de la CCB pour favoriser les échanges de pratiques entre intervenants, permettre des retours sur les situations rencontrées et difficiles à gérer seul. Cela pourra aussi être l'occasion de définir avec les professionnels des actions de prévention des risques professionnels à mettre en œuvre.

Cette démarche d'amélioration des conditions de travail peut être réalisée en concertation avec la médecine du travail et les organismes préventeurs (exemples: INRS, CARSAT, ARACT...).

Un référent santé est désigné sur la base du volontariat, conformément aux articles L. 4644-1 et suivants du code du travail.

Le référent santé sera formé aux enjeux, à la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, concertée et globale de la démarche de prévention de la pénibilité, et des problématiques spécifiques de la branche.

La structure organisera un accès prioritaire à des postes de travail de jour pour des salariés ayant occupé un poste de nuit pendant cinq ans, quand les salariés en font la demande. S'agissant du travail de nuit, les salariés doivent bénéficier pendant leur période de travail de nuit d'une possibilité de se détendre dans un fauteuil adapté.

La structure proposera aux salariés s'approchant de leur départ à la retraite d'exercer la fonction de tuteur.

Objectifs chiffrés: 40 % des structures ont mis en place des temps de concertation d'ici fin 2014, 60 % d'ici fin 2015 et 80 % d'ici fin 2016.

Au niveau de la branche

Afin de connaître et d'évaluer les actions mises en œuvre, les partenaires sociaux s'engagent à recueillir auprès des structures les actions entreprises *via* un questionnaire annuel. Les actions innovantes pourront être valorisées dans un objectif de mutualisation des pratiques favorisant la prévention des risques professionnels. Ce questionnaire sera élaboré paritairement dans les six mois suivant la signature du présent avenant.

Article 21.5.8

*Sensibilisation, information et formation des acteurs de l'entreprise*

Un volet spécifique relatif à la prévention des risques professionnels sera développé dans le bilan d'activité de la structure. L'objectif est de mettre en évidence les actions entreprises et leur impact sur la diminution de l'absentéisme, des AT/MP, du turnover et de faire le lien avec la qualité des services rendus. Ces informations peuvent être diffusées utilement auprès des partenaires extérieurs, et notamment des financeurs, de façon à veiller à l'adéquation des moyens octroyés aux besoins afin de garantir une qualité de service auprès des usagers.

Le responsable du personnel ayant reçu une délégation spécifique bénéficie des compétences nécessaires.

Les partenaires sociaux incitent à l'organisation d'une journée d'action tous les deux ans. Elle vise à réunir l'ensemble des parties prenantes à la démarche de prévention et à favoriser les échanges sur des thématiques spécifiques, et la valorisation, notamment, des bonnes pratiques. Elle permet de valoriser les actions déjà menées auprès de l'ensemble des partenaires. Elle vise également à développer une culture de la prévention pour l'ensemble du personnel.

Les membres du CHSCT reçoivent chaque année le rapport annuel faisant un bilan des évolutions des différents indicateurs et des actions menées au cours de l'année écoulée.

Les conditions de leur formation sont étudiées chaque année en vue d'adapter leur compétence à leurs missions.

Article 21.5.9

*Suivi national de l'accord au niveau de la branche*

Le présent avenant fera l'objet d'un suivi de la commission mixte paritaire une fois par an et ce jusqu'au terme des trois années de son application afin de permettre l'évaluation des actions entreprises et la redéfinition d'actions prioritaires pertinentes en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration de la santé au travail.»

Article 2

*Date d'entre en vigueur – Agrément*

L'avenant prendra effet sous réserve de son agrément, conformément aux dispositions de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit la parution au *Journal officiel* de son arrêté d'agrément.

Article 3

*Extension*

Les partenaires sociaux demandent également l'extension du présent avenant.

Fait à Paris le 25 juin 2013.

**Organisations d'employeurs**

USB-Domicile :

UNADMR  
Mme Maryse PINEAU  
Union nationale des associations ADMR  
184 A, rue du Faubourg-Saint-Denis, 75010 Paris  
signataire

UNA  
M. Yves VEROLLET  
Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles  
108-110, rue Saint-Maur, 75011 Paris  
signataire

ADESSA À DOMICILE FÉDÉRATION NATIONALE  
M. Hugues VIDOR  
350, rue Lecourbe, 75015 Paris  
signataire

FNAAFP-CSF  
Mme Claire PERRAULT  
Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire  
Confédération syndicale des familles  
53, rue Riquet, 75019 Paris  
signataire

**Organisations syndicales de salariés**

CFDT  
Mme Claudine VILLAIN  
Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux  
48-49, avenue Simon-Bolivar, 75019 Paris  
signataire

CFE-CGC  
M. Claude DUMUR  
Fédération française santé action sociale  
39, rue Victor-Massé, 75009 Paris  
non signataire

CFTC  
M. Gérard SAUTY  
Fédération nationale santé sociaux  
34, quai de la Loire, 75019 Paris  
non signataire

CGT  
Mme Maryline CAVAILLE  
Fédération nationale des organismes sociaux  
263, rue de Paris, Case 536, 93515 Montreuil Cedex  
non signataire

CGT-FO  
Mme Josette RAGOT  
Fédération nationale de l'action sociale Force ouvrière  
7, impasse Tenaille, 75014 Paris  
non signataire