

Avenant du 26 février 2021

à l'accord du 18 mars 2011 et à ses avenants
relatif à l'assurance complémentaire santé et à la prévoyance

NOR : ASET2251335M

IDCC : 2847

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Pôle emploi,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE-CGC ;

SNAP,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Par accord collectif du 18 mars 2011 modifié ensuite par avenants des 5 mai 2011, 17 juin 2014, 25 janvier 2016 et 9 décembre 2019, la direction de Pôle emploi et les organisations syndicales ont institué des garanties collectives obligatoires ou facultatives, pour les agents de Pôle emploi, en matière de remboursement de frais de soins de santé et de prévoyance (incapacité, invalidité et décès). À l'occasion du renouvellement du marché de couverture de ces garanties à compter du 1^{er} janvier 2022, les parties entendent maintenir ces régimes en les adaptant dans le cadre des dispositions du présent avenant.

Les parties s'entendent sur le maintien de l'article 49 § 2 de la convention collective de Pôle emploi résultant de l'accord du 25 janvier 2016.

Le dispositif continue de reposer sur la solidarité entre les affiliés et bénéficiaires, dans le respect des principes de transparence et de non-discrimination. Les garanties s'appliquent sans délai de carence, sans condition d'âge et sans questionnaire médical préalable. Il comprend un volet concernant la garantie de frais de soins de santé couvrant les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, et un volet prévoyance couvrant les risques d'incapacité de travail, d'invalidité et ceux liés au décès. Il prévoit également la possibilité de souscrire individuellement à titre facultatif une garantie dépendance.

Les prestataires et Pôle emploi devront proposer également des actions de sensibilisation visant à renforcer la prévention des risques en matière de santé.

Les garanties sont souscrites dans le cadre d'un « contrat solidaire et responsable » par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, afin de maintenir, au bénéfice des agents, la défiscalisation de leurs cotisations. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires concernant les contrats responsables, les parties s'engagent à adapter les dispositions du présent avenant pour en conserver la conformité.

Par ailleurs, Pôle emploi, souhaitant que les agents de droit public bénéficient des régimes frais de soins de santé et prévoyance, recherchera auprès des ministères compétents les dispositions réglementaires permettant la mise en œuvre desdits régimes.

Chapitre 1^{er} Bénéficiaires

Article 1.1 | Agents en activité

Les bénéficiaires de ces garanties sont les agents régis par la convention collective nationale de Pôle emploi sous contrat à durée indéterminée ou déterminée (dont les contrats aidés) et ceux relevant du décret statutaire de 2003, dès l'application du décret nécessaire à leur application, ainsi que les fonctionnaires détachés. Ces garanties s'appliquent dès l'affiliation, sans condition d'ancienneté et sans délai de carence, quelle que soit la nature du contrat de l'agent.

Article 1.2 | Agents en suspension de contrat rémunérée ou indemnisée

Les garanties sont maintenues aux agents dont le contrat est suspendu dès lors que la période de suspension est rémunérée ou indemnisée, quelle qu'en soit l'origine (maintien de salaire, indemnités journalières de sécurité sociale, pension d'invalidité, indemnité de formation, prestation de prévoyance...).

La cotisation est due selon les montants et la répartition prévus aux articles 2.2 et 2.8. Lorsque l'agent ne perçoit plus de rémunération de Pôle emploi, la cotisation est calculée sur la base de la dernière rémunération perçue au titre de son activité à Pôle emploi.

Article 1.3 | Agents en congé non rémunéré

Les agents placés pour une durée de plus d'un mois calendaire dans l'un des congés spéciaux sans rémunération mentionnés à l'article 28 de la convention collective nationale de Pôle emploi et ceux en congé pour raison familiale ou personnelle en application du titre V du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ainsi que les agents en congé pour convenance personnelle ou dans l'intérêt du service (articles 26 et 27 du décret statutaire de 2003) peuvent, sur leur demande, bénéficier du maintien de la garantie liée au remboursement des frais de santé et de celle liée à la prévoyance.

La cotisation due au titre du maintien des garanties est intégralement à la charge des agents concernés sur la base de la dernière rémunération perçue au titre de son activité à Pôle emploi.

Article 1.4 | Maintien des garanties pour les anciens agents

La couverture en matière de prévoyance et de frais de santé est maintenue :

- en cas de cessation du contrat de travail, dans les conditions de portabilité prévues par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- dans le cadre de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Évin), pour les retraités.

À titre facultatif, un contrat de frais de santé spécifique aux retraités, distinct de celui maintenu au titre de la loi Évin, sera proposé à un tarif préférentiel par l'organisme assureur. La cotisation due au titre de ce contrat est intégralement à la charge des retraités.

Article 1.5 | Dispenses

En application de l'article L. 911-7 et R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent être dispensés d'adhésion à leur demande :

a) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

b) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

c) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Les agents sous contrat à durée déterminée doivent formuler leur demande de dispense auprès de Pôle emploi à la signature de leur contrat de travail et après avoir reçu les notices d'information sur les régimes frais de santé et prévoyance ainsi que les formulaires d'adhésion spécifiant les tarifs.

L'affiliation et la dispense sont définitives pour toute la durée de leur contrat à durée déterminée.

Chapitre 2 Nature des garanties

Les garanties comportent deux volets, l'un concernant la garantie de frais de santé obligatoire, l'autre la prévoyance incapacité, invalidité, décès.

Volet 1 Garantie de frais de santé obligatoire

Article 2.1 | Nature de la garantie

Une garantie obligatoire de base assure le remboursement des dépenses de soins de santé de l'agent et de ses ayants-droits tels que définis à l'article 2.3 du présent avenant.

Ce remboursement intervient :

- en complément de la prise en charge de la sécurité sociale, dans le respect des dispositions relatives au contrat responsable ;
- pour la prise en charge de prestations non remboursées par la sécurité sociale mais prévues expressément par le présent avenant, et dans la limite des frais réellement exposés.

Les prestations sont détaillées dans le tableau joint en annexe 1. Elles respectent les obligations réglementaires prévues en matière de contrat responsable.

Par ailleurs, les candidats devront proposer dans le cadre de l'appel d'offres, une offre spécifique de remboursement complémentaire à adhésion facultative dont la cotisation est intégralement à la charge des agents et acquittée directement auprès de l'organisme assureur.

Article 2.2 | Financement

La garantie de frais de santé est financée par une cotisation mensuelle individuelle d'un montant différencié en fonction de la tranche de rémunération mensuelle du régime unifié Agirc-Arrco de l'agent couvert selon le tableau ci-dessous :

(Voir page suivante.)

Régime général	Cotisation globale		Part employeur		Part agent	
	Forfait mensuel	Salaire	Forfait mensuel	Salaire	Forfait mensuel	Salaire
Salaire ≤ T1	56,00 €	2,286 %	51,00 €	1,440 %	5,00 €	0,846 %
Salaire > T1 plafonné à 2 PMSS	61,00 €	2,286 %	51,00 €	1,486 %	10,00 €	0,800 %

Alsace-Moselle	Cotisation globale		Part employeur		Part agent	
	Forfait mensuel	Salaire	Forfait mensuel	Salaire	Forfait mensuel	Salaire
Salaire ≤ T1	49,00 €	1,092 %	44,00 €	0,612 %	5,00 €	0,480 %
Salaire > T1 plafonné à 2 PMSS	54,00 €	1,092 %	44,00 €	0,617 %	10,00 €	0,475 %

Il s'agit de montants maximum, qui pourront être revus à la baisse par décision de la direction de Pôle emploi en fonction des résultats de l'appel d'offres.

La cotisation annuelle est prise en charge globalement par Pôle emploi à hauteur de 75 % et par les agents à hauteur de 25 %. La part en pourcentage pourra varier pour garantir annuellement cette répartition.

En cas d'évolution de la cotisation, celle-ci sera prise en charge dans les mêmes proportions et selon la même répartition.

La part de la cotisation à la charge de l'agent est précomptée mensuellement par Pôle emploi.

Article 2.3 | Ayants droit de la garantie de base

Les prestations de la garantie de remboursement des frais de soins de santé sont accordées à l'agent assuré et à ses ayants droit, lesquels sont :

1. Le conjoint de l'agent, compris au sens de l'époux ou de l'épouse, du partenaire d'un pacte civil de solidarité ou du concubin, n'ayant pas de revenus d'activité ou de remplacement supérieurs au plafond d'attribution de la complémentaire santé solidaire sans participation financière pour une personne (art. L. 861-1 du code de la sécurité sociale).

2. Les enfants de l'agent ou de l'ayant droit visé au 1° :

- de moins de 18 ans, non-salariés, ou de moins de 21 ans exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du Smic annuel ;
- jusqu'à la fin du mois de leur 28^e anniversaire :
 - les enfants qui poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ;
 - les enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et qui perçoivent une rémunération limitée à un pourcentage du smic mensuel selon les règles en vigueur ;
 - les enfants primo demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi.

3. Les enfants dont le handicap reconnu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées justifie l'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », ou de l'allocation aux adultes handicapés, sans limite d'âge.

4. Les ascendants de l'agent ou de l'ayant droit visé au 1° à charge au sens de la législation fiscale ou vivant sous son toit et ne percevant pas de ressources supérieures aux plafonds d'octroi de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Article 2.4 | Régime optionnel

Le conjoint de l'agent, compris au sens de l'époux ou de l'épouse, du partenaire d'un pacte civil de solidarité ou du concubin, ainsi que ses ayants droit, autres que ceux couverts obligatoirement au titre de l'article 2.3 peuvent être affiliés facultativement à la garantie frais de santé en contrepartie d'une cotisation complémentaire optionnelle sans prise en charge par Pôle emploi.

La cotisation est exprimée sous la forme d'un montant forfaitaire mensuel revu annuellement afin de garantir l'équilibre de ce régime optionnel.

Le régime intervient en premier rang pour la personne affiliée qui ne bénéficie pas d'une garantie frais de santé obligatoire par ailleurs.

Le régime intervient obligatoirement en second rang et en complément pour la personne affiliée qui bénéficie d'une garantie frais de santé par ailleurs.

Les prestations décrites au présent avenant couvrent les bénéficiaires cotisants et ayants droit au titre de la garantie de base et des régimes optionnels selon leur niveau d'affiliation.

Volet 2 Garantie de prévoyance : invalidité, incapacité et décès

Article 2.5 | Nature de la garantie

Une garantie obligatoire de prévoyance assure une couverture des risques incapacité, invalidité et décès, prévoyant un versement en espèce en complément des prestations réglementaires et conventionnelles spécifiques aux deux statuts privé et public.

Cette couverture concerne :

- les pertes de salaire en cas d'arrêt de travail, d'incapacité et d'invalidité sous certaines conditions ;
- le décès, selon les cas par le versement d'un capital (décès ou invalidité absolue et définitive de l'agent) et/ou d'une rente éducation en cas de décès de l'agent couvert.

Les rentes sont versées mensuellement dans le respect des conditions législatives et réglementaires.

Article 2.6 | Financement

La garantie de prévoyance est financée par une cotisation dont l'assiette est la rémunération mensuelle brute totale de l'agent. La charge de la cotisation est répartie entre Pôle emploi et les agents conformément aux taux indiqués dans le tableau figurant à l'article 2.8.

Compte tenu des spécificités attachées à chacun des deux statuts, privé et public, en matière de durée d'indemnisation par Pôle emploi et/ou par le régime complémentaire de maintien du revenu en cas d'arrêt de travail, la cotisation relative à la garantie prévue à l'article 2.10 du présent avenant fera l'objet de deux tarifications distinctes.

Article 2.7 | Cotisations

Les cotisations individuelles sont exprimées sous forme d'un pourcentage de la rémunération mensuelle brute totale soumise à cotisation de sécurité sociale, réparti selon les tranches de rémunération (inférieure ou égale à la tranche 1 et supérieure à la tranche 1 mensuelle du régime unifié Agirc-Arrco) pour les agents de droit privé, tel que présenté dans le tableau figurant à l'article 2.8 du présent avenant.

Il s'agit d'un pourcentage maximum qui pourra être revu à la baisse par décision de la direction de Pôle emploi en fonction des résultats de l'appel d'offres.

La part de la cotisation à la charge de l'agent est précomptée mensuellement par Pôle emploi.

Article 2.8 | Répartition de la cotisation

La participation de Pôle emploi et des agents au financement de la cotisation se répartit comme suit selon la tranche de rémunération mensuelle du régime unifié Agirc-Arrco :

Agents de droit privé	Part salariale	Part employeur	Total
Salaire ≤ T1	0,574	1,634	2,208
Salaire > T1	1,567	1,927	3,494

Les taux de cotisations des agents de droit public sont fixés par décret en tenant compte du régime complémentaire « Maintien de revenu ».

La part en pourcentage pourra varier pour garantir annuellement cette répartition.

La cotisation mensuelle est prise en charge par Pôle emploi à hauteur de 70 % et par les agents à hauteur de 30 %.

En cas d'évolution de la cotisation, celle-ci sera prise en charge dans les mêmes proportions et selon la même répartition.

Article 2.9 | Les prestations

La garantie propose le choix entre deux options de couverture présentées dans le tableau figurant en annexe 2. Le montant de la cotisation est indépendant de l'option choisie.

Une option regroupe un ensemble prédéfini de prestations exprimées à des niveaux déterminés. Chaque agent choisit obligatoirement une option parmi celles proposées. En cas d'absence de choix, l'option 1 lui est appliquée par défaut.

En cas de demande de changement d'option, à la libre initiative de l'agent, celui-ci intervient au 1^{er} jour du mois suivant cette demande.

Article 2.10 | L'assurance incapacité (maladie, accident)

La garantie contre le risque d'incapacité de travail assure à l'agent, sans condition d'ancienneté, le versement d'indemnités journalières de prévoyance pendant toute la durée de l'absence et sous condition de perception des indemnités journalières de sécurité sociale.

La prestation ajoutée à celles de la sécurité sociale et au salaire éventuellement perçu ne doit pas conduire l'agent à percevoir plus que le maintien de sa rémunération nette d'activité.

Cette prestation permet de maintenir à l'agent des ressources mensuelles égales au maximum à un douzième de sa rémunération annuelle nette de référence totale au cours des douze mois ayant précédé la date d'arrêt de travail initial.

La direction générale prend toutes les dispositions évitant aux agents concernés d'être en rupture de versement financier de nature à créer un déséquilibre dans leurs ressources mensuelles.

Ces dispositions prendront la forme d'une avance sur versement, le premier mois des périodes à demi-traitement et sans traitement. Cette avance pourra être maintenue en cas de retard dans le versement de la prestation par l'organisme assureur.

Pour mémoire, la prestation n'est pas considérée comme de la rémunération pour la détermination du montant de l'indemnité 13^e mois et de l'allocation vacances et du taux IDCP.

La garantie contre le risque lié à l'invalidité assure le versement d'une rente mensuelle en complément de la pension d'invalidité de la sécurité sociale, aux agents reconnus en invalidité de première, deuxième ou troisième catégorie au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale jusqu'à l'âge légal de la retraite, sous réserve des conditions d'éligibilité.

Pour une invalidité de première catégorie au sens de la sécurité sociale ou pour les bénéficiaires d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente partielle compris entre 33 % et 65 %, la rente mensuelle ne peut excéder 40 % d'un douzième de la rémunération brute de référence totale de l'agent au cours des douze mois précédant la date d'arrêt de travail initial, ayant entraîné la reconnaissance de son invalidité, déduction faite du montant de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale tant qu'il remplit les conditions jusqu'à l'âge légal du départ en retraite.

Pour une invalidité de deuxième ou de troisième catégorie au sens de la sécurité sociale ou une invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle lorsque le taux d'incapacité permanente partielle ou totale est égal ou supérieur à 66 %, la rente mensuelle est égale à 80 % d'un douzième de la rémunération brute de référence totale de l'agent au cours des douze mois précédant la date d'arrêt de travail initial, ayant entraîné la reconnaissance de son invalidité, déduction faite du montant de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale et, de la rémunération totale ou partielle maintenue par Pôle emploi, ainsi que, le cas échéant, de la prestation versée au titre du régime de prévoyance complémentaire des agents de droit public institué par le décret n° 99-528 du 25 juin 1999 modifié. Chacune de ces deux rentes ne pourra, ajoutée aux prestations en espèce de même nature qui seraient servies par la sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire, ou à toute rémunération d'une activité à temps partiel (justifiée par des motifs thérapeutique) ou prestation de l'assurance chômage, permettre à l'agent de percevoir des sommes supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler.

Article 2.12 | La garantie décès

La garantie contre le risque lié à tout décès, hors exclusions légales, et à l'invalidité absolue et définitive assure, selon l'option souscrite par l'agent, le versement de prestations conformément au tableau joint en annexe 2.

Chapitre 3 Mesures en cas de déséquilibre financier des régimes obligatoires

En cas de déséquilibre financier des régimes obligatoires, constaté ou prévisible sur la base des comptes fournis par l'organisme assureur, notamment en cas de modification substantielle de la réglementation relative aux prestations de la sécurité sociale ou de la mise en conformité du contrat avec les dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 et 2 du code de la sécurité sociale relative aux contrats responsable, il pourra être fait application des mesures suivantes après avis de la commission de suivi prévue à l'article 6.3 :

1° La cotisation de la garantie de frais de santé pourra évoluer sur décision de la direction de Pôle emploi après avis consultatif de la commission de suivi, à partir de la quatrième année d'application du contrat, et dans la limite de 5 % du montant de la cotisation, pour compenser le solde débiteur du compte constaté ou projeté, après prélèvement sur la réserve générale complémentaire du régime dans la limite prévue à l'article 6.1, après épuisement de la réserve « santé ».

2° La cotisation de la garantie de prévoyance pourra évoluer sur décision de la direction de Pôle emploi après avis consultatif de la commission de suivi, à partir de la quatrième année d'application du contrat si le ratio sinistre/prime est égal ou supérieur à 102 % et ce dans la limite de 5 % du montant de la cotisation, afin de compenser le solde débiteur du compte constaté ou projeté, après prélèvement sur la réserve générale complémentaire du régime dans la limite prévue à l'article 6.1, après épuisement de la provision pour égalisation et de la réserve de stabilité.

3° Si les conditions de financement tel que prévues aux points 1 et 2 du présent chapitre sont insuffisantes, la direction s'engage à ouvrir des négociations visant à une évolution des cotisations de + ou - 5 % et/ou à une révision des prestations.

Chapitre 4 La garantie dépendance facultative

À titre facultatif, une garantie contre le risque lié à la dépendance est proposée pour assurer, aux agents qui y souscrivent, le versement d'une rente mensuelle lorsqu'ils justifient soit d'un classement en groupe iso-ressources 1 ou 2 (GIR 1 et 2) défini en application de l'article R. 232-3 du code de l'action sociale et des familles, soit de ne plus pouvoir exécuter les actes ordinaires de la vie courante au sens du 3° de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

Les cotisations devront être déterminées sur la base d'un montant mensuel de rente viagère égal à 500 euros par mois avec une proposition de barème de cotisations et de prestations pouvant permettre d'atteindre une rente égale à 2 500 euros par mois. Le prestataire devra proposer un indice de revalorisation annuelle dans le cadre de l'appel d'offres. Il ne sera appliqué aucune exclusion ou limite de prise en charge de cette garantie en dehors des exclusions ou limites légales.

Les agents bénéficiaires de cette garantie, partant à la retraite ou quittant Pôle emploi en cours de carrière, peuvent, s'ils le souhaitent, conserver cette garantie.

La souscription à la garantie dépendance est financée par des cotisations distinctes prélevées mensuellement par Pôle emploi sur les salaires des agents souscripteurs en activité. Les agents en retraite ou ayant quitté Pôle emploi verseront mensuellement leur cotisation directement à l'organisme assureur.

Chapitre 5 Actions de solidarité

Dans les cas particulièrement graves de gêne financière liée soit à l'absence ou l'insuffisance de remboursement de la sécurité sociale soit par suite d'accident de la vie, l'agent ou ses ayants droit, peuvent présenter une demande d'aide au titre de la solidarité auprès du fonds social collectif du ou des prestataires.

Lors de l'appel d'offres, les candidats devront proposer des solutions spécifiques et des services sans contrepartie de cotisations, à destination de tous leurs adhérents. Ces dispositifs porteront, entre autres, sur la santé et la prévoyance.

Chapitre 6 Conditions de mise en œuvre

Article 6.1 | Organismes assureurs

La mise en place de cette couverture de frais de soins de santé et de prévoyance fait l'objet de la conclusion de contrats pour une durée de 5 ans avec un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée après appel d'offres. Ces contrats peuvent être conclus auprès des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II

du code de la mutualité, à l'exception de celles bénéficiant pour les risques à garantir des dispositions de l'article L. 211-5 du code de la mutualité, ou d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou encore d'entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

Les contrats conclus prévoient la reprise de la réserve générale de Pôle emploi qui sera destinée à compenser un éventuel solde débiteur des comptes des régimes dans la limite de 70 % du montant de la réserve.

Article 6.2 | Appel d'offres

Au cours de la procédure d'appel d'offres, Pôle emploi veillera dans le choix des prestataires à leur capacité à mettre en œuvre l'ensemble des prestations des contrats, notamment la présence d'un réseau d'opticiens affiliés et le tiers payant, sur l'ensemble du territoire national.

Les organisations syndicales, signataires du présent avenant, sont associées à l'ensemble du processus du choix du ou des prestataires, notamment à l'élaboration du cahier des charges et à l'audition des soumissionnaires, sur la base d'un calendrier proposé par la direction.

Article 6.3 | Commission de suivi

Une commission paritaire nationale est instituée au niveau de la branche pour assurer le contrôle, l'analyse, le suivi des comptes et de la gestion de ce dispositif y compris sur les dispositifs facultatifs et les actions de solidarité. Par ailleurs, la direction présentera les modalités de récupération de l'avance lors du passage à demi-traitement ou sans traitement.

Cette commission est composée de trois membres, appartenant obligatoirement au personnel de Pôle emploi, par organisation syndicale signataire du présent avenant et de représentants de la direction de Pôle emploi, disposant d'un nombre de voix égal à celui de la délégation du personnel.

Les modalités de fonctionnement de cette commission sont fixées par son règlement intérieur adopté à la majorité de ses membres.

La commission veillera à vérifier l'impact de la mise en œuvre de ces garanties sur la population des femmes dans la continuité des travaux concernant l'égalité femmes/hommes. Des indicateurs pertinents et efficaces seront mis en place afin de vérifier que le présent accord ne vienne pas en aggravation de la situation des femmes à Pôle emploi, ni en accroissement des inégalités entre les femmes et les hommes.

Les organismes assureurs présentent annuellement à la commission de suivi un rapport sur l'équilibre financier des régimes frais de soins de santé et prévoyance obligatoires. Tout impact financier sur les régimes notamment lié à des évolutions législatives et/ou réglementaires fera l'objet d'un examen en commission de suivi.

Ils présenteront également un bilan annuel des actions de prévention menées en matière de santé et prévoyance.

Article 6.4 | Durée de l'avenant

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Le présent avenant révisé l'accord du 18 mars 2011 et ses avenants en se substituant à l'ensemble de leurs dispositions.

Il pourra être révisé par avenant dans les conditions légales, notamment dans les cas où les parties à négociation décident de mesures additionnelles et/ou substitutives ou, préalablement à la procédure d'appel d'offres effectuée avant l'échéance des contrats en cours.

Les parties conviennent d'engager la négociation sur la nature des garanties et leur financement au plus tard quinze mois avant l'échéance des contrats en cours.

Article 6.5 | *Date d'entrée en application*

Les dispositions du présent avenant entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022 à l'exception de l'article 6.2 applicable au lendemain de son dépôt.

Article 6.6 | *Dépôt et publicité*

Le présent avenant est déposé, conformément aux dispositions légales en vigueur, au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris et à la direction générale du travail selon les modalités en vigueur.

Le présent avenant peut faire l'objet d'une dénonciation dans les conditions fixées par le code du travail. Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois.

Fait à Paris, le 26 février 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Garantie de frais de santé

Les remboursements s'entendent remboursements de la sécurité sociale inclus et dans la limite des frais réellement engagés.

Postes		Niveau des garanties	
		Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, PSYCHIATRIQUE ET MATERNITE			
Frais de séjour, salle d'opération		600% BRSS	90% FR limité à 600% BRSS
Honoraires déclarés SS - Actes codifiés en K y compris IVG dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		600% BRSS	néant
Honoraires déclarés SS - Actes codifiés en K y compris IVG hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
Chambre particulière (frais hospitalisation chirurgicale) hors ambulatoire		3,5% PMSS / nuit	
Chambre particulière y compris maternité (frais hospitalisation médicale) hors ambulatoire		3,5% PMSS / nuit	
Chambre particulière en ambulatoire		2,7% PMSS / jour	
Forfait hospitalier		100% du forfait	
Frais d'accompagnement		4% PMSS/ jour (enfant à charge < 14 ans ou adulte > 70 ans)	
Indemnité compensatrice d'hospitalisation accordée à partir du 8ème jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans		2,5% PMSS / jour	
Transport (remboursé par la Sécurité sociale)		100% BRSS	
ACTES MEDICAUX			
Généralistes dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		100% FR limité à 300% BRSS	néant
Généralistes hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		100% FR limité à 200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
Spécialistes dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		100% FR limité à 500% BRSS	néant
Spécialistes hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		100% FR limité à 200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
Actes d'imagerie médicale dont radiologie dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		100% FR limité à 500% BRSS	néant
Actes d'imagerie médicale dont radiologie hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		100% FR limité à 200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité sociale		100% FR limité à 600% BRSS - SS	
Auxiliaires médicaux (honoraires paramédicaux)		200% BRSS - SS	néant
Actes techniques médicaux effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		100% FR limité à 500% BRSS	néant
Actes techniques médicaux effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾		100% FR limité à 200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
MEDICAMENTS	à 65%	100% BRSS	
REMBOURSES PAR	à 30%	100% BRSS	
SECURITE SOCIALE	à 15%	100% BRSS	
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES 100% SANTE		Sans reste à payer (2)	
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES AUTRES QUE 100% SANTE	Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	200% BRSS	
	Prothèse dentaire remboursée (y compris inlay core - clavette et couronne sur implant)	480% BRSS	
	Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale	300% BRSS reconstitué - SS	
	Parodontologie remboursée sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant	300% BRSS	
	Parodontologie non remboursée	15% PMSS par an et par bénéficiaire	
	Adjonction d'éléments intermédiaires à une prothèse plurale (bridge)	300% BRSS reconstituée - SS	
ORTHODONTIE	Orthodontie remboursée	450% BRSS	
	Orthodontie non remboursée	300% BRSS reconstituée - SS	
IMPLANTOLOGIE	Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire)	20% PMSS / implant (limité à 2 implants / an / bénéficiaire)	
AIDES AUDITIVES			
Renouvellement limité à un équipement tous les 4 ans par bénéficiaire			
Equipements 100% SANTE : classe I		Sans reste à payer (3)	
Equipements autres que 100% SANTE : classe II		Limité à 1700 € TTC par oreille à appareiller (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Appareil auditif et implant cochléaire remboursé par la Sécurité sociale		25,50% PMSS / prothèse ou implant	
Appareil auditif non remboursé par la Sécurité sociale		19,50% PMSS / prothèse	
OPTIQUE - EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)			
Renouvellement limité à 1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans / bénéficiaire sauf :			
✓ Bénéficiaires de moins de 16 ans			
✓ ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue			
Les remboursement s'entendent y compris les remboursements SS			
Equipements 100% SANTE : Classe A		Sans reste à payer (3)	
Equipements autres que 100% SANTE : Classe B		Réseau	Hors réseau*
Adultes			
Monture adulte		100 €	

Par verre simple - adulte	100% FR - SS limité à 160 € par verre	100% FR - SS limité à 120 € par verre
Par verre complexe - adulte	100% FR - SS limité à 300 € par verre	100% FR - SS limité à 250 € par verre
Par verre très complexe - adulte	100% FR - SS limité à 350 € par verre	
Enfants		
Monture enfant (moins de 16 ans)	100 €	
Par verre simple - enfant (moins de 16 ans)	100% FR - SS limité à 160 € par verre	100% FR - SS limité à 80 € par verre
Par verre complexe - enfant (moins de 16 ans)	100% FR - SS limité à 300 € par verre	100% FR - SS limité à 200 € par verre
Par verre très complexe - enfant (moins de 16 ans)	100% FR - SS limité à 350 € par verre	
Lentilles		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale y compris les lentilles d'adaptation	8% PMSS par paire	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables	8,5% PMSS / an / bénéficiaire	
CURE THERMALE remboursée par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires	15% PMSS (18 jours maxi)	
Frais de voyages et hébergement		
DIVERS		
Prime d'accueil de l'enfant (y compris adoption)	250 € par enfant	
Chirurgie de l'œil non prise en charge par la SS	25% PMSS / œil / an / bénéficiaire	
Matériel médical (appareil, orthopédie et autres prothèses médicales remboursée SS, hors aides auditives et optique)	365% BRSS	
Vaccins non pris en charge par la SS : anti grippe saisonnière	100% FR	
Vaccins pris en charge par la SS	100% FR	
Forfait actes médicaux > 120 €	100% du forfait	
Ostéodensitométrie osseuse	2% PMSS / an / bénéficiaire	
Contraceptifs oraux non pris en charge par la SS	5% PMSS / an / bénéficiaire	
Consultation Diététicien - Lutte contre l'obésité	3% PMSS / an / bénéficiaire	
Substituts nicotiniques prescrits par un médecin	50 € / an / bénéficiaire	
Consultation de médecine douce (actes réalisés par des spécialistes agréés) (4)	35 € / séance avec maxi 4 séances / an / bénéficiaire	
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	2 séances / an / bénéficiaire	
Dépistage des troubles de l'audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans	1 dépistage tous les 5 ans / bénéficiaire	
Actes de prévention : l'ensemble des actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale	100% BRSS	

* Le tarif "réseau" est appliqué lorsque l'agent a recours à un opticien hors réseau dès lors qu'aucun opticien du réseau n'est présent dans un rayon de 100 km autour de son domicile

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale - **FR** : Frais réels - **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

⁽¹⁾ Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, consulter le site annuaire.sante.ameli.fr.

⁽²⁾ Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.

⁽³⁾ Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.

⁽⁴⁾ Actes réalisés en France : Ostéopathie, psychologue, pédicure-podologue non remboursé, chiropractie

Délais de renouvellement optique :

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none"> 1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres .
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> variation 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. 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres .	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

Grille optique

VERRES SIMPLES
<ul style="list-style-type: none">• Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et $+6,00$ dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à $6,00$ dioptries.
VERRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none">• Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de $-6,00$ à $+6,00$ dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à $-6,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $6,00$ dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre $-4,00$ et $+4,00$ dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et $0,00$ dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à $8,00$ dioptries.
VERRES TRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none">• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de $-4,00$ à $+4,00$ dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à $-8,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie,*• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $8,00$ dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de l-8DI soit -9D

Annexe 2 Garanties prévoyance

Garanties	Options	
	Option 1	Option 2
CAPITAUX DECES TOUTES CAUSES Célibataire, marié, veuf, divorcé, séparé, PACS, concubin, union libre avec ou sans enfant Majoration par personne à charge	200% T1 T2 ¹ +75 % T1 T2 ¹	200% T1 T2 ¹ Néant
RENTE EDUCATION Enfants jusqu'à 11 ans révolus Enfants de 12 à 16 ans révolus Enfants de 17 ans et, si étude, de 18 à 26 ans révolus Rente orphelin ²	Néant Néant Néant Néant	10% T1 T2 ¹ 15% T1 T2 ¹ 18% T1 T2 ¹ 100 % rente éducation
GARANTIES ANNEXES DECES Capital supplémentaire décès accidentel	50 % T1 T2 ¹ +15% majoration par personne à charge	50 % T1 T2 ¹ +15% majoration par personne à charge
Décès postérieur du conjoint ³	50% Capital décès option 1	50% Capital décès option 1
Prédécès conjoint ou enfant à charge (à partir de 12 ans) ³	234% PMSS ⁷	234% PMSS ⁷
Invalidité absolue et définitive (IAD 3ème catégorie SS)	100% du Capital décès option 1 + 100% T1 T2 ¹	100% du Capital décès option 1 + 100% T1 T2 ¹
ARRET DE TRAVAIL En relais et complément de la rémunération maintenue par Pôle emploi / SS / autres prestations d'incapacité de travail (cf. article 2.10) Invalidité catégorie 1 Invalidité catégorie 2/3	100% du salaire net de référence ^{5a16} 40 % T1 T2 ⁴ 80 % T1 T2 ⁴	100% du salaire net de référence ^{5a16} 40 % T1 T2 ⁴ 80 % T1 T2 ⁴

1 **Tranche 1** : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale, ou salaire total si celui-ci est inférieur au plafond.

2 **Tranche 2** : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et huit fois ce plafond

3 En cas de décès simultané ou postérieur du dernier parent, ou lorsque les enfants deviennent orphelins des deux parents au jour du décès, il est versé à chaque enfant à charge une allocation complémentaire annuelle dont le montant est égal au montant de la rente servie à titre principal

4 Lorsque le décès du conjoint, partenaire de PACS ou concubin (ayant toujours cette qualité au jour du décès) survient simultanément ou postérieurement au décès de l'agent, ce capital est versé aux enfants à charge à cette date, réparti par part égale entre eux.

5 Selon la définition de l'article 2.11 du présent accord

6 Le salaire de référence des agents privés s'entend des éléments récurrents de rémunération

7 Le salaire de référence des agents publics s'entend des éléments récurrents de rémunération

8 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

9 Décès d'un enfant de moins de 12 ans : prise en charge des frais funéraires dans la limite des frais engagés plafonnés à 234% du PMSS

Annexe 3 Détermination de la rémunération annuelle de référence des 12 derniers mois

La rémunération annuelle de référence est déterminée en prenant en compte les seuls éléments récurrents de salaire.

	Statut de droit public	Statut de droit privé
Eléments principaux pris en compte*	<div>Le traitement indiciaire,</div> <div>Le supplément familial de traitement</div> <div>L'indemnité de résidence</div> <div>La prime de fonction (PV + PF)</div> <div>La majoration outre-mer</div> <div>L'indemnité compensatrice de CSG</div> <div>L'indemnité pour activités dans les Quartiers Prioritaires de la Ville</div> <div>L'indemnité de garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA)</div>	<div>Le salaire de base</div> <div>Le relèvement de traitement</div> <div>La prime d'ancienneté</div> <div>La prime de vie chère</div> <div>L'indemnité compensatrice de CSG</div> <div>Le forfait cadre</div> <div>L'allocation vacances</div> <div>Le 13ème mois</div> <div>L'indemnité différentielle de congés payés</div>
A titre d'exemple : éléments principaux non pris en compte (non récurrents)	<div>Les heures complémentaires et supplémentaires</div> <div>Les astreintes</div> <div>Le complément de prime variable et collectif</div> <div>La prime de performance</div> <div>La monétisation des jours CET</div> <div>Les indemnités de jury ou de formation</div> <div>Les part variables individuelles liées à la manière de servir</div> <div>...</div>	<div>Les heures complémentaires et supplémentaires</div> <div>Les astreintes</div> <div>Les indemnités liées à la mobilité</div> <div>La prime de performance</div> <div>La monétisation des jours CET</div> <div>Les gratifications médailles du travail</div> <div>La prime conférerier</div> <div>Les primes ponctuelles</div> <div>...</div>

* En cas de création d'un élément récurrent de rémunération, celui-ci sera intégré dans le calcul du salaire de référence