Brochure : 3212 | Accords nationaux

ENTREPRISE DE TRAVAIL TEMPORAIRE
Personnels intérimaires
Personnels permanents

Avenant n° 11 du 10 juillet 2026

à l'accord du 14 décembre 2015
relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires

NOR : *ASET2650772M*

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

Prism'emploi,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FO ;
FNECS CFE-CGC ;
CFTC CSFV ;
FS CFDT ;
CGT intérim ;
UNSA FCS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont conclu le 14 décembre 2015 l'accord relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires, modifié depuis par dix avenants.

Dans le cadre du présent avenant n° 11, les parties signataires conviennent de fixer le montant des cotisations appelées au titre de l'année 2027 en maintenant les taux de cotisations applicables en 2026.

Bien que les résultats du régime obligatoire se soient améliorés au cours de l'exercice 2025 par rapport à 2024, celui-ci demeure structurellement déficitaire. Les projections pour les années 2026 et 2027 font apparaître un déficit moins marqué, mais qui persiste.

Après deux revalorisations successives des cotisations de 15 % intervenues au 1er janvier 2025 puis au 1er janvier 2026, les partenaires sociaux de la branche, en lien avec les co-assureurs recommandés, ont décidé de maintenir, pour l'année 2027, les taux de cotisation applicables en 2026.

En effet, si le niveau global des prestations est demeuré stable en 2025 et que le nombre de bénéficiaires a diminué d'environ 5 % entre 2024 et 2025, une dérive des dépenses est néanmoins constatée. Les prestations moyennes versées par bénéficiaire ont ainsi augmenté de 5,4 % sur la même période.

Cette décision s'inscrit dans un objectif de pilotage maîtrisé du régime collectif obligatoire, afin de préserver son équilibre financier.

Par ailleurs, le cahier des charges des contrats dits « responsables », au sens de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, a été récemment modifié par le décret du 26 novembre 2025, qui prévoit une prise en charge renforcée de certaines prothèses capillaires et de certains fauteuils-roulants.

Depuis le 1er décembre 2025, ce décret garantit un accès sans reste à charge à certains fauteuils roulants et, depuis le 1er janvier 2026, à certaines prothèses capillaires. Les remboursements complémentaires de ces dispositifs ont été intégrés au tableau des garanties du régime collectif obligatoire. Par ailleurs, ce tableau inclut désormais la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique prévues à l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale.

En dernier lieu, les parties signataires ont convenu de faire évoluer les grilles optiques afin d'en améliorer la lisibilité et la cohérence.

Jusqu'à présent, pour l'acquisition d'un équipement optique soumis au remboursement de classe B, la grille optique prévoyait des niveaux de remboursement différenciées selon que l'équipement était acheté au sein du réseau de soins ou en dehors de celui-ci. Hors réseau, les garanties variaient également selon que les bénéficiaires étaient majeurs ou mineurs.

Cette grille, particulièrement complexe, ne permettait pas aux salariés intérimaires de disposer d'une information suffisamment claire et lisible sur les niveaux de remboursement dont ils bénéficiaient.

Afin de répondre à l'objectif de simplification et de renforcer la lisibilité des garanties, les partenaires sociaux ont souhaité instaurer une grille optique unique, applicable à l'ensemble des bénéficiaires, indépendamment de leur âge et du recours au réseau de soins. Les garanties sont définies par classe de verres, avec une amélioration de la prise en charge des verres progressifs afin de limiter le reste à charge des assurés.

S'agissant de la garantie optionnelle facultative « Garantie + », les parties signataires instaurent un niveau de remboursement indépendant de la correction de l'assuré, sous la forme d'un forfait par verre unilocal ou par verre progressif.

Enfin, les parties signataires précisent que les modifications apportées par le présent avenant à l'accord du 14 décembre 2015 sont présentées en italique.

Article 1er | *Révision de l'article 9.4 de l'accord du 14 décembre 2015 « Montant de la cotisation »*

Les parties signataires du présent avenant conviennent de fixer le montant des cotisations appelées au titre de l'année 2027.

En conséquence, l'article 9 4 de l'accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires est remplacé par les stipulations suivantes :

> « Le montant de la cotisation conventionnelle au régime collectif obligatoire pour les garanties visées à l'article 10 est fixée à 0,1400 €/heure de travail.
>
> Pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, la cotisation est réduite

pour tenir compte des prestations servies par le régime local. Son montant est fixé à 0,089 €/heure de travail.

Les partenaires sociaux peuvent, chaque année, fixer le montant des cotisations appelées en minorant ou majorant le montant des cotisations conventionnelles.

Les cotisations appelées, afférentes aux périodes d'emploi du 1er janvier 2027 et jusqu'au 31 décembre 2027, seront : 0,1748 €/heure de travail, et 0,1111 €/heure de travail pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. »

Article 2 | *Révision de l'article 7 de l'accord du 14 décembre 2015 « Gestion du régime »*

Les parties signataires du présent avenant conviennent de modifier l'article 7 de l'accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires.

En conséquence, les articles 7.1 et 7.2 sont supprimés et l'article 7 est remplacé par les stipulations suivantes :

« Article 7 | *Distribution et gestion*

Les partenaires sociaux de la branche conviennent de la possibilité que les activités de distribution et/ou gestion soient déléguées à un opérateur spécialisé. »

Article 3 | *Entrée en vigueur. Durée*

Le présent avenant porte révision de l'accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n° 10 du 10 octobre 2025. Il se substitue de plein droit aux stipulations de cet accord, conformément à l'article L. 2261-8 du code du travail.

Il est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1er janvier 2027.

Article 4 | *Dispositions relatives aux entreprises de moins de 50 salariés*

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires conviennent que le contenu du présent avenant ne justifie pas de prévoir les stipulations spécifiques aux entreprises de moins de cinquante salariés, visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

Article 5 | *Force obligatoire de l'accord de branche du 14 décembre 2015 et de ses avenants*

L'accord du 14 décembre 2015 et ses avenants s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail fixant les matières dans lesquelles les stipulations de l'accord de branche prévalent sur une convention d'entreprise conclue antérieurement ou postérieurement à la date de son entrée en vigueur, sauf lorsque la convention d'entreprise assure des garanties au moins équivalentes. Cette équivalence des garanties s'apprécie par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

Article 6 | *Dépôt et extension*

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail ainsi que des formalités nécessaires à son extension.

Fait à Paris, le 10 juillet 2026.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative (Garantie +)

TABLEAU DES GARANTIES ET GRILLE OPTIQUE

NATURE DES FRAIS		GARANTIE DE BASE Remboursement Sécurité sociale inclus (Assiette BR)	GARANTIE + Remboursement Sécurité sociale et Garantie de Base incluse (Assiette BR)
HOSPITALISATION			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour		*100 % BR*	
Forfait Patient Urgence (FPU)		*100 % des FR limité au forfait en vigueur*	
Forfait journalier hospitalier		*100 % des FR limité au forfait en vigueur*	
Forfait actes dits « lourds »		*100 % des FR limité au forfait en vigueur*	
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC) *Actes d'anesthésie (ADA)* *Actes techniques médicaux (ATM),* *Autres honoraires*	*Adhérents DPTM*	*100 % BR*	*250 % BR*
	Non adhérents DPTM		*200% BR*
Chambre particulière		*40 € par jour (durée maximale 12 jours)*	*60 € par jour (durée maximale 12 jours)*
TRANSPORT			
Transport remboursé par la Sécurité sociale		*100 % BR*	
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Remboursés par la Sécurité sociale			
Généralistes (Consultations et visites)	*Adhérents DPTM*	*100% BR*	*180% BR*
	Non adhérents DPTM		*160% BR*
Spécialistes (Consultations et visites)	*Adhérents DPTM*		*220% BR*
	Non adhérents DPTM		*200% BR*
Actes de chirurgie (ADC) *Actes techniques médicaux (ATM) Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)*	*Adhérents DPTM*		*180% BR*
	Non adhérents DPTM		*160% BR*
	Adhérents DPTM		*180% BR*
	Non adhérents DPTM		*160% BR*
Auxiliaires médicaux		*100% BR*	*120% BR*
Psychologue [1]		*100% BR*	
Analyses et examens de biologie médicale		*100% BR*	
Médicaments (hors médicaments remboursés à 15%)		*100% BR*	
Pharmacie (hors médicaments)		*100% BR*	
Matériel médical			
Fauteuil roulant/VPH (véhicule pour personne en situation de handicap)			
Fauteuil roulant/VPH : un panier de soins [2]			
Fauteuils roulants / VPH 100% SANTÉ *tels que définis réglementairement*			
Fauteuils roulants / VPH en forfait de location courte dans la limite des forfaits tels que définis réglementairement		*Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé*	
Prothèses capillaires et accessoires			
Prothèse capillaire : quatre classes d'équipement			
Matériel médical 100% SANTÉ *tels que définis réglementairement*			
Prothèse capillaire Classe II et un accessoire textile [3]		*Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé*	
Autre prothèse *capillaire et accessoire*			
Prothèse capillaire Classe I (dans la limite du PLV) et un Accessoire textile[3]		*150% BR*	*200% BR*
Prothèse capillaire Classe III (panier maitrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile[3]		*150% BR*	*200% BR*
Prothèse capillaire Classe IV (panier libre) et un accessoire textile[3]		*150% BR*	*200% BR*
Accessoires capillaires pris en charge par la SS (dans la limite des PLV)- Exemples : couronnes de cheveux, accessoires textiles, accessoires mixtes tissu, bande de cheveux) [4]		*150% BR*	*200% BR*
Autre matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS (hors fauteuils roulants / VPH) - exemple : lit médicalisé		*150% BR*	*200% BR*
Petit appareillage pris en charge par la SS (hors prothèses capillaires) - exemples : orthopédie, prothèses mammaires		*150% BR*	*200% BR*
Actes de prévention définis par la réglementation			
Actes de prévention définis par la réglementation		*100% BR*	
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Chiropractie, Etiopathie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		*35 € par séance, dans la limite de 2 séances par année civile*	*40 € par séance, dans la limite de 3 séances par année civile*
Densitométrie osseuse		*35 € par acte*	

NATURE DES FRAIS	GARANTIE DE BASE Remboursement Sécurité sociale inclus (Assiette BR)	GARANTIE + Remboursement Sécurité sociale et Garantie de Base incluse Assiette BR)
AUTRES FRAIS		
Forfait maternité Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300€	
Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.		
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100% BR	
AIDES AUDITIVES		
Équipements 100 % Santé[5]		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV[6]	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)		
Équipements libres [7]		
Aides auditives	RSS + 560 € par oreille [6]	RSS + 620 € par oreille [6]
Piles et autres consommables ou accessoires [8]	100% BR	
DENTAIRE		
Panier soins et prothèses 100 % Santé [9]		
Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	
Panier maitrisé [10]		
Inlay, onlay Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	240% BR dans la limite des HLF	320% BR dans la limite des HLF
Panier libre [11]		
Inlay, onlay Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	240% BR	320% BR
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale		
Orthodontie	200% BR	320% BR
Implants dentaires	-	300 € par année civile
OPTIQUE		
Équipements 100 % Santé [12]		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) [13] Verres de classe A (quel que soit l'âge) [13] Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Équipements libres [14]		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) [13] Verres de classe B (quel que soit l'âge) [13]	CF. grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la règlementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A et de classe B Supplément pour verres avec filtres de classe B Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS +110 € par année civile (au minimum 100% BR)	RSS +125 € par année civile (au minimum 100% BR)
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	110 € par année civile	125 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil	

Défaut de visuel				Les garanties sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel		
Adultes et enfants Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre	Verre Unifocal	Verre Multifocal	Monture
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	37 €	108 €	60 €
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]			
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0			
2	Sphère	[-4 ; -2[ou]+2 ; +4]	0	49 €	135 €	
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]			
	Sphère + Cylindre	]+2 ; +4]	> 0			
3	Sphère	[-6 ; -4[ou]+4 ; +6]	0	69 €	169 €	
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]			
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0			
4	Sphère	[-8 ; -6[ou]+6 ; +8]	0	92 €	206 €	
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]			
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0			
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	113 €	223 €	
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4			
	Sphère	< -8	> 0			
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0			
Garantie +				Remboursement supplémentaire de + 35€	Remboursement supplémentaire de + 75€	Remboursement supplémentaire de + 40€

● Montants par verre de classe B avec la **Garantie de base** (Inclus : remboursement Sécurité sociale)

● Montants supplémentaires par verre de classe B de l'**Option Garantie +**

ABRÉVIATIONS

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
CCAM : Classification commune des actes médicaux
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-ACO OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée -Anesthésie- Chirurgie- Obstétrique
FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
HLF : Honoraires limites de facturation fixée selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PLV : Prix limites de vente fixée selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)
SS : Sécurité sociale

(1) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite d'un nombre de séances défini réglementairement – plus d'informations sur le site ameli.fr.
(2) Limité à la durée de location et aux forfaits tels que définis réglementairement. La location courte durée est uniquement prise en charge dans le cadre du 100 % SANTE. La location longue durée et l'achat sont pris en charge intégralement par la SS, il n'y a donc pas de prise charge complémentaire (informations sur le site ameli.fr).
(3) Limité à 1 prise en charge par an et par bénéficiaire. La prescription est renouvelable tous les 12 mois. Chaque prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne automatiquement de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue. Concerne les prothèses délivrées par un distributeur agréé spécialisé dont la liste est disponible sur le site e-cancer.com
(4) Cette garantie s'applique uniquement si vous ne souhaitez pas de prothèse capillaire, dans la limite de 3 accessoires par an et par bénéficiaire. La base de remboursement de la SS est fixée à 20 € et le PLV est à 40 €.

(5) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
(6) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
(7) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même règlementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(8) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
(9) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
(10) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.
(11) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
(12) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

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

a. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- *Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement*
- *.Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.*
- *Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.*

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

b. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

c. La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- *Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.*
- *Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.*

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