

Degré élevé de Solidarité

Le degré élevé de solidarité (DES) ou haut degré de solidarité (HDS) fait référence à l'instauration d'un fonds dédié à un ensemble de prestations d'action sociale, de prévention ou d'aides solidaires dans le cadre d'un accord professionnel ou interprofessionnel. Il peut venir en complément du fonds d'action sociale et de prévention des organismes d'assurance.

Sommaire :

- Le DES dans les accords collectifs
- Le DES et la recommandation
- Les bénéficiaires
- Les prestations à caractère non directement contributif
- Un fonds de solidarité
- La commission paritaire de branche
- Les services concernés

En résumé :

Cette fiche a pour objectif :

- de vous éclairer sur les aspects juridiques et les enjeux du degré élevé de solidarité
- de présenter les services concernés



Le DES dans les accords collectifs

Deux types d'accord

L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale (CSS) précise que les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés à l'article L. 911-1 CSS (convention ou accord collectif) peuvent prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

Il existe deux types d'accord :

- **Les accords collectifs qui peuvent** comporter uniquement des prestations présentant un degré élevé de solidarité en dehors de toute recommandation ;
- **Les accords collectifs recommandés** présentant un degré élevé de solidarité dont les prestations peuvent être mutualisées dans un fonds de solidarité géré par un gestionnaire choisi par la branche professionnelle.

Le DES et la recommandation

Le ou les organismes d'assurance recommandés

Lorsque les accords professionnels ou interprofessionnels (convention ou accord collectif) contiennent des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité, ils peuvent prévoir

également que la couverture des risques soient effectués dans le cadre d'une recommandation.

Dans ce cadre, les accords intégrant le DES peuvent recommander un ou plusieurs organismes assureurs. Ces organismes assureurs seront choisis lors d'une procédure de mise en concurrence transparente, impartiale et garantissant une égalité de traitement entre les candidats (art. L912-1, art. D912-1 et suivants du code de la sécurité sociale).

A savoir :

Les accords doivent comporter une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées. Dans tous les cas la durée ne peut excéder cinq ans. La procédure de mise en concurrence est applicable à ce réexamen.

Les accords prévoyant une recommandation doivent obligatoirement intégrer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Par ailleurs, ils ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.

Sur ce point, la jurisprudence a considéré que le ou les organismes d'assurance recommandés sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.

Ainsi, le fait de laisser aux organismes d'assurance recommandés le soin de déterminer le montant d'une cotisation spécifique au surplus, pour les entreprises qui adhèrent au régime postérieurement à la procédure de mise en concurrence, méconnaît cette obligation (CE, 16 décembre 2019, n°396001).

Les accords de branche peuvent également laisser le libre choix aux employeurs d'organiser la mise en place du DES à leur niveau, auprès du ou des

organismes assureurs de leur régime de protection sociale complémentaire.

Ainsi, par exemple, en présence d'une recommandation de branche, les entreprises ayant choisi de ne pas souscrire auprès d'un organisme d'assurance recommandé doivent alors demander à leur organisme assureur non recommandé d'intégrer l'existence du DES qui leur est propre.

A l'inverse, les entreprises ayant souscrit à l'un des organismes d'assurance recommandés, bénéficieront du fonds de solidarité géré par ces derniers en lien avec la Commission Paritaire.

Les organismes d'assurance recommandés adressent annuellement au ministre chargé de la Sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre.

Les bénéficiaires

Ce sont les salariés ou apprentis adhérents à un contrat collectif santé et/ou prévoyance et leurs ayants droit adhérents au contrat.

De même, les anciens salariés ou apprentis adhérents qui quittent l'entreprise pendant une période maximum de 12 mois, dans le cadre de la portabilité des droits.

A noter :

Dans l'hypothèse de la constitution d'un fonds de solidarité financé par l'ensemble des entreprises de la branche, tous les salariés doivent alors pouvoir bénéficier des actions que le fonds met en œuvre. Les salariés qui participent au financement mutualisé des prestations du degré élevé de solidarité doivent pouvoir bénéficier des prestations mises en place (Rapports Comarep 2017 et 2018).

Les prestations à caractère non directement contributif

La prise en charge de la cotisation

Il est possible de prévoir dans les accords, la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de tout ou partie :

- des salariés ou apprentis pouvant bénéficier d'une dispense d'adhésion lorsqu'ils ont un contrat à durée déterminée ou un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts.



Le financement d'actions de prévention

Ce financement porte sur les risques professionnels (ex : des lombalgies, de la surdité, des accidents de la route) ou d'autres objectifs de la politique de santé publique, notamment aux comportements en matière de consommation médicale.

Les actions de prévention peuvent relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation.

Elles peuvent également prévoir des actions propres au champ professionnel ou interprofessionnel concerné (ex : programmes de nutrition, sevrage

tabagique, coaching sportif, relaxation, apprentissage des bons gestes au travail, ou de façon spécifique à une profession, le dépistage des caries chez les boulangers, le traitement du stress post-traumatique chez les bijoutiers victimes de braquages et de l'alcoolisme chez les cavistes...).

Ce sont des actions visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés.

La prise en charge de prestations d'action sociale

Elle peut porter sur les prestations suivantes :

- **Soit à titre individuel** pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution d'aides et de secours individuels lorsque la situation matérielle le justifie ;
- **Soit à titre collectif**, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droits : suivant des critères définis par l'accord, l'attribution d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Un fonds de solidarité

Au moins 2% de la prime ou de la cotisation

Pour que les accords soient considérés comme présentant un degré élevé de solidarité, ils doivent prévoir que la part du financement des prestations à caractère non directement contributif est au moins égale à 2 % de la prime ou de la cotisation.

A savoir :

Ce minimum de 2% doit en principe être prélevé sur le montant des cotisations ou primes TTC des régimes obligatoires pour le salarié ou

ses ayants droit (positions de la COMAREP dans son rapport de 2016).

La création d'un fonds de solidarité

Lorsque les accords prévoient que **certaines des prestations sont financées et gérées de façon mutualisée, pour l'ensemble des entreprises entrant dans leur champ d'application**, ils doivent définir notamment :

- les prestations financées et gérées de manière mutualisées comprenant des actions de prévention ou des prestations d'action sociale pour l'ensemble des entreprises entrant dans leur champ d'application ;
- les modalités de financement de ces actions. Ce financement peut prendre la forme d'un montant forfaitaire par salarié, d'un pourcentage de la prime ou de la cotisation acquittée¹ (au moins 2%) ou d'une combinaison de ces deux éléments.
- la création d'un fonds finançant les prestations à caractère non directement contributif et percevant les ressources ;
- les modalités de fonctionnement du fonds, notamment les conditions de **choix du gestionnaire chargé de son pilotage par la commission paritaire de branche**.

¹ Couverture collective pour les risques suivants : décès, risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, incapacité de travail ou invalidité, inaptitude et chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière.

A savoir :

La jurisprudence s'est prononcée avant la parution du décret n°2017-162 du 9 février 2017, en considérant qu'aucune disposition d'ordre public n'interdit à des organisations syndicales et patronales représentatives dans le champ de l'accord de prévoir par accord collectif un système de mutualisation du financement et de la gestion de certaines prestations de prévoyance sociale non obligatoires même en

l'absence de dispositions légales en ce sens. Dans cette affaire, un accord collectif prévoyait la mutualisation du financement et la gestion de certaines prestations, et notamment leur financement par un prélèvement de 2% sur les cotisations versées à l'organisme recommandé, ou un prélèvement équivalent à cette somme exigible aux entreprises qui n'adhèrent pas à l'organisme recommandé.



La commission paritaire de branche

Le rôle de la commission

La commission paritaire de branche :

- définit les orientations des actions de prévention ;
- détermine les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale en prenant en compte, le cas échéant, les objectifs d'amélioration de la santé définis dans le cadre de la politique de santé à la mise en œuvre desquels ces orientations contribuent dans le champ professionnel ou interprofessionnel qu'elles couvrent ;
- contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes d'assurance recommandés ;
- pilote le gestionnaire chargé du fonds de solidarité.

Les services concernés ?

Quels types de services peuvent être financés toute ou partie par le DES ? Quels domaines (prévention ou autre) ? Quelles thématiques ? Quels formats ?

La loi dit que : Les accords collectifs (en santé et/ou en prévoyance) prévoient la mise en place de prestations dites de « solidarité », obligatoire dans le cas d'une recommandation :

- pour permettre à des individus en situation difficile de bénéficier d'aides sociales particulières ;
- pour permettre aux employeurs de mettre en place des actions collectives de prévention visant à améliorer la santé qualité de vie au travail des salariés ;
- pour prendre en charge totalement ou partiellement les cotisations de certains salariés. Ces situations et ces aides sont définies par les partenaires sociaux.

De fait, tout service étant considéré comme entrant dans ce champ par les partenaires sociaux peut relever du DES. Cela comprend tous les thèmes, formats, domaines que l'on veut, du moment que le service contribue à l'amélioration de la S-QVT au bénéfice des salariés.

Être plus précis serait restrictif... et il y a une part d'interprétation qui fait que certains partenaires sociaux acceptent des thèmes et d'autres non (c'est le cas du document unique d'évaluation des risques professionnels par exemple).

Quelles catégories d'organisation cliente peuvent en bénéficier ?

Sont bénéficiaires des aides du DES, les employeurs et les salariés qui cotisent au fonds de solidarité, c'est-à-dire ceux qui adhèrent au contrat mutualisé de la branche. Les accords de branches existent dans le secteur Interprofessionnelle/ESS (économie sociale et solidaire), mais pas (encore) dans le secteur public. Généralement les entreprises que l'on retrouve dans les branches sont plutôt des TPE-PME mais pas toujours.

Quel(s) organisme(s) l'organisation cliente peut-elle solliciter ?

Pour bénéficier du DES le client doit solliciter sa branche ou son assureur recommandé santé/prévoyance.

Quels sont les services du Groupe VYV qui peuvent être financés par le DES ?

Tous les services taggués « QVT » dans [Vive les services \(groupe-vyv.fr\)](https://www.vyv.fr) sont éligibles au financement par le DES. Ce sont les partenaires sociaux de la branche qui décident quels services ils prennent en charge.

Pour savoir plus précisément si tel service est considéré comme de la prévention, ne pas hésiter à interpellier la Direction Prévention, Education et Promotion de la Santé : communaute-prevention@groupe-vyv.fr

