



I. – LES MODIFICATIONS APPORTÉES AU DISPOSITIF DE L'INJONCTION DE SOINS

L'article 6 de la loi du 25 février 2008 a modifié à la marge les dispositions du code de la santé publique relatives à l'injonction de soins (art. L. 3711-1 à L. 3711-5). Ces modifications consistent :

- à mettre en cohérence les 1^{er} et 4^e alinéas de l'article L. 3711-1 qui fait référence au code pénal et au code de procédure pénale avec les modifications apportées à ces codes sur les aménagements de peine pouvant être assortis d'une injonction de soins par la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs (systématisation de l'injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire, du sursis avec mise à l'épreuve, de la surveillance judiciaire et de la libération conditionnelle). Sur le fond, il n'y a donc rien de nouveau, l'extension du champ de l'injonction de soins résultant de la loi d'août 2007 et non de la loi de rétention qui n'apporte qu'une précision rédactionnelle ;
- à compléter, dans le même article, les missions des médecins coordonnateurs pour y intégrer la coopération de ces médecins à la réalisation d'études sur l'injonction de soins et à des actions de formation ;
- à aménager une transmission d'informations, à l'article L. 3711-2, entre les médecins dispensant des soins pendant la détention et les médecins intervenant dans l'injonction de soins ;
- à simplifier le dispositif encadrant la prescription de médicaments entraînant une diminution de la libido ;
- à réserver aux psychologues ayant cinq ans d'expérience le droit d'être psychologue traitant d'une personne soumise à une injonction de soins.

Par ailleurs, la loi du 25 février 2008 modifie le champ de l'injonction en créant, dans le code de procédure pénale, une nouvelle mesure de sûreté (la surveillance de sûreté) pouvant comprendre une injonction de soins (*cf.* annexe).

II. – LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS COORDONNATEURS

1. Les modalités d'application de l'arrêté du 24 janvier 2008

Par message électronique du 1^{er} février 2008, j'ai appelé votre attention sur l'intervention de l'arrêté du 24 janvier 2008 pris pour l'application des articles R. 3711-8 et R. 3711-11 du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs (*JO* du 29 janvier 2008), dont les dispositions sont entrées en vigueur depuis le 1^{er} mars 2008.

Cet arrêté a porté le nombre maximal de personnes suivies par médecin coordonnateur de quinze à vingt. Il a également revalorisé l'indemnité versée aux médecins coordonnateurs pour chaque personne suivie, portée de 426,86 € à 700 € bruts par année civile et a modifié les règles de proratisation de cette indemnité.

Pour déterminer le montant de l'indemnité qu'il vous appartient de verser aux médecins coordonnateurs au titre de l'exercice 2008, il convient de tenir compte de la date à laquelle le suivi a pris fin.

Jusqu'au 29 février 2008, les dispositions de l'arrêté du 7 mars 2001 sont applicables. En application de cet arrêté, le montant de l'indemnité versée au médecin coordonnateur « est réduit de moitié si durant l'année concernée le suivi fait par le médecin coordonnateur est inférieur à trois mois. » Dans l'hypothèse où un médecin coordonnateur a suivi une personne sous injonction de soins entre le 1^{er} janvier 2008 et le 29 février 2008, date à laquelle ce suivi a pris fin, il conviendra de lui verser une indemnité de 213,43 €.

En revanche, dès lors que ce suivi se sera prolongé au-delà du 29 février 2008, ou aura débuté après cette date, il a été décidé d'appliquer la règle la plus favorable. Il conviendra donc de calculer le montant de l'indemnité en fonction des nouvelles règles : dès lors que le médecin coordonnateur aura rencontré plus de deux fois la personne en injonction de soins au cours de l'année 2008, il conviendra de lui verser une indemnité de 700 €. Si le nombre de visites au cours de l'année 2008 est égal ou inférieur à deux entretiens, il conviendra de verser 50 % du montant de l'indemnité, soit 350 € bruts.

En aucun cas les montants mentionnés aux deux paragraphes précédents ne pourront se cumuler.

2. Le statut des médecins coordonnateurs au regard des cotisations sociales : les différentes possibilités

2.1. Le rattachement au régime général

Le décret n° 2008-267 du 18 mars 2008 modifiant le décret n° 2000-35 du 17 janvier 2000 portant rattachement de certaines activités au régime général, pris pour l'application du 21^e de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, a clarifié le statut des médecins coordonnateurs : ceux-ci sont désormais identifiés comme des collaborateurs occasionnels du service public au regard de leur rattachement au régime général et du paiement de leurs cotisations sociales.

L'article 2 du décret du 18 mars 2008 a permis que les cotisations dues pour les médecins coordonnateurs soient calculées sur les rémunérations versées par patient suivi annuellement (soit sur l'indemnité annuelle de 700 € brut).

Les obligations qui en résultent pour les services déconcentrés sont les suivantes :

- ils sont tenus d'assurer le précompte des cotisations salariales de sécurité sociale dues aux taux de droit commun du régime général (soit 7,5 %) et de la CSG-CRDS (soit 8 %) pour les verser auprès des URSSAF ;

- de plus, ils doivent s'acquitter auprès des organismes de recouvrement de la part patronale :
 - a) des cotisations de sécurité sociale (assurance maladie, maternité, invalidité et décès, assurance vieillesse plafonnée et déplafonnée, accidents du travail et allocations familiales) ;
 - b) du versement transport ;
 - c) du FNAL (aide au logement) ;
 - d) et de la contribution solidarité autonomie (CSA).

(Cf. tableau en annexe.)

Je vous précise qu'en application de l'arrêté du 18 mars 2008 définissant les modalités d'assujettissement des rémunérations perçues par les personnes mentionnées à l'article 1^{er} du décret n° 2000-35 du 17 janvier 2000 portant rattachement de certaines activités au régime général (JO du 19 mars 2008), les cotisations patronales de sécurité sociale visées au a ci-dessus, dues par les DDASS pour les médecins coordonnateurs, sont calculées aux taux de droit commun du régime général abattus de 20 %.

2.2. Le rattachement au régime des professions non salariées non agricoles

Sur leur demande, les médecins coordonnateurs qui exercent une activité libérale par ailleurs peuvent opter pour le rattachement de leurs rémunérations perçues pour leur activité de médecins coordonnateurs à leurs revenus non salariés perçus à titre principal

Dans ce cas, les DDASS ne sont pas tenues d'acquitter les cotisations incombant aux employeurs. Mais il vous donc veiller, conformément aux dispositions de l'article 3 du décret du 17 janvier 2000 modifié par le décret du 18 mars 2008 :

- à ce qu'un médecin coordonnateur qui souhaite le rattachement des indemnités annuelles perçues (soit 700 euros bruts par personne suivie) aux revenus tirés de son activité libérale vous remette bien un document du régime d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles attestant qu'il bénéficie des prestations de ce régime ;
- à indiquer annuellement aux organismes de sécurité sociale du professionnel les sommes effectivement versées à ce médecin coordonnateur.

En cas de contrôle de l'URSSAF, il vous faudra être en mesure de prouver que vous avez bien procédé à cette information. Il vous faudra également pouvoir établir l'exactitude du montant des indemnités annuelles versées au médecin coordonnateur que vous aurez déclaré à cet organisme.

(Art. 3 : « Les personnes qui exercent une activité non salariée non agricole relevant de l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale peuvent demander le rattachement des rémunérations perçues au titre des activités mentionnées à l'article 1^{er} ci-dessus aux revenus tirés de cette activité non salariée.

La production par les personnes mentionnées ci-dessus de, vaut demande écrite auprès des personnes morales citées au dernier alinéa de l'article 1^{er} ci-dessus. Cette demande prend effet à la date de la présentation de l'attestation susvisée auxdites personnes morales. Elle vaut jusqu'au 30 juin suivant. Sauf dénonciation par l'assuré avant cette dernière date, elle est tacitement reconduite. La dénonciation prend effet au 30 juin suivant sa réception.

Les personnes morales concernées informent de cette demande les organismes de sécurité sociale des personnes mentionnées ci-dessus et leur indiquent les montants bruts des sommes versées à ce titre une fois par an, et au plus tard le 31 janvier de l'année suivant celle de leur versement.

Ces montants doivent figurer dans la déclaration unique de revenus mentionnée à l'article R. 115-5 du code de la sécurité sociale.

Les personnes qui ont fait la demande visée ci-dessus sont affiliées et cotisent sur l'ensemble des revenus et rémunérations perçus au titre de l'activité non salariée non agricole et de l'activité mentionnée à l'article 1^{er} ci-dessus au régime de sécurité sociale de leur activité non salariée non agricole. »).

2.3. La règle spécifique pour les fonctionnaires de l'Etat ou agents des collectivités territoriales

Enfin, en vertu de l'article D. 171-11 du code de la sécurité sociale, si le médecin coordonnateur est fonctionnaire ou stagiaire de l'Etat ou agent permanent des collectivités locales par ailleurs, aucune cotisation de sécurité sociale – ni salariale ni patronale – n'est due au titre de son activité de collaborateur occasionnel. Suite à une jurisprudence constante de la Cour de cassation (arrêts de la chambre sociale du 7 mai 1991 et du 28 mars 1991), je vous indique que l'article D. 171-11 du CSS s'applique également aux agents permanents des établissements hospitaliers et donc aux médecins coordonnateurs praticiens hospitaliers.

En conséquence, pour que vous puissiez déterminer les obligations de la DDASS en matière de cotisations patronales, il est indispensable que le médecin coordonnateur vous précise au préalable sa situation (salarié, libéral, agent de l'Etat...).

Je vous invite par ailleurs à prendre contact, en cas de besoin ou dans l'hypothèse où vous souhaiteriez disposer d'informations complémentaires, avec la ou les URSSAF de votre département.

Enfin, il convient de souligner que cette clarification du statut des médecins coordonnateurs au regard des prestations sociales concerne également la protection des médecins dans le cadre de cette fonction. En effet, le statut de collaborateur occasionnel du service public est assimilable à celui des agents publics non titulaires pour ce qui est de la protection juridique.

L'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, précise que les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, de la protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent. A ce jour, la protection juridique des fonctionnaires a été étendue aux agents publics non fonctionnaires et en règle générale, même s'il ne s'agit ni de fonctionnaires, ni de non titulaires, la tendance reste à l'extension fonctionnelle de la protection de tout agent public. Il paraît logique, dans ces conditions, de ne pas laisser en marge de cette évolution favorable les médecins coordonnateurs qui interviennent dans un domaine particulièrement sensible.

Mes services demeurent à votre disposition pour toute information complémentaire (anne-amelie.flament@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
D. HOUSSIN

ANNEXE I

LE CHAMP DE L'INJONCTION DE SOINS

Le champ du dispositif de l'injonction de soins, créé par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, est fixé par le code pénal et le code de procédure pénale, qui définissent les infractions, les peines et les aménagements de peine pouvant donner lieu à une injonction de soins.

La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales a complété la liste des infractions susceptibles de donner lieu à une peine de suivi socio-judiciaire, l'injonction de soins pouvant désormais concerner les auteurs des infractions les plus graves et non les seuls auteurs d'infractions sexuelles (à titre indicatif, voici une liste non exhaustive de ces infractions les plus graves : les atteintes volontaires à la vie, les viols et autres agressions sexuelles, à l'exception du harcèlement, l'enlèvement et la séquestration, les atteintes sexuelles sans violence sur mineurs, les délits de corruption, de diffusion d'images de mineur à caractère pornographique ou de diffusion de messages pornographiques susceptibles d'être vus par un mineur, les actes de torture et de barbarie, les incendies volontaires). Puis, la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs a appliqué le dispositif de l'injonction de soins, auparavant prononcée exclusivement dans le cadre du suivi socio-judiciaire, aux peines d'emprisonnement assorties du sursis avec mise à l'épreuve pour une infraction faisant encourir le suivi socio-judiciaire (art. 132-45-1 du code pénal), à la surveillance judiciaire (art. 723-30 du code de procédure pénale) et à la libération conditionnelle (art. 731-1 du code de procédure pénale).

Enfin, la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental vient d'étendre le champ de l'injonction de soins à la surveillance de sûreté. Créée par cette même loi, la surveillance de sûreté est un nouveau cadre juridique qui complète la rétention de sûreté. Ce dispositif, qui concerne les personnes ayant été condamnées pour les infractions les plus graves, peut intervenir soit après une rétention de sûreté pour aménager une période probatoire avant la libération de la personne, soit avant une rétention de sûreté. Dans ce second cas, la rétention constitue la sanction d'un manquement grave aux obligations fixées dans le cadre de la surveillance de sûreté : si l'intéressé méconnaît ces obligations, il pourra, en urgence, être placé en rétention de sûreté s'il présente une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de commettre à nouveau l'une des infractions très graves incluses dans le champ de la loi. Comme la surveillance judiciaire, la surveillance de sûreté comporte diverses obligations, notamment le placement sous surveillance électronique mobile ou l'injonction de soins.

ANNEXE II

Les cotisations au régime général

COTISATIONS de sécurité sociale	EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL	ASSIETTE	RÈGLES
Assurance maladie maternité invalidité décès	12,80 %	0,75 %	13,55 %	Totalité du salaire	
Contribution solidarité autonomie	0,3 %		0,3 %	Totalité du salaire	Due par tout employeur public ou privé au titre des personnes pour lesquelles ils sont redevables d'une cotisation patronale destinée au financement d'un régime français de base d'assurance maladie. Les rémunérations versées aux personnes affiliées au régime général en application de l'article L.311-3 du code de la sécurité sociale sont soumises à cette cotisation (circulaire DSS 307 du 1 ^{er} juillet 2004)
Allocations familiales	5,4 %		5,4 %	Totalité du salaire	
Assurance vieillesse plafonnée	8,3 %	6,65 %	14,95 %	De 0 à 1 P	
Assurance vieillesse déplafonnée	1,6 %	0,1 %	1,7 %	Totalité du salaire	
Accident du travail	Taux variable selon l'entreprise		Taux variable selon l'entreprise	Totalité du salaire	
AUTRES cotisations	EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL	ASSIETTE	RÈGLES
CSG		7,5 %	7,5 %	Gain total après déduction de 3 % pour frais professionnels	
CRDS		0,5 %	0,5 %		
FNAL	0,1 %		0,1 %	De 0 à 1 plafond mensuel (?)	Due par toute personne employant au moins 1 salarié
	+ 0,4 %		0,4 %	Totalité des salaires	Lorsque le nombre de salariés est supérieur à 20 salariés
Versement transport	Selon le lieu d'implantation de l'employeur			Totalité du salaire	Tous les employeurs qui emploient plus de 9 salariés en Ile-de-France. Le critère d'assujettissement au VT est le lieu effectif de travail du salarié, qui doit être situé dans le périmètre du versement transport pour qu'il soit pris en compte dans l'effectif.