

JURIDIQUE

PARCE QUE LES SOLUTIONS SONT DANS LA MAÎTRISE D'UN CADRE RÉGLEMENTAIRE COMPLEXE ET DIVERSIFIÉ

“ Anticiper les risques psychosociaux : une obligation patronale de sécurité en mutation ”



© AMÉLIE DEBRAY

Les conditions de travail sont de nature à occasionner une situation de souffrance pouvant conduire le travailleur à un état dépressif, et cas extrême, au suicide. C'est de ce constat alarmant qu'a été dégagée la notion des « risques

psychosociaux » (RPS) et l'obligation pour l'employeur de les prévenir.

Le principe mis en place par le législateur se veut préventif : l'employeur soumis au code du travail est tenu de diagnostiquer et de prévenir les risques sur la santé physique et mentale de ses salariés en prenant les « mesures nécessaires » pour les en préserver (code du travail, articles L.4121-1 et L.4121-2) : formation des chefs de service, cellule psychologique, plan d'action. Pour les employeurs publics, la circulaire du 20 mars 2014 (Premier ministre n° 5705) vient fixer les conditions de mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des RPS dans les trois fonctions publiques.

Sans que le risque se matérialise, une simple exposition suffisait à ce que l'employeur soit condamné (ex. : dommages et intérêts, requalification du licenciement), l'obligation étant de résultat.

Pourtant, de récents arrêts de la Cour de cassation (22 octobre 2015, n° 14-20173 « Areva » ; 25 novembre 2015, n° 14-24444 « Air France ») semblent aller dans le sens d'un assouplissement de l'obligation patronale de santé et de sécurité, une approche nouvelle semblant se dessiner : une obligation de moyen.

Si ces solutions jurisprudentielles étaient suivies, l'employeur pourrait ainsi éviter la condamnation en justifiant avoir pris toutes les mesures des articles L.4121-1 et 2 du code du travail.

Carole Simonin, avocate, Cabinet Seban et associés

TEXTES OFFICIELS

Santé - Dispositifs LHSS et LAM..... P. 24

Santé - Une loi pour moderniser notre système de santé..... P. 24

JURISPRUDENCE

Agents - Discipline : manquement au devoir de loyauté et de réserve..... P. 25

Aides sociales - Suspension légale du versement du RSA..... P. 25

ANALYSE

Une protection santé universelle mais mitée, esquisse d'un futur pour la sécurité sociale..... P. 26

5 QUESTIONS SUR...

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens s'impose dans le médicosocial..... P. 28

SANTÉ

Dispositifs LHSS et LAM

La partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles est modifiée pour y insérer les règles relatives aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM).

Les structures dénommées « lits halte soins santé » mentionnées au 9° de l'article L.312-1 accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médicosociale

spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

Les structures dénommées « lits d'accueil médicalisés » mentionnés au 9° de l'article L.312-1 accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. ♦

Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016, JO du 13 janvier 2016.

SANTÉ

Une loi pour moderniser notre système de santé

Tout au long de son parcours législatif, l'amenant à un corpus de 227 articles, la loi de modernisation de la santé aura connu une assez forte médiatisation autour de certaines dispositions, comme les « salles de shoot ». Mais au-delà, la loi prévoit de « soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé » (art. 3 à 21) et prévoit des mesures d'information et de protection des populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement (art. 46 à 62). L'ancrage de l'hôpital dans son territoire est prévu aux articles 98 à 113. Le Titre IV concerne le renforcement de l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire, qui passent par le renforcement l'animation territoriale conduite par les agences régionales de santé (art. 158 à

161). La loi entend également « créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé » (art. 193).

Des dispositions particulières liées à la lutte contre le tabagisme établissent de nouvelles interdictions comme l'article 28 selon lequel il interdit de vapoter dans les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ; les moyens de transport collectif fermés ; les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif. La sanction de l'interdiction de vapoter sera précisée par décret. L'article 29 de la loi, quant à lui, « interdit à tous les occupants d'un véhicule de fumer en présence d'un enfant de moins de 18 ans ».

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, JO du 27 janvier 2016.

ARS

Accueil des volontaires au service civique

Une instruction a pour objectif de mobiliser les agences régionales de santé (ARS) sur le développement de l'accueil de volontaires au service civique à deux niveaux : accueillir des volontaires au sein même des ARS et diffuser l'information auprès des établissements publics et associatifs de santé, les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et les associations gestionnaires ou représentatives pour l'accueil de volontaires.

Circulaire n° NOR : AFSZ1600576C du 9 décembre 2015, JO du 18 janvier 2016.

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Pièces justificatives des dépenses

Lors du mandatement d'une dépense, les ordonnateurs des établissements publics de santé doivent produire aux comptables publics assignataires de ces établissements les pièces justificatives fixées dans le décret, afin que ceux-ci puissent valablement effectuer les contrôles prévus aux articles 19 et 20 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Un décret actualise cette liste compte tenu des évolutions du droit positif.

Décret n° 2016-33 du 20 janvier 2016, JO du 22 janvier.

EMSS

Sécurité en cas de défaillance d'énergie

Une instruction interministérielle a pour objet d'actualiser la circulaire du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médicosociaux en cas de défaillance d'énergie.

Instruction n° DGCS/DGSCGC/2015/335 du 7 décembre 2015, publiée le 11 janvier.

AGENTS

Discipline : manquement au devoir de loyauté et de réserve

Les propos de la directrice d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) constituant un manquement à son devoir de loyauté et de réserve, justifient son exclusion de trois jours. En l'espèce, il avait été demandé à la directrice d'un Ehpad d'assister à une réunion afin d'exposer le fonctionnement de la communauté d'agglomération chargée de la gestion de l'Ehpad aux représentants d'une commune qui envisageait d'adhérer à cette structure intercommunale pour la compétence « personnes âgées ». L'intéressée avait fait part à son employeur de son souhait de ne pas assister à cette réunion, mais en a saisi l'occasion pour souligner publiquement les dysfonctionnements qu'elle reprochait à la com-

munauté d'agglomération, mettant en cause à la fois sa hiérarchie et le choix des élus. Les attestations et autres pièces du dossier établissent, malgré les dénégations de l'intéressée, la matérialité des propos tenus et révèlent un manquement à son devoir de loyauté et de réserve. Une telle faute justifie une sanction disciplinaire.

En prononçant à l'encontre de l'agent, une exclusion de trois jours, sanction du premier groupe, le président de la communauté d'agglomération, qui avait déjà été confronté au cours des années précédentes au comportement peu respectueux de sa hiérarchie de la part de son agent, n'a pas prononcé en l'espèce une sanction disproportionnée. ♦

CAA de Nantes, 1^{er} octobre 2015, req. n° 14NT02046.

AIDES SOCIALES

Suspension légale du versement du revenu de solidarité active

Le président du conseil départemental est en droit de suspendre le versement du revenu de solidarité active (RSA) lorsque le bénéficiaire, sans motif légitime, soit fait obstacle à l'établissement ou au renouvellement de ce contrat par son refus de s'engager à entreprendre les actions nécessaires à une meilleure insertion sociale, soit ne respecte pas le contrat conclu. Toutefois, il ne peut légalement justifier une décision de suspension par la circonstance que le bénéficiaire n'aurait pas accompli des démarches d'insertion

qui ne correspondraient pas aux engagements souscrits dans un contrat en cours d'exécution.

Ainsi, un président du conseil général a pu légalement suspendre le versement du RSA d'un bénéficiaire en raison de l'absence de toute démarche de sa part en vue de son insertion sociale, ainsi qu'en témoignait, notamment, son refus d'exercer une activité bénévole auprès d'associations caritatives ou de suivre une formation en informatique. ♦

Conseil d'État, 15 décembre 2015, req. n° 377138.

AGENTS

Contractuels : régime de rémunération

Les agents contractuels et les fonctionnaires ne se trouvant pas dans la même situation juridique au regard du service public, l'administration n'est pas tenue de faire bénéficier les agents contractuels d'un régime de rémunération similaire ou même seulement comparable à celui des fonctionnaires.

CAA de Marseille, 3 novembre 2015, req. n° 14MA01760.

PROCÉDURE CONTENTIEUSE

Préjudice moral indemnisable

La circonstance que l'irrecevabilité opposée au pourvoi d'un requérant, imputable à son avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, ne l'a pas privé d'une chance sérieuse d'obtenir gain de cause, ne fait pas obstacle à ce que l'intéressé demande réparation à cet avocat du préjudice moral qui a pu lui être ainsi occasionné.

Conseil d'État, 11 décembre 2015, req. n° 384242.

AGENTS

Redevance d'occupation d'un logement de fonction

L'autorité municipale doit fixer le montant de la redevance d'occupation d'un logement de fonction concédé par utilité de service à l'un de ses agents, en tenant compte des caractéristiques du bien, des valeurs locatives constatées pour des logements comparables situés dans le même secteur géographique et des conditions particulières imposées à l'agent. Le juge de l'excès de pouvoir exerce un contrôle restreint sur l'appréciation portée par l'autorité municipale pour fixer le montant de la redevance d'occupation d'un logement de fonction concédé par utilité de service.

Conseil d'État, 1^{er} octobre 2015, req. n° 372030.

LFSS 2016

Une protection santé universelle mais mitée, esquisse d'un futur pour la sécurité sociale

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 consent un nouvel effort au profit des entreprises, et restreint encore un peu plus les dépenses de santé et médicosociales. La solidarité nationale protège les personnes les plus exclues, mais a minima. Le marché s'occupe de la complémentaire santé des seniors et des précaires.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 traduit une politique de « soutien à l'emploi et à la croissance » via des baisses de cotisations sociales patronales et d'abattement d'assiette d'imposition. Elle porte les mesures pro-entreprises à 33 milliards d'euros pour 2016 (+ 10 par rapport à 2015). La maîtrise des dépenses frappe le secteur de la santé à hauteur de 3,4 milliards d'euros d'économies avec un Ondam à + 1,75 %. L'Ondam médicosocial est limité à + 1,9 % et intègre les dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail. La « CPomisation » du secteur du handicap participe à la future réforme de la tarification des établissements (lire p. 28). Alors qu'un mouvement de fond écorne la qualité des prises en charge des risques santé, le modèle solidaire de la sécurité sociale reprend – un peu – du service pour protéger les plus vulnérables. Le marché mutualiste et assurantiel est toutefois appelé à la rescousse pour compenser le mitage des garanties relevant de la solidarité nationale. Ces partis pris devraient équilibrer les comptes du régime général en 2019.

Puma : individualisation et autonomisation des droits

Au 1^{er} janvier 2016, la CMU de base est supprimée et remplacée par la protection universelle maladie (Puma). « Réforme majeure », pour le gouvernement, votée par les sénateurs malgré l'inquiétude sur « l'ampleur de la tâche à accomplir par les caisses et l'administration pour sa mise en œuvre », validée par le Conseil constitutionnel. La Puma garantit à tous les assurés travaillant en France ou y résidant de façon stable et régulière la couverture par la Sécurité sociale de leurs frais de santé, en cas de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille. Assurée à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie, elle supprime la notion d'ayant droit et évite une rupture dans l'accès aux droits après un changement de situation professionnelle ou familiale (art. 59).

Complémentaire santé généralisée

En application de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les entreprises ont l'obligation, au 1^{er} janvier 2016, de protéger leurs salariés par une couverture santé, collective et obligatoire – sauf dispense –, qui complète les remboursements de la sécurité sociale, en totalité ou en partie, sur la base d'un panier de soins. Elles doivent prendre à leur charge au moins la moitié de son coût. Ces contrats, qui ne couvrent ni la participation forfaitaire ni la franchise médicale et pour lesquels les organismes français qui les proposent doivent fournir annuellement aux assurés un certain nombre d'informations (code de la sécurité sociale (CSS), art. L.911-7) sont dits responsables. Dans le prolongement de ce mouvement, le président de la République a promis, au congrès de la Mutualité Française (FNMF) de juin 2015, de répondre aux besoins des retraités, confrontés – faute d'une réelle mutualisation – à des primes de plus en plus élevées en raison de l'accroissement des risques santé liés à l'âge.

Pour réaliser cette promesse et « mieux protég[er] pour moins cher », dicit Marisol Touraine, l'article 33 crée, à compter du 1^{er} janvier 2017, un contrat complémentaire santé réservé aux personnes de plus de 65 ans, retraités ou non. Proposé par les organismes mutualistes, les institutions de prévoyance, les compagnies d'assurances ou les organismes d'assurance maladie complémentaire étrangers non établis en France mais admis à y opérer en libre prestation de service, il est identifié par un label qui prévoit, « à des prix accessibles, des garanties adaptées » à la situation des souscripteurs. Il est délivré sous deux séries de conditions.

Labellisation des contrats « seniors »

La complémentaire santé doit être au moins équivalente à des niveaux déterminés pour un prix, hors taxes, inférieur à des seuils fixés en fonction de l'âge des assurés et du niveau des garanties proposées et revalorisés annuellement sur l'évolution de l'Ondam fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure. Les niveaux de garanties et les seuils de prix seront fixés par décret, après consultation de l'Autorité de la concurrence et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Les contrats doivent être responsables (CSS, art. L.864-2).

Des obligations de transmission des contrats, d'information relatives à leurs modifications et à leurs prix et de publication s'imposent aux organismes émetteurs. Des décrets en Conseil d'État préciseront les conditions d'application de ces dispositions. La FNMF se déclare « vigilante » afin de préserver « la qualité des offres labellisées, dans l'intérêt des assurés ».

Crédit d'impôt

En contrepartie de cet encadrement légal, les émetteurs des contrats labellisés bénéficient d'un crédit d'impôt au titre de la taxe de solidarité additionnelle perçue sur les contrats individuels, ou collectifs facultatifs si l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture. Le montant annuel de ce crédit d'impôt est égal à 1 % des primes acquittées, hors taxes, sans pouvoir être supérieur, pour chaque échéance, à celui de la taxe additionnelle collectée. Les modalités sont à préciser par décret. Ce crédit d'impôt est exclusif des avantages fiscaux liés à la CMU complémentaire (CMU-C) et à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) (CSS, art. L.864-1). Cette défiscalisation a été jugée conforme par le Conseil constitutionnel.

Salariés précaires

La loi de financement (art. 34) fixe, à compter du 1^{er} janvier 2016, le cadre pratique des dispenses d'affiliation à la complémentaire santé, notamment pour les salariés précaires, prévus par la loi de sécurisation de l'emploi, pour éviter les cas de double couverture et garantir aux plus précaires la possibilité de recourir à la CMU-C ou à l'ACS (CSS, art. L.911-7 III). La dispense d'affiliation doit être demandée par le salarié, titulaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission, couvert

dans le cadre d'un autre contrat de travail par une garantie collective à adhésion obligatoire. Elle n'est possible que pour les contrats responsables dont la durée – appréciée à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans tenir compte d'un maintien de garantie à son terme – est inférieure à un certain seuil qui sera fixé, ainsi que les catégories de salariés concernés, par décret.

Une aide individuelle de l'employeur, sous forme de chèque santé, destinée à la souscription d'une complémentaire santé individuelle par ses salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel, dispensés de l'affiliation à la couverture collective de l'entreprise est créée (CSS, art. L.911-7-1). Pour en bénéficier, le salarié doit être couvert par un contrat responsable, en cours de validité sur la durée de son contrat de travail. Le versement n'est pas cumulable avec l'affiliation au titre de la CMU-C, ou une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique, ni avec l'ACS. Un décret précisera ses modalités d'application. Les conditions d'articulation avec les accords de branche déjà existants sont prévues et une période transitoire, courant jusqu'au 31 décembre 2016, permet à l'employeur d'assurer, par décision unilatérale, la couverture complémentaire des frais de maladie, maternité ou accident de certains salariés.

Affiliation pour insertion

Pour améliorer la protection sociale des personnes les plus vulnérables, le texte reconduit, jusqu'au 31 décembre 2018, le droit temporaire (cinq ans) à l'affiliation au régime général de la sécurité sociale des personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion et accompagnées par une association agréée (art. 28). Une faculté exceptionnelle est ouverte jusqu'au 30 juin 2016 pour résilier, sans frais ni pénalités, un contrat complémentaire santé en cours pour souscrire un contrat sélectionné dans le cadre du recours à l'ACS (art. 61). ♦

Nathalie Levray

REPÈRES

- **Loi n° 2015-1702** du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.
- **Décision du Conseil constitutionnel** n° 2015-723 DC du 17 décembre 2015 (partiellement conforme).

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens s'impose dans le médicosocial

Votée dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et d'adaptation de la société au vieillissement, la contractualisation obligatoire prépare la refonte de la tarification.

1 Qu'est-ce qu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et quelles sont ses conséquences ?

En fixant pour cinq ans les objectifs d'un établissement ou service social et médicosocial (ESSMS) et les moyens affectés par l'administration, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) aligne les orientations stratégiques du projet d'établissement établi par un gestionnaire et ses structures, avec les priorités de politique publique définies par le schéma d'organisation sociale et médicosociale. Au plan financier, il entraîne l'application d'une tarification exclusive de la procédure budgétaire annuelle de l'article 314-7 du CASF (CASF, art. L.313-11, L.313-12-2) et, à compter du 1^{er} janvier 2017, la transmission d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Dans le cadre d'un Ehpad, le CPOM contient des indicateurs de suivi ainsi que la nature et le montant des financements complémentaires liés à des modalités d'accueil particulières (HAD par exemple). Il vaut, le cas échéant, convention d'aide sociale (L.313-12 IVter).

2 Quels établissements sont concernés par la contractualisation obligatoire ?

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les ESSMS accueillant des personnes âgées (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et petites unités de vie) et des personnes en situation de handicap (établissements ou services d'enseignement, d'aide par le travail, de réadaptation et les établissements d'accueil, y compris

les foyers d'accueil médicalisés) et les unités de soins de longue durée doivent conclure avec leurs autorités de tutelle des CPOM. Tous les Ehpad d'un même département relevant d'un seul gestionnaire et, sur accord des tutelles, les établissements situés dans d'autres départements d'une même région peuvent relever d'un CPOM unique. Dans une logique de parcours et de mutualisation, le CPOM peut inclure d'autres catégories d'établissements et services médicosociaux autorisés du même territoire (art. L.313-12 IVbis et ter et L.313-12-2). Le CPOM est facultatif pour les autres ESSMS du champ de la protection de l'enfance, les CHRS, les Cada, les CSAPA et CAARUD (art. L.313-11), pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés (art. L.313-11-1) et les résidences autonomie (art. L.313-12 III).

3 Dans quelles conditions le CPOM se substituent-ils aux conventions tripartites ?

La contractualisation obligatoire est lissée sur six ans à partir de 2016. Chaque année, un arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, le cas échéant signé conjointement avec le président du conseil départemental, établit une programmation qui indique les établissements devant conclure un CPOM et la date prévisionnelle de sa signature (loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, art. 75 III).

4 Comment s'élabore un CPOM ?

Les ministres concernés fixeront, par arrêtés, le modèle et le cahier des

charges du CPOM ainsi que le modèle de l'EPRD. Néanmoins, parce qu'il ambitionne de donner aux enveloppes limitatives un caractère absolu et que les ressources accordées à l'ESSMS doivent correspondre aux besoins des personnes, la contractualisation suppose de nouvelles relations entre les tutelles et les gestionnaires. Les objectifs doivent être négociés en fonction de l'activité et de l'organisation de l'établissement. Un dialogue de gestion est nécessaire. Le contenu du contrat, notamment le niveau de détails des informations qu'il comporte, doit être adapté à sa nature de document administratif communicable. L'établissement peut être aidé dans sa démarche par les outils de l'Anap et les recommandations de l'Anesm (art. L.313-12-2).

Le refus de signer ou de renouveler un CPOM pour un Ehpad est sanctionné par une minoration maximale de 10 % du forfait global relatif aux soins.

5 Un CPOM est-il contestable en justice ?

La contestation du financement/tarification d'un CPOM relève du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS). En revanche, le code de l'action sociale et des familles ne donne pas compétence au TITSS sur son volet « objectifs » (art. L.351-1). S'agissant d'un contrat administratif, le tribunal administratif est compétent pour connaître du contentieux relatif à l'inexécution d'une obligation contractuelle, éventuellement assortie d'une demande d'indemnisation. ♦