



European
Social
Charter

Charte
Sociale
Européenne



COUNCIL
OF EUROPE

CONSEIL
DE L'EUROPE

03/01/2013

RAP/RCha/FRA/XII(2013)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

12^e rapport national sur l'application de la
Charte sociale européenne

soumis par

**LE GOUVERNEMENT DE LA
FRANCE**

(articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30
pour la période
du 01/01/2008 – 31/12/2011)

Rapport enregistré au Secrétariat le 3 janvier 2013

CYCLE 2013

Délégation aux Affaires Européennes et Internationales

Octobre 2012

**12^{ème} RAPPORT D'APPLICATION DE LA
CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE
DU CONSEIL DE L'EUROPE**

Groupe II: Santé, sécurité sociale et protection sociale

PERIODE DE REFERENCE 2008-2011

SOMMAIRE

ARTICLE 3- droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail

Paragraphe 1.....	page 3
Paragraphe 2.....	page 15
Paragraphe 3.....	page 35
Paragraphe 4.....	page 69

ARTICLE 11- droit à la protection de la santé

Paragraphe 1.....	page 83
Paragraphe 2.....	page 136
Paragraphe 3.....	page 148

ARTICLE 12- droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1.....	page 162
Paragraphe 2.....	page 168
Paragraphe 3.....	page 168
Paragraphe 4.....	page 175

ARTICLE 13- droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 1.....	page 179
Paragraphe 2.....	page 188
Paragraphe 3.....	page 189
Paragraphe 4.....	page 189

ARTICLE 14- droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1.....	page 192
Paragraphe 2.....	page 196

ARTICLE 23- droit des personnes âgées à une protection sociale

.....	page 201
-------	----------

ARTICLE 30- droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

.....	page 215
-------	----------

Article 3 – Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties s'engagent, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs :

1. à définir, mettre en œuvre et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en matière de sécurité, de santé des travailleurs et de milieu de travail. Cette politique aura pour objet primordial d'améliorer la sécurité et l'hygiène professionnelles et de prévenir les accidents et les atteintes à la santé qui résultent du travail, sont liés au travail ou surviennent au cours du travail, notamment en réduisant au minimum les causes des risques inhérents au milieu de travail;
2. à édicter des règlements de sécurité et d'hygiène ;
3. à édicter des mesures de contrôle de l'application de ces règlements ;
4. à promouvoir l'institution progressive des services de santé au travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement préventives et de conseil.

Annexe à l'article 3§4

Il est entendu qu'aux fins d'application de cette disposition les fonctions, l'organisation et les conditions de fonctionnement de ces services doivent être déterminées par la législation ou la réglementation nationale, des conventions collectives ou de toute autre manière appropriée aux conditions nationales.

Informations à soumettre

Article 3§1 sécurité, santé et milieu du travail

1) Prière de décrire la politique nationale en matière de santé et de sécurité des travailleurs, ainsi que la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs lors de la formulation de cette politique. Prière de spécifier la nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique nationale en concertation avec les organisations patronales et syndicales.

Réponse

A – La politique générale de prévention des risques professionnels et sa mise en œuvre dans le secteur privé

La politique nationale d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels suscite une attention toute particulière, compte tenu, en particulier, du renforcement des exigences de préservation de la santé physique et mentale des travailleurs dans un contexte fortement marqué par l'allongement de la durée de vie au travail. La question des conditions de travail est donc placée au premier plan du débat public.

En outre, les progrès des connaissances scientifiques et techniques, l'influence de la construction européenne et son extension à de nouveaux Etats membres, ont renforcé la nécessité d'une approche globale, cohérente et dynamique de la prévention qui fasse appel à toutes les politiques publiques concernées.

La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles s'impose, en effet, comme une priorité collective de longue durée qui appelle l'implication de tous. Pour répondre à ces objectifs, l'un des modes d'action privilégiés du gouvernement français est l'élaboration de plans d'actions gouvernementaux, interministériels et pluriannuels, accompagnés d'objectifs et d'indicateurs précis destinés à en mesurer les effets.

1. Le Plan santé au travail

Pour structurer la politique d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels, le Gouvernement a adopté le Plan santé au travail 2010-2014 (PST2), qui fait suite au premier plan couvrant la période 2006-2009.

– Les acquis du premier Plan Santé au travail (2005-2009)

Celui-ci a profondément réformé le dispositif national de prévention des risques professionnels autour de quatre objectifs visant à :

- développer les connaissances relatives aux dangers et aux risques et des expositions en milieu professionnel
- renforcer l'effectivité du droit et du contrôle (plan de modernisation et de développement de l'inspection du travail notamment)
- refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail (création du Conseil d'orientation sur les conditions de travail)
- encourager les entreprises à être actrices de la santé au travail.

- Le deuxième Plan Santé au travail (2010-2014)

Le PST2 fixe des objectifs plus ambitieux en cohérence avec la stratégie européenne de santé au travail :

- en associant de manière beaucoup plus étroite l'ensemble des intervenants dans le champ de la santé au travail et de l'amélioration des conditions de travail, qu'il s'agisse des administrations, des organismes de prévention et des partenaires sociaux. Il a ainsi fait l'objet d'une large concertation afin de partager des constats et de définir des priorités communes
- en recherchant une meilleure cohérence avec les actions menées par la branche AT-MP de la sécurité sociale au niveau national et régional et avec les autres plans de santé publique (plan Cancer 2, Plan National Santé Environnement, etc.)
- en veillant à faire du plan un outil pleinement opérationnel ce qui se traduit par la définition de priorités, nécessairement limitées, et par de nouvelles modalités de pilotage et de suivi plus collégiales.

Le PST2 est structuré autour de 4 grands axes déclinés en 14 objectifs et en 36 actions.

- Le 1^{er} axe « Améliorer la connaissance en santé au travail » vise à développer la production de connaissance et d'expertise en santé au travail tout en structurant davantage l'ensemble de la recherche et de la formation dans ce domaine. La création de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) s'inscrit pleinement dans cet axe.
- Le 2^e axe « Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels » traduit la volonté de mettre en œuvre une politique de prévention des risques beaucoup plus ciblée sur :
 - des risques prioritaires (comme par exemple le risque chimique, les risques psychosociaux, les troubles musculo-squelettiques qui connaissent une évolution inquiétante, ou encore les risques émergents liés aux nanotechnologies)
 - des secteurs prioritaires, particulièrement accidentogènes, comme le bâtiment ou le secteur agricole et forestier
 - des publics particuliers, soit parce qu'ils sont fragiles, soit parce qu'ils sont soumis à des conditions de travail spécifiques (nouveaux embauchés, seniors, saisonniers)
- Le 3^e axe « Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les PME et les TPE » met l'accent sur la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques auprès des entreprises et des travailleurs qui doivent être de véritables relais de ce deuxième Plan santé au travail. A ce titre, le site « travailler-mieux » est un outil indispensable pour démultiplier les actions de l'inspection du travail et permettre à chacun de s'approprier la réglementation en santé et sécurité au travail.
- Le 4^e axe « Pilotage du plan, communication, développement et diversification des outils pour une effectivité du droit » entend renforcer la coordination et la mobilisation de tous les acteurs. Une instance de pilotage (« COPIL PST2 ») et une instance de suivi (Comité permanent du COCT) ont été créées. Elles sont réunies deux fois par an pour se prononcer sur les orientations et l'état d'avancement du PST2, à partir des indicateurs fournis par tous les partenaires nationaux et régionaux.

– La déclinaison territoriale du Plan santé au travail : les plans régionaux

Le PST 2 est adapté aux spécificités régionales sous la forme de plans régionaux de santé au travail (PRST). Ces derniers fixent pour la période 2011-2014, à l'échelle régionale et conformément à l'article R. 4641-30 du Code du travail, des objectifs, des actions et des moyens d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail. Ils constituent le programme de prévention des risques liés au travail.

Il s'agit, à partir des éléments de diagnostic territorial et des concertations menées avec les différents acteurs locaux de la prévention des risques professionnels et de la santé publique, de décliner certaines priorités nationales et de les adapter aux réalités locales. Ces priorités nationales définies par circulaire sont les suivantes : la

formation (en particulier celle des services de prévention et de contrôle ainsi que des représentants du personnel), certains risques particuliers (le risque chimique, les TMS – troubles musculo-squelettiques, le risque routier, les RPS – risques psychosociaux), les seniors et le renforcement du rôle des services de santé au travail comme acteurs de la prévention.

Les DIRECCTE ont la responsabilité de cette construction conjointe des PRST, en synergie avec les autres plans de santé publique.

2. La concertation sur la politique d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels

– La concertation au niveau national

L'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques de santé et sécurité au travail d'amélioration des conditions de travail font l'objet d'une large concertation entre pouvoirs publics, partenaires sociaux, organismes d'expertise et de prévention et personnalités qualifiées et représentants d'associations de victimes des risques professionnels.

C'est au sein du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT) que s'organise la concertation au niveau national.

Aux termes des articles R. 4641-1 et R. 4641-2 du code du travail, le COCT participe à la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que d'amélioration des conditions de travail. Il est consulté sur les projets d'orientation des politiques publiques et de plans nationaux d'action, les projets de textes de droit national et les projets d'instruments internationaux. Le Conseil formule des recommandations et des propositions d'orientation en matière de conditions de travail et de prévention des risques professionnels. Il peut, de sa propre initiative, en s'appuyant sur un secrétariat général soumettre des avis ou propositions.

– La concertation au niveau régional

Les Comités Régionaux de Prévention des Risques Professionnels (CRPRP) constituent, dans une certaine mesure, une émanation du COCT au niveau régional.

Ils sont placés auprès du préfet de région. Le secrétariat de cette instance est assuré par la DIRECCTE. Ils ont pour missions :

- D'élaborer et d'actualiser les diagnostics territoriaux en matière de conditions de travail et de prévention des risques professionnels ;
- De répondre à l'Etat sur les projets d'orientation et les plans régionaux d'action publique dans ces domaines. Ils rendent un avis sur le Plan régional de santé au travail qui fixe, à l'échelon régional, des objectifs, des actions et des moyens en matière d'amélioration de la sécurité et de la santé au travail ;

- De formuler des avis en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail et d'amélioration des conditions de travail pouvant aussi prendre la forme de recommandations aux entreprises et aux salariés.

– La concertation dans l'entreprise

Au niveau de l'entreprise, la concertation entre les travailleurs et l'employeur s'organise au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pour l'établissement occupant au moins 50 salariés. A défaut de CHSCT, les délégués du personnel ont les mêmes missions que les membres de ce comité.

Le CHSCT doit contribuer à l'amélioration des conditions de travail, à la protection de la santé physique et mentale et à la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à disposition par une entreprise extérieure.

Pour cela, il analyse les conditions de travail, les risques professionnels et l'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité. Il peut proposer des activités de prévention, que l'employeur ne peut refuser que sur la base d'une justification.

Pour l'alimenter dans ses réflexions, l'employeur est tenu de remettre chaque année au CHSCT :

- un bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail
- un programme de prévention.

Le CHSCT procède à des inspections régulières (au moins une par trimestre) sur les lieux de travail, pour s'assurer du respect des prescriptions en santé et sécurité. Il effectue aussi des enquêtes en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et de danger grave et imminent.

3. Les outils mis à disposition des acteurs de l'entreprise par le ministère chargé du travail

– L'Agence nationale pour l'amélioration de conditions de travail (ANACT)

Opérateur de l'Etat, l'ANACT a une double mission : produire des connaissances en matière d'amélioration des conditions de travail et favoriser leur transfert en entreprise. L'Agence produit des conseils, réalise des diagnostics en milieu de travail, accompagne les entreprises dans la conduite du changement portant sur l'organisation du travail et apporte un appui au dialogue social dans le champ des conditions de travail.

En outre, l'ANACT gère le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT) pour le compte du ministère chargé du travail. Doté de 2,7 millions d'euros chaque année, le FACT permet d'aider financièrement les entreprises souhaitant mettre en œuvre des actions de prévention.

– Le site internet du ministère « www.travailler-mieux.gouv.fr »

Ouvert depuis janvier 2009, le site « travailler-mieux.gouv.fr » poursuit un double objectif : il apporte des informations générales et répond à des questions concrètes rencontrées en santé et sécurité au travail.

Le site est un portail d'accès à l'ensemble des informations et outils de prévention disponibles dans le champ des conditions de travail.

Il propose des ressources diversifiées à destination des TPE et PME.

Pour cela, deux entrées sont proposées au visiteur : l'une par les métiers, risques associés et mesures de prévention envisageables, et l'autre par rubriques thématiques – troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux et pénibilité. Ces espaces rassemblent des fiches d'information générale, des synthèses de l'état du droit, des guides pratiques, des exemples de bonnes pratiques, des interviews et témoignages, sous forme d'articles ou de vidéos. Des foires aux questions permettent d'assurer un lien avec l'administration.

De plus, le site comprend deux « Espaces ressources » à destination des membres de CHSCT et des délégués du personnel. Ils ont vocation à accompagner leur professionnalisation et à constituer pour eux un lieu d'échanges.

Enfin, un outil interactif est proposé en libre accès : l'Entreprise virtuelle, qui met en scène, par des animations 3D des situations concrètes de travail à risques et des solutions à apporter pour les corriger.

En 2011, 802 845 visiteurs uniques ont fréquenté le site, contre plus de 795 000 en 2010. C'était, en fin d'année 2011, le 3^{ème} des huit sites les plus visités en santé et sécurité au travail. Il s'est imposé depuis sa création comme une référence incontournable dans le champ de la santé et de la sécurité au travail.

4. La gouvernance professionnelle

Pas d'éléments nouveaux (éléments développés sous l'article 3§2 dans le précédent rapport 2008)

B- Agriculture

Les enjeux liés à la prévention des risques professionnels des salariés agricoles sont en correspondance avec les attentes de plus en plus fortes de la société civile. C'est pourquoi les priorités d'actions des pouvoirs publics, définies en concertation avec les partenaires sociaux au sein de la commission spécialisée du conseil d'orientation sur les conditions de travail chargée des questions relatives aux activités agricoles, ont été marquées par l'approfondissement des actions inscrites dans le deuxième plan santé au travail 2010-2014 et par le développement de nouveaux chantiers dans la continuité de la réforme des retraites avec la mise en œuvre des dispositions relatives à la prévention de la pénibilité et de la réforme de la médecine du travail, mais aussi dans le cadre des impulsions européennes, notamment le règlement (CE) n° 1107/2009 relatif à la mise sur le marché et l'évaluation des produits phytopharmaceutiques ou la directive 2010/52/UE de la commission du 11 août 2010 concernant la réception CE des tracteurs agricoles ou forestiers.

C- Fonction publique

1. La politique conduite

Depuis le dernier rapport (2008), d'importants changements sont intervenus. Le premier accord dédié à la santé et à la sécurité au travail dans la fonction publique a été signé le 20 novembre 2009, signé par sept des huit organisations syndicales représentatives (85,4 % aux dernières élections professionnelles) et l'ensemble des employeurs publics. Il couvre les trois versants de la fonction publique française (Etat, collectivités territoriale, hôpitaux). Il rapproche le régime de la fonction publique de celui du secteur privé tout en respectant les spécificités propres à chacun des secteurs.

Trois axes de travail ont été cernés, avec l'ambition de couvrir tous les niveaux d'une politique de santé et de sécurité au travail : mesures relatives aux acteurs et instances compétents, aux dispositifs de prévention des risques professionnels et aux dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé. Des indicateurs de suivi et de mesure ont été définis ; ils traduisent l'obligation de résultat des employeurs publics dans la mise en œuvre des actions.

La mise en œuvre de l'accord du 20/11/2009 s'est échelonnée entre 2010 et 2012 avec une priorité donnée au volet Acteurs et instances de l'accord. Des modifications législatives et réglementaires, mais aussi des mesures de clarification et de sécurisation des droits des agents lors de congés pour raison de santé ont également vu le jour.

Accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

Axe 1 : Instances et acteurs opérationnels de la santé et de la sécurité au travail

- Mise en place d'une fonction d'observation de la santé et sécurité au travail dans la fonction publique ;
- Mise en place de CHSCT dans la FPE et FPT et évolution de leur rôle dans la FPH ;
- Rénovation du réseau des agents chargés de missions de conseil et d'assistance dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) et valorisation de la fonction (FPE et FPT) ;
- Amélioration du fonctionnement du réseau des inspecteurs en hygiène et sécurité (IHS) et agents chargés des fonctions d'inspection (ACFI) ;
- Développement de véritables services de santé et sécurité au travail de la fonction publique et amélioration des conditions d'emploi des médecins de prévention.

Axe 2 : Objectifs et outils de la prévention des risques professionnels

- Achèvement de la mise en place généralisée du document unique ;
- Évaluation et prévention des problèmes de santé liés aux risques psychosociaux ;
- Évaluation et prévention des troubles musculo-squelettiques ;
- Suivi médical des risques CMR (cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques) s'inscrivant dans la durée ;
- Extension de l'enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) ;
- Amélioration de la formation des agents de la fonction publique.

Axe 3 : Améliorer la chaîne administrative et médicale des traitements des congés pour raison de santé

- Amélioration du fonctionnement des instances médicales ;
- Mission sur l'évolution le régime de l'imputabilité au service des accidents et des maladies professionnelles ;
- Meilleure gestion du régime d'invalidité des fonctionnaires de l'État ;
- Développement des données chiffrées relatives aux congés pour raison de santé.

2. Les mesures prises

Mesure phare de l'accord, la transformation des comités d'hygiène et sécurité (CHS) en comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a été inscrite dans la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social pour la **fonction publique d'Etat et pour la fonction publique territoriale**.

Le cadrage réglementaire de ces instances ainsi que des acteurs opérationnels du champ « santé et sécurité au travail » a été ensuite précisé par le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique de l'Etat ; et par le décret n° 2012-170 du 3 février 2012 modifiant le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale. Par ailleurs, pour la fonction publique de l'Etat, les mesures réglementaires ont été précisées par une circulaire du 9 août 2011. Les nouveaux CHSCT ont été mis en place suite aux élections générales d'octobre 2011.

Au titre des mesures de sécurisation des droits des agents lors de congés pour raison de santé, un décret relatif à l'extension du maintien du demi-traitement, à l'issue des droits statutaires à congé de maladie, longue maladie et longue durée, à tous les cas d'attente d'une décision de l'administration a été publié le 7 octobre 2011 (décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011).

Par ailleurs, en vue d'améliorer le fonctionnement des instances médicales (commissions de réforme et comités médicaux), un état des lieux sur le fonctionnement de ces dernières a été conduit et un recensement des bonnes pratiques a été opéré avec pour objectif l'élaboration d'un document méthodologique à l'attention des secrétariats des instances médicales et des gestionnaires des ressources humaines. Par ailleurs, une mission sur l'évolution du régime de l'imputabilité au service des accidents et des maladies a été lancée en 2012.

En 2011-2012, l'effort aura également porté sur l'amélioration de la connaissance en matière de santé et sécurité au travail et du suivi de la mise en œuvre des nouveaux dispositifs dans les administrations (enquête annuelle sur l'hygiène et la sécurité, extension de l'enquête Sumer). L'objectif est notamment d'améliorer la capacité de pilotage des instances nationales de concertation (commission spécialisée du conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat, formation spécialisée du conseil commun de la fonction publique).

La mise en œuvre de la mesure relative à l'évaluation et la prévention des problèmes de santé liés aux risques psychosociaux a donné lieu à des travaux d'ordre

méthodologique (guide) pour aider les chefs de service à identifier les facteurs de risques psychosociaux à et les prévenir.

Enfin, l'amélioration du régime de l'invalidité des fonctionnaires ou encore la gestion prévisionnelle anticipée des reclassements des personnels concernés ont donné lieu à différentes mesures réglementaires ou à l'identification des difficultés à surmonter.

Focus : Mise en place de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

La loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social a transposé l'une des mesures de l'accord en prévoyant en son article 10 (modifiant l'article 16 de la loi n° 84-16 du 24 janvier 1984) la création de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Elle définit les grandes missions du CHSCT : contribuer à la protection de la santé physique et mentale, et à la sécurité des agents dans leur travail, à l'amélioration des conditions de travail et veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières. Conformément au principe de convergence des élections professionnelle dans la fonction publique toute entière, les nouveaux CHSCT ont été mis en place à la suite des élections générales d'octobre 2011.

Personnaliser la GRH et accompagner les agents

Focus : suivi médical post professionnel des agents de l'État exposés à l'amiante et aux risques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord sur la santé et la sécurité au travail, une attention particulière des employeurs au suivi des expositions professionnelles, notamment aux risques dits « différés » a été inscrite. À ce titre, les obligations de suivi médical pendant l'activité professionnelle ainsi que de tenue et de suivi du dossier médical ont été rappelées. La fonction publique d'Etat a ainsi publié dès 2009, un décret cadre sur le suivi médical post professionnel des agents exposés aux risques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) ainsi qu'un décret spécifique relatif au suivi médical post-professionnel des agents de l'Etat exposés à l'amiante le 11 décembre 2009. Ces décrets ont été complétés par une circulaire d'application en date du 18 mai 2010 rappelant les obligations des administrations d'Etat en matière de protection des agents contre ces substances et de suivi post-professionnel des agents exposés. Des dispositions analogues sont en cours d'adoption dans les deux autres versants de la fonction publique.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

A- Secteur privé

Taux de couverture des établissements français par un CHSCT : pas de données chiffrées plus récentes que celles produites dans le précédent rapport.

B- Fonction publique

Les données chiffrées sont issues d'enquêtes réalisées chaque année par la DGAFP auprès des ministères. Elles alimentent le bilan annuel de l'application du

décret du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine de prévention dans la fonction publique présenté devant la Commission supérieure d'hygiène et de sécurité du Conseil supérieur de la fonction publique d'Etat. Le rapport annuel sur l'état de la Fonction publique accessible sur le site www.fonction-publique.gouv.fr fournit également des informations statistiques sur certaines données sociales liées au travail.

Les données ci-dessous sont antérieures aux dispositions prises en application de l'accord du 20 novembre 2009.

Nombre d'acteurs en hygiène et sécurité par ministère au 31 décembre 2009

	Inspecteurs hygiène et sécurité (IHS)		Agents chargés de la mise en œuvre		Médecins de prévention	
	Effectif physique	Ratio pour 10 000 agents du ministère	Effectif physique	Ratio pour 10 000 agents du ministère	Effectif en équivalent temps plein	Ratio pour 10 000 agents du ministère
Affaires étrangères et européennes	<5	1,06	6	3,2	2,8	1,48
Agriculture et Pêche	7	2,16	538	165,9	1,0	0,31
Ministères économique et financier	16	0,90	387	21,9	77,9	4,40
Culture et Communication	5	4,28	250	214,0	7,6	6,51
Défense	12	0,29	2 012	48,5	21,5	0,52
Écologie, Développement et Aménagement durables	12	0,12	250	25,7	42,7	4,38
<i>Aviation civile</i>	<i>non concerné ⁽¹⁾</i>		54	41,7	11,0	8,50
<i>Autre</i>	12	0,12	196	23,2	31,7	3,75
Ministères de l'enseignement	39	0,36	12 285	114,5	243,0	2,27
<i>Éducation nationale</i>	30	0,32	7 676	82,9	53,0	0,57
<i>Enseignement supérieur et Recherche</i>	9	0,61	4 609	313,6	190 ⁽²⁾	12,92 ⁽³⁾
Intérieur, Outre-mer et Collectivités territoriales	12	0,64	1 199	63,8	33,0	1,76
Justice	8	1,04	1 099	143,2	34,9	4,55
Ministères sociaux	8 ⁽⁴⁾	2,33				
<i>Santé, Jeunesse, Sports et Vie associative</i>	-	-	27		2,0	1,20
<i>Travail, Relations sociales et Solidarités</i>	-	-	32	17,2	-	-
Services du Premier ministre	<5	1,1	12	13,3	0,8	0,89
Total	122	0,06	18 097	7,2	468	0,3

Source : Bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine du travail dans la fonction publique de l'État en 2009, DGAFP, bureau des politiques sociales.

Note : l'appellation des ministères renvoie à la nomenclature d'exécution de la loi de finances initiale de l'année.

(1) Le secteur est couvert, par convention, par l'inspection du travail, en matière de contrôle hygiène et sécurité.

(2) Comptabilisé en effectif physique.

(3) Champ partiel : l'ensemble des universités n'a pas répondu à l'enquête.

(4) Pour les IHS, le périmètre santé regroupe également le périmètre travail.

Nombre d'instances de concertation en matière d'hygiène et sécurité dans les ministères en 2009

Ministères	CHS locaux	CHS spéciaux
Affaires étrangères et européennes	11	2
Agriculture et Pêche	120	215
Ministère économique et financier	102	24
Culture et Communication	26	63
Défense	452	0
Écologie, Énergie, Développement durable et Aménagement du territoire	46	32
<i>Aviation civile</i>	0	30
<i>Autre</i>	46	2
Ministères de l'enseignement	261	0
<i>Éducation nationale</i>	130	0
<i>Enseignement supérieur et Recherche</i>	131	0
Intérieur, Outre-Mer et Collectivités territoriales	181	1
<i>Police</i>	75	1
<i>Autre</i>	106	0
Justice	100	191
Ministères sociaux	57	4
<i>Santé, Jeunesse, Sports et Vie associative</i>	27	4
<i>Travail, Relations sociales, Famille et Solidarité</i>	30	0
Services du Premier ministre	0	0
Total	1 356	532

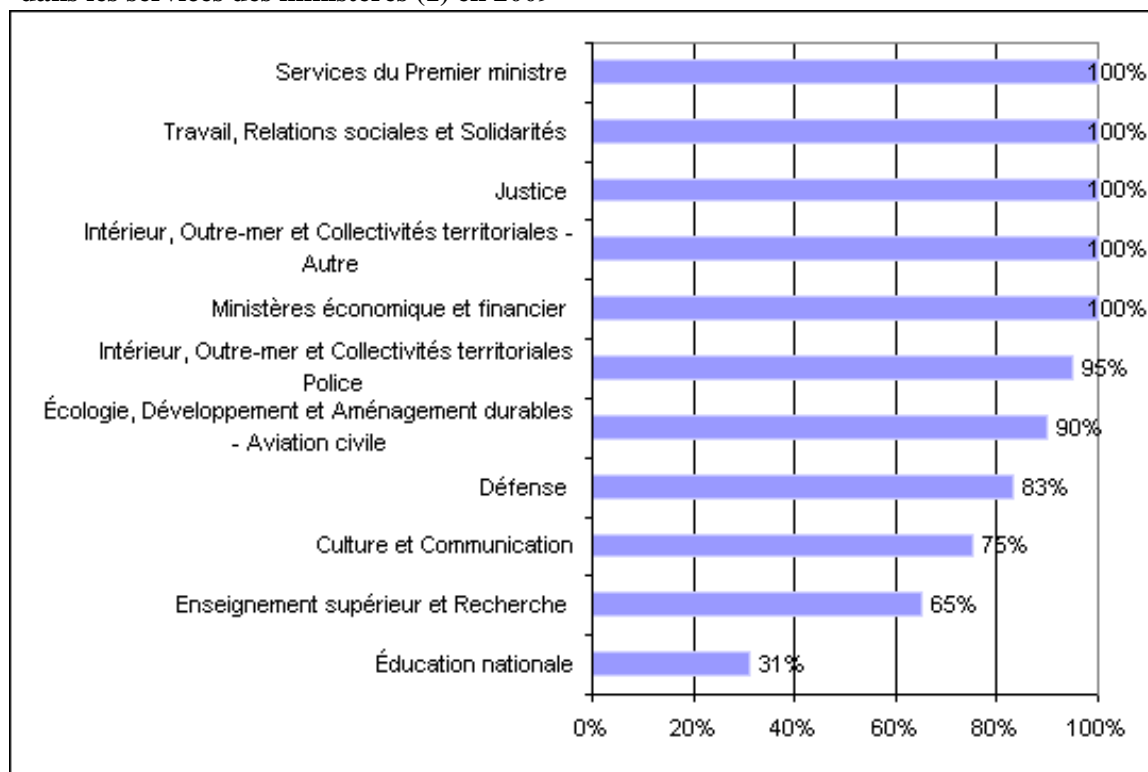
Source : Bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine du travail dans la fonction publique de l'État en 2009, DGAFP, bureau des politiques sociales.

Note : l'appellation des ministères renvoie à la nomenclature d'exécution de la loi de finances initiale de l'année.

Note : CHS : Comité hygiène et sécurité.

(1) Les CHS centraux ou ministériels qui existent dans chaque ministère ne sont pas comptabilisés ici.

Part des structures ayant réalisé le document unique de prévention des risques professionnels dans les services des ministères (1) en 2009



Source : Bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine du travail dans la fonction publique de l'État en 2008, DGAFP, bureau des politiques sociales.

Note : l'appellation des ministères renvoie à la nomenclature d'exécution de la loi de finances initiale de l'année.

(1) Seuls figurent dans ce graphique les ministères qui ont répondu au volet correspondant de l'enquête.

Le taux de réalisation des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP) s'est encore amélioré en 2010 cependant des progrès restent à accomplir pour atteindre 100% de DUERP réalisés. Une circulaire en date du 18 mai 2010 avait pour objet le rappel des obligations des administrations d'Etat en matière d'évaluation des risques professionnels.

Sujets les plus abordés dans les Comités Hygiène et Sécurité entre 2008 et 2010

Thèmes de travail	% des ministères ayant classé le thème dans les 10 premiers 2010	Classement 2010	2009	2008
Document unique	88,2	1	1	3
Risques psychosociaux	70,6	2	3	6
Aménagements des locaux	58,8	3	4	1
Risques incendie	58,8	4	6	4
Suivi médical des agents	58,8	5	2	5
Amélioration des conditions de travail	52,9	6	8	1
Registres hygiène et sécurité	52,9	7	5	2
Aménagements des postes de travail	35,3	8	10	1
Hygiène des locaux	29,4	9	7	7
Ambiances de travail (lumière, bruits, chaleur)	29,4	10	14	14
Amiante	23,5	11	9	9
Insertion professionnelle des travailleurs handicapés	23,5	12	15	8
Travaux	23,5	13	19	26
Règlement intérieur des comités d'hygiène et de sécurité	23,5	14	26	22
Interventions des entreprises extérieures	17,6	15	25	non classé
Visites des sites	17,6	16	16	19
Tabagisme, alcoolisme	11,8	17	22	15
Contrôle et mise en conformité des équipements de travail	11,8	18	13	7
Gestes et postures	11,8	19	23	10
Troubles musculo-squelettiques	11,8	20	11	17
Risques électriques	11,8	21	non classé	12
Accidents du travail/maladies professionnelles	11,8	22	20	20
Harcèlement moral	11,8	23	28	non classé
Information sanitaire	11,8	24	12	non classé
Prévention des risques chimiques	11,8	25	non classé	29
Formations	11,8	26	18	21
Aération/ventilation	5,9	27	non classé	16
Premiers secours (formation,, trousse...)	5,9	28	non classé	28
Remise en état des locaux	5,9	29	19	26

Article 3§2 – prescription de règlements de sécurité et d'hygiène

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique nationale en concertation avec les organisations patronales et syndicales.

Réponse

A – La politique générale de prévention des risques professionnels

1. La prévention de la pénibilité

Question sous-jacente lors de l'élaboration du deuxième Plan santé au travail et de la politique d'amélioration des conditions de travail, la prévention de la pénibilité tout au long du parcours professionnel a retrouvé, depuis l'adoption de la loi portant réforme des retraites en 2010, une acuité toute particulière.

La loi a en effet instauré, dans un titre spécifique dédié à la pénibilité du parcours professionnel, plusieurs mesures relatives à la prise en compte de la pénibilité au travail.

Elle a d'abord créé un dispositif de compensation permettant un départ anticipé à la retraite pour certaines personnes et sous certaines conditions, ainsi que des allègements ou des compensations de la charge de travail des salariés occupés à des travaux pénibles, mais elle a aussi et surtout mis l'accent sur la prévention de la pénibilité.

Ainsi l'obligation de prévention de la pénibilité est-elle généralisée : elle figure désormais parmi les principes généraux de prévention énumérés par l'article L. 4121-1 du Code du travail. L'employeur, pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, doit prendre toutes les mesures de prévention nécessaires, qu'elles portent sur les risques professionnels ou la pénibilité au travail.

La loi a aussi élargi les compétences du Comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail (CHSCT) à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité (art. L. 4612-2 du Code du travail).

Enfin, pour certaines entreprises, la loi a instauré à l'article L. 138-29 du Code de la sécurité sociale une obligation de conclure un accord ou d'élaborer un plan d'action en faveur de la prévention de la pénibilité sous peine d'une sanction financière, modulée en fonction des efforts constatés, pouvant aller jusqu'à 1 % de la masse salariale des salariés exposés à au moins un facteur de pénibilité.

Enfin, la publication au Journal officiel du 31 janvier 2012 des textes d'application du volet traçabilité des expositions aux facteurs de pénibilité vient compléter l'importante production réglementaire des services de la Direction générale du travail et de ses partenaires au cours de l'année 2011. Les textes publiés en ce début d'année sont :

- le décret n° 2012-136 du 30 janvier 2012 relatif à la fiche prévue à l'article L. 4121-3-1 du Code du travail ;
- le décret n° 2012-134 du 30 janvier 2012 tirant les conséquences de la création de la fiche prévue à l'article L. 4121-3-1 du Code du travail ;
- l'arrêté du 30 janvier 2012 relatif au modèle de fiche prévu à l'article L. 4121-3-1 du Code du travail.

Deux formes de traçabilité des expositions aux risques professionnels sont généralement distinguées :

- la traçabilité collective qui correspond à des systèmes d'enregistrement et bases de données visant à fournir des données scientifiques et technologiques sur les expositions, les risques, les répercussions négatives sur la santé et leur contrôle dans un environnement professionnel ;
- la traçabilité individuelle qui permet de retracer les expositions d'un travailleur.

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a étoffé et rationalisé le dispositif de traçabilité individuelle des expositions professionnelles en l'étendant aux facteurs de pénibilité en créant une nouvelle fiche de prévention des expositions à des facteurs de pénibilité

La fiche de prévention permet de tracer les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé, à partir d'un certain seuil défini dans le document unique d'évaluation des risques, les périodes d'exposition et les mesures de prévention collective, individuelle ou organisationnelle que l'employeur a mis en œuvre pour la faire disparaître ou en réduire les effets. Cette fiche récapitule donc toutes les expositions d'un travailleur à des facteurs de pénibilité pendant une période donnée.

Cette fiche répond à plusieurs objectifs :

- un objectif de prévention primaire puisque cette fiche est communiquée au service de santé au travail pour alimenter d'éventuels conseils à l'employeur dans une visée d'actions en milieu de travail et pour compléter le dossier médical en santé au travail pour un meilleur suivi de l'état de santé du salarié ;
- un objectif de prévention secondaire puisqu'elle peut être utilisée dans le cadre du suivi post-expositions ou post-professionnel : il sera plus facile d'alerter l'employeur sur des risques professionnels en ayant des données précises sur les expositions des travailleurs ;
- un objectif de réparation dans la mesure où elle peut être utilisée par le salarié comme élément de preuve dans le cadre des procédures de reconnaissance de maladie professionnelle ou de départ anticipé à la retraite au titre de la pénibilité pour prouver que son taux d'incapacité permanente est lié à des expositions à un facteur de pénibilité pendant une certaine durée.

2. La prévention du risque chimique

- Valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP)

La France a procédé à la transposition des valeurs limites d'exposition professionnelle figurant dans la directive 2009/161/UE du 17 décembre 2009

établissant une troisième liste de valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle avec le décret N°2012-746 du 9 mai 2012 fixant des valeurs limites d'exposition professionnelle contraignantes pour 16 agents chimiques et l'arrêté du 9 mai 2012 fixant des valeurs limites d'exposition professionnelle indicatives pour les autres agents chimiques.

Par ailleurs, les 2 plans santé au travail ont inscrit comme prioritaire, la fixation, au plan national, de nouvelles VLEP sur la base de l'expertise de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

- REACH et CLP

Le contrôle général de la mise sur le marché européen des produits chimiques a fait l'objet d'une profonde réforme réglementaire, notamment avec :

- le règlement « REACH » (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), instituant une agence européenne des produits chimiques, modifiant la directive 1999/45/CE et abrogeant le règlement (CEE) n° 793/93 du Conseil et le règlement (CE) n° 1488/94 de la Commission ainsi que la directive 76/769/CEE du Conseil et les directives 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE et 2000/21/CE de la Commission ;

- le règlement « CLP » (Classification – Labelling – Packaging) (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges, modifiant et abrogeant les directives 67/548/CEE et 1999/45/CE et modifiant le règlement (CE) n° 1907/2006 ;

Pour la mise en œuvre de ces textes européens plusieurs actions ont été menées.

Actions réglementaires et dispositions en matière de sanctions :

L'ordonnance n° 2009-229 du 26 février 2009 prise pour l'application de l'article 12 de la loi n° 2008-757 du 1er août 2008 relative à la responsabilité environnementale et à diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'environnement définit les sanctions applicables pour REACH.

L'ordonnance n° 2011-1922 du 22 décembre 2011 (et la loi de ratification correspondante) porte adaptation du code du travail, du code de la santé publique et du code de l'environnement au droit de l'Union européenne en ce qui concerne la mise sur le marché des produits chimiques.

Le décret n°2012-530 du 19 avril 2012 relatif à la mise sur le marché et au contrôle des substances et mélanges adapte à cet effet les dispositions du code du travail en matière de prévention des risques chimiques en introduisant des références aux nouvelles règles de classification et d'étiquetage du règlement CLP. Il introduit également dans le code de l'environnement un dispositif de sanctions spécifiques en cas de manquement aux obligations prévues par le règlement CLP.

Actions organisationnelles et dispositions en matière de contrôles :

Les helpdesks REACH et CLP : il s'agit de plateformes d'assistance réglementaire pour les entreprises et les corps de contrôle afin de faciliter la compréhension des textes et des obligations associées, y compris sur le plan technique.

Les rapports pour la Commission européenne : il s'agit de bilans des activités et des difficultés éventuelles rencontrées lors de la mise en œuvre sur le territoire national.

Une circulaire interministérielle annuelle définit le cadre général des contrôles à réaliser pour l'année en cours. Ces contrôles reposent sur la poursuite des actions engagées et des retours d'expérience des corps d'inspection.

Des instructions et un cadre de formation spécifique pour l'inspection du travail ont ainsi été mis en place.

- Eléments nouveaux depuis 2008 sur les nanomatériaux

En plus des actions européennes (réglementations et guides techniques associés) et internationales (activités scientifiques à l'OCDE) en cours, la France, dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 185 de la loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, dite loi Grenelle II, et à la suite de la définition des « nanomatériaux » publiée à titre de recommandation de la Commission européenne du 18 octobre 2011, a publié le décret n° 2012-232, en date du 17 février 2012, relatif à la déclaration annuelle des substances à l'état nanoparticulaire mises sur le marché.

L'objet des dispositions législatives et réglementaires de cette déclaration annuelle est d'identifier la présence de nanoparticules à chaque étape de leur cycle industriel (jusqu'à l'état de déchets). Cette démarche contribue notamment à assurer la continuité de la chaîne d'information entre les entreprises utilisant ces substances de taille nanométrique et permettra, à terme, d'identifier si des mesures de prévention des risques appropriées sont mises en œuvre

Un projet d'arrêté fixe le contenu détaillé de cette déclaration. Il a fait l'objet d'une concertation interministérielle associant également les partenaires de la société civile (syndicats, ONG, fédérations professionnelles). Il est en cours de signature et sera publié très prochainement.

Cette déclaration, par voie électronique, fera l'objet d'une base de données gérée par l'Anses.

- Eléments nouveaux depuis 2008 sur les pesticides

L'impact des produits phytopharmaceutiques sur la santé humaine et l'environnement, est une préoccupation importante en France.

Le plan Ecophyto 2018 a pour objectif de réduire de 50% l'usage des produits phytosanitaires dans un délai de dix ans, si possible. La gouvernance du plan permet d'associer l'ensemble des parties prenantes (ministères, ONG, fédérations agricoles et représentants des produits phytopharmaceutiques) à la mise en œuvre et au suivi du plan visant à réduire la dépendance des exploitations agricoles aux produits

phytosanitaires tout en maintenant un niveau et une qualité de production agricole élevés.

Il est développé au travers des travaux réalisés par les instituts techniques et scientifiques compétents et selon différents axes de travail. Deux sont particulièrement suivis par le ministère chargé du travail :

- L'axe 1 qui prévoit le développement d'indicateurs de risque et d'impact pour caractériser de façon plus qualitative l'évolution de l'utilisation des produits phytosanitaires, et s'inscrit dans la droite ligne de la directive cadre 2009/128/CE relative à l'utilisation durable des pesticides qui prévoit l'obligation pour les Etats membres de renseigner des indicateurs de risque, harmonisés entre Etats membres.
- L'axe 9 qui couvre les travaux relatifs à la prévention des risques professionnels.

(voir détails § agriculture)

- La prévention des risques liés à l'amiante

En complément des éléments produits en 2009 :

Afin de prendre en compte les avis de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) des 9 février et 7 août 2009, relatifs, d'une part, à la toxicité des fibres courtes et des fibres fines d'amiante (FCA – FFA), et d'autre part, à la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) de l'amiante ainsi que le rapport du 22 septembre 2011 de l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), le ministère chargé du travail a engagé une réforme réglementaire en matière de prévention des risques liés à l'amiante. Les dispositions du décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 sont en grande partie entrées en vigueur le 1er juillet 2012. Les principales mesures de la réforme concernent :

- le contrôle de l'empoussièrément en milieu professionnel selon la méthode META, ce qui conduit en moyenne à une division par 2 de la VLEP, la méthode META permettant de comptabiliser des fibres qui ne l'étaient pas dans la méthode utilisée jusqu'à présent (MOCP) et l'abaissement de la VLEP à 10 fibres à une échéance de 3 ans, soit le 1er juillet 2015 ;
- l'interdiction des travaux conduisant à un niveau d'empoussièrément supérieur à 25 000 F/L en raison de l'inefficacité des appareils de protection respiratoire (APR) au-delà-de ce niveau d'empoussièrément ;
- la suppression de la dualité de notions amiante friable / amiante non friable et son remplacement par 3 niveaux d'empoussièrément définissant les règles techniques, les moyens de prévention collectifs (MPC) et les équipements de protection individuelle (EPI) à mettre en œuvre ;
- l'amélioration des obligations de repérages de l'amiante avant travaux
- la généralisation de la certification des entreprises à l'ensemble des activités de retrait et d'encapsulage de matériaux contenant de l'amiante (qui sera progressivement effective en 2013 et 2014).

Le décret prévoit six arrêtés d'application dont deux à brève échéance. Le premier relatif au contrôle des niveaux d'empoussièrément devrait entrer en vigueur dans les jours qui viennent.

3. La prévention du risque biologique

Deux projets de textes (un décret et un arrêté) visent la prévention des risques biologiques dans les établissements où sont dispensés des services ou activités de santé et où les travailleurs sont susceptibles d'être en contact avec des objets tranchants. Ils ont pour objet de transposer en droit national la directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire.

Cette directive a pour objectif :

- En premier, d'assurer une sécurité maximale sur le lieu de travail par la prévention des blessures pouvant être occasionnées par des objets tranchants à usage médical (y compris les piqûres d'aiguilles),
- En second, de protéger les travailleurs exposés au moyen d'une stratégie intégrée pour l'élaboration des politiques d'évaluation des risques, de formation, d'information, de suivi des accidents.

Pour cela, cette directive s'appuie sur l'architecture de la directive « cadre » - 89/391/CEE - concernant l'amélioration de la sécurité et de la santé du personnel au travail et de sa directive « fille » - 2000/54/CE - concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques, et intègre des dispositions spécifiques pour la prévention des blessures par objets tranchants.

Ces dispositions s'appliquant dans un secteur d'activité particulier qui est celui de la santé (secteur hospitalier et sanitaire), elles sont détaillées dans le projet d'arrêté qui prévoit pour l'essentiel les mesures suivantes :

- la mise en œuvre systématique de précautions standards visant à prévenir les risques d'exposition au sang et aux autres liquides biologiques, qui incluent l'interdiction du recapuchonnage des aiguilles ;
- la mise à disposition de dispositifs médicaux de sécurité ;
- un renforcement de l'information des travailleurs sur les procédures d'élimination des objets tranchants ;
- un renforcement de la formation des travailleurs sur les risques associées aux accidents exposant au sang et aux autres liquides biologiques, les mesures de prévention adaptées ainsi que sur les mesures à prendre en cas d'accident ;
- la mise en œuvre de procédures de notification des accidents liés à des objets tranchants.

4. Le risque physique

- La prévention du risque pyrotechnique

Pas d'éléments nouveaux

- La politique de prévention face aux dangers des rayonnements ionisants :

Pas d'éléments nouveaux

- La prévention du risque hyperbare

Un groupe de travail interministériel mis en place en 2007 a élaboré le décret n°2011-45 du 11 janvier 2011 relatif à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare. Ce texte opère une refonte de la réglementation de 1990 en la matière et permet de couvrir tous les professionnels exposés au risque hyperbare dans le cadre d'une réglementation homogène tout en prenant en compte le principe de progressivité consistant à dimensionner les mesures de prévention à l'ampleur du risque.

Des arrêtés sectoriels doivent préciser les modalités de mise en œuvre des dispositions réglementaires. Quatre arrêtés sont ainsi en cours de préparation :

- L'arrêté relatif aux travaux subaquatiques effectués en milieu hyperbare,
- L'arrêté définissant les procédures d'accès, de séjour, de sortie et d'organisation du travail pour les interventions en milieu hyperbare exécutées avec immersion dans le cadre des « techniques, sciences et autres interventions »
- Deux autres arrêtés (relatifs à la formation des travailleurs exposés au risque hyperbare).

Pour chacun de ces arrêtés, les services du ministère chargé du travail ont préparé les projets d'arrêtés en étroite collaboration dans le cadre d'un groupe de travail qui a proposé des axes d'amélioration de la réglementation, sur la base des observations recueillies auprès des professionnels concernés (travailleurs et employeurs). Ces propositions prennent également en compte les recommandations internationales en la matière ainsi que les « bonnes pratiques » déjà mises en place par certaines entreprises et dont l'efficacité en matière de prévention des risques a été démontrée

5. La prévention des TMS

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont des pathologies multifactorielles à composante professionnelle. Ils affectent les muscles, les tendons et les nerfs des membres de la colonne vertébrale. Les TMS s'expriment par de la douleur, mais aussi, pour ceux du membre supérieur, par de la raideur, de la maladresse ou une perte de force. Ce risque, qui n'est ni physique, ni chimique ou biologique était déjà présent au 19^{ème} siècle mais son émergence actuelle s'explique notamment par des changements dans l'organisation du travail. Les facteurs de risques sont essentiellement : l'effort, les positions articulaires extrêmes et une certaine répétitivité des gestes.

Les troubles musculo-squelettiques constituent, depuis plusieurs années, la première des pathologies professionnelles reconnues en France, tous secteurs d'activité confondus.

Les TMS augmentent de façon constante de 10% par an et représentent 85% des causes de maladies professionnelles reconnues pour les actifs du régime général. Selon les chiffres de la CNAMTS et de la CCMSA, les cas de TMS constatés en 2010 ont engendré la perte de 9,7 millions de journées de travail et coûté 930 millions d'euros couverts par les cotisations des entreprises pour les actifs du régime général. Dans le secteur agricole, le coût s'élève à 70 millions d'euros.

Les données sont éloquentes, tant en termes de coût humain et social (douleurs, restrictions d'aptitudes, inaptitudes au travail...), qu'en termes économiques pour la société mais également pour les entreprises (baisse de productivité, voire de qualité liée à l'absence du travailleur, coûts de son remplacement...).

- La prévention des TMS dans le PST2

Les initiatives en matière de prévention des TMS témoignent du fait que cette question demeure une priorité des pouvoirs publics, qui s'inscrit notamment en réponse aux attentes relayées par diverses instances paritaires quant à améliorer les conditions de travail et la préservation de la santé et sécurité au travail.

Le second plan santé au travail 2010-2014 (PST2) réaffirme la nécessaire mobilisation de tous les acteurs de la prévention dans la lutte contre les TMS ainsi que l'importance, en matière de santé et sécurité au travail, de favoriser une approche sectorielle (notamment pour les secteurs les plus concernés comme le BTP, l'agriculture...) et populationnelle en ciblant les plus vulnérables (intérimaires, seniors...).

L'objectif annoncé dans le PST2 est de stabiliser le nombre de maladies professionnelles.

Cet objectif mobilise également les services déconcentrés. Les DIRECCTE prennent de nombreuses initiatives locales à destination des entreprises, en partenariat étroit avec les acteurs institutionnels de prévention locaux (CARSAT, ARACT, OPPBTP, MSA) et une mobilisation des services de santé au travail telles que :

- Des actions de sensibilisation et de communication,
- Des actions d'accompagnement des entreprises sur un mode collectif (clubs d'entreprises...) ou individuel,
- Des aides financières attribuées pour l'acquisition d'équipements ou le recours à des cabinets conseil spécialisés (FACT...),
- La diffusion d'outils méthodologiques sur la conduite de projets de prévention,
- Des actions de formation.

Ces actions sont inscrites dans les PRST2 (plan régionaux de santé au travail).

Le Ministère du travail propose aux entreprises une aide financière par le recours à des consultants, le FACT (fonds d'amélioration des conditions de travail) dont la gestion a été confiée à l'ANACT.

La prévention des TMS doit s'inscrire dans le cadre d'un dialogue social dynamique. Mais plus largement encore, l'implication des salariés dans le cadre de démarches participatives est une voie à suivre pour toutes les entreprises, d'autant plus lorsqu'elles sont dépourvues d'instances représentatives du personnel comme en particulier les PME-TPE.

- Actions de communication

La campagne de communication pluriannuelle sur trois ans relative à la prévention des TMS a été décidée à l'issue de la conférence tripartite sur les conditions de travail qui s'est tenue fin 2007 à l'initiative du ministère en charge du travail.

La campagne a débuté en 2008, avec un objectif de sensibilisation et d'information destiné à un large public.

En 2011, la poursuite de la **campagne de communication TMS** a été décidée pour une année au regard des retours positifs des post-tests de la campagne 2008-2010 afin de compléter l'approche strictement informative par une approche plus concrète mettant des outils à disposition des acteurs de l'entreprise.

Ainsi, une fiche méthodologique a été élaborée avec l'ensemble des préventeurs institutionnels visant à énoncer les principes de la mise en place d'une démarche de prévention durable et à valoriser les « bonnes pratiques » identifiées en entreprises. Elle propose une démarche stratégique et concertée pour agir contre les TMS : par

quoi commencer ? Sur quoi agir ? Comment aller plus loin ?

Les post-tests successifs des différents volets de la campagne indiquent que cette campagne a porté ses fruits : les chefs d'entreprises sont de plus en plus nombreux à prendre conscience du problème, les salariés et leurs représentants plus aptes à faire le lien avec l'activité et les préventeurs ont pu renforcer leur action de terrain.

Par ailleurs le site www.travailler-mieux.gouv.fr comporte une rubrique exclusivement consacrée aux TMS. Elle est régulièrement actualisée et enrichie par les partenaires préventeurs et comprend diverses informations, notamment : actualités évènementielles, articles, guides et outils, films avec interviews d'entreprises engagées dans des démarches de prévention (témoignages de chefs d'entreprises, membres de CHSCT, syndicalistes, salariés, médecins du travail...). La rubrique comprend également une FAQ (foire aux questions).

6. Les conventions d'objectifs

Les conventions d'objectifs constituent une nouvelle manière d'aborder la prévention des risques professionnels et fournissent un outil supplémentaire d'amélioration de l'application de la réglementation, adapté au secteur concerné, en complément de l'action de l'inspection du travail.

En effet, les organisations professionnelles sont des vecteurs d'information et de sensibilisation privilégiés en direction de leurs adhérents et notamment vers les TPE et PME. Le développement de méthodes d'appui adaptées en direction de ce type d'entreprises constitue également un enjeu important en vue d'une meilleure appropriation de la réglementation.

Plusieurs conventions permettant de définir des actions sectorielles de nature à répondre aux problématiques spécifiques des professions concernées ont ainsi été signées.

▪ Conventions CMR

Des conventions relatives à la prévention des risques liés aux agents chimiques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) ont été signées le 21 avril 2008, avec trois organisations professionnelles : l'Union des industries chimiques (UIC), le Syndicat des entreprises des peintures, encres et vernis (SIPEV), l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM), et les organismes de prévention : la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents et des maladies professionnelles (INRS).

Des avenants à ces conventions ont été conclus le 14 juin 2001 pour une période de 3 ans. Un comité de pilotage, regroupant les représentants des signataires des avenants, est constitué afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre de chaque avenant. Leur objectif est de poursuivre et de renforcer les actions engagées dans les conventions initiales.

Les actions portent sur plusieurs axes jugés prioritaires par les signataires. En comparaison des conventions d'origine, il y a lieu de noter que ces avenants privilégient une approche encore plus pragmatique à travers les actions suivantes :

- Information et sensibilisation des entreprises notamment en faveur des TPE et PME (journées d'information, diversification des supports d'information, ...)
- Elaboration d'une méthode d'évaluation des risques répondant au cahier des charges définis par les signataires ;
- Valorisation des actions de substitution des agents CMR ;
- Rôle des fournisseurs et des donneurs d'ordre ;
- Formation à la prévention des risques chimiques des employeurs et de référents d'entreprises ;
- Sensibilisation à la prévention du risque CMR dans le cadre particulier des interventions d'entreprises extérieures ;
- Expérimentation relative à la mise en place d'un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles ;
- Organisation d'un concours afin d'encourager les bonnes pratiques dans l'application des dispositions réglementaires.

Un premier bilan des résultats opérationnels des actions engagées est prévu un an après la signature.

▪ **Conventions « poussières de bois ».**

Afin de prendre en compte les constats effectués dans le cadre de la campagne nationale de contrôle de 2008 sur les poussières de bois, il a été décidé, entre les partenaires ayant participé à la campagne et les organisations professionnelles de la filière bois, d'élaborer une convention relative à la prévention du risque cancérigène lié à l'exposition aux poussières de bois concernant :

- l'industrie du bois (1ère transformation, ameublement) ;
- le bâtiment – charpente, menuiserie, parquets, aménagements intérieurs, ...).

Elle a été signée en 2012 par les ministères chargés du travail et de l'agriculture, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTBTP), l'institut technologique Forêt, cellulose, bois-construction, ameublement (FCBA), la fédération nationale du bois (FNB), l'union des industries du bois (UIB), l'union nationale des industries françaises de l'ameublement (UNIFA), l'union nationale de l'artisanat des métiers de l'ameublement (UNAMA), la confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment Union, Nationale Charpente Menuiserie Agencement (CAPEB UNA CMA), la fédération française du bâtiment Charpente Menuiserie Parquet (FFB CMP), la fédération française des sociétés coopératives de production du bâtiment et des travaux publics (FNSCOP BTP).

Elle a pour objectif :

- d'améliorer, dans les entreprises, la formation, l'information et la sensibilisation aux dispositions relatives à la réglementation visant à la prévention des risques liés aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) ;

•D'identifier les problématiques posées par l'application des dispositions réglementaires, européennes et nationales, et d'étudier toute solution adaptée notamment sur la base de toute étude disponible ayant des incidences sur:

- la métrologie ;
- la conception et d'utilisation de matériel et équipement de travail ;
- le rôle et l'utilisation d'équipement de protection individuelle.

•d'apporter un appui technique, en particulier aux petites entreprises, en matière :

- d'évaluation des risques ;
- de conception, de contrôle et de maintenance des installations ;
- de mesures et moyens de prévention ;
- de métrologie des expositions.

▪ **Convention « réparation et entretien de véhicules »**

La campagne de contrôle initiée au niveau européen en 2010 par le comité des hauts responsables de l'inspection du travail (CHRIT) a permis de contrôler 2880 établissements en France. Elle fournit une estimation représentative de l'application de la réglementation relative à la prévention du risque chimique dans le secteur de la réparation de véhicules et plus particulièrement dans les garages et les carrosseries automobiles. Les constats effectués montrent que la réglementation relative à la prévention du risque chimique reste souvent partiellement appliquée dans les entreprises malgré des résultats très contrastés.

Au vu de ces constats et face à un risque diffus et souvent banalisé, il convient de mettre en place des actions visant à atteindre les objectifs prioritaires suivants :

- Sensibiliser les employeurs et les travailleurs y compris les apprentis et les salariés en formation en alternance au risque chimique et à ses effets délétères sur la santé ;
- Améliorer l'évaluation du risque chimique ;
- Développer la substitution des agents CMR ;
- Apporter un appui technique aux entreprises pour installer des moyens de protection collective adaptés et en assurer la maintenance et la vérification ;
- Améliorer la formation des travailleurs à la prévention de ce risque.

Après des échanges nourris qui ont permis à l'ensemble des partenaires de préciser leurs engagements, la convention a été signée en 2012. Elle porte sur la période 2012-2015

▪ **Convention « formaldéhyde».**

Elle est l'initiative des organisations professionnelles représentatives des secteurs de la fabrication de panneaux à base de bois et de l'ameublement. La convention vise à améliorer l'application des dispositions de la réglementation CMR en ce qui concerne l'utilisation du formaldéhyde.

▪ **Convention travaux publics**

Une convention a été signée le 29 mars 2012 entre la Direction générale du travail, la Fédération nationale des travaux publics (FNTP), l'INRS, la CNAMTS et l'OPPBTP

afin de contribuer à l'amélioration de la prévention de plusieurs types de risques professionnels (risque chimique, rayonnements UV, TMS, risques routiers et risques psycho-sociaux). Cette convention couvre l'ensemble du champ des travaux publics afin qu'elle puisse être déclinée, au-delà du champ des travaux routiers, dans le périmètre d'activité des autres syndicats de spécialités constituant la FNTP.

Ses principaux objectifs qui visent à :

- développer la connaissance sur les risques chimiques, TMS, routier et UV ;
- identifier et promouvoir les bonnes pratiques de prévention adaptées ;
- mobiliser les entreprises de travaux publics pour réduire leur sinistralité ;
- renforcer la prévention des risques professionnels dans les formations initiales et continues aux métiers des travaux publics.

Ils sont de nature à améliorer la prévention dans toutes les spécialités des travaux publics.



Réponses au CEDS

Sur la demande d'informations du Comité européen des droits sociaux quant à l'application de la réglementation en matière de santé et de sécurité à l'égard des employés de maison

S'agissant des employés de maison, la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, relative à l'organisation de la médecine du travail, a modifié la surveillance médicale pour les employés de maison, dont les employeurs sont des particuliers ainsi que pour l'ensemble des salariés du particulier employeur, notamment pour les salariés à temps partiel. Ces salariés devront bénéficier du même suivi que les autres salariés couverts par la médecine du travail même si les modalités de ce suivi peuvent être adaptées aux particularités de leur contrat et situation de travail.

Sur la conclusion de non-conformité de la situation de la France à l'article 3§2 en raison de la protection incomplète des travailleurs indépendants

La législation et la réglementation françaises en matière de santé et sécurité au travail sont codifiées dans la partie IV du code du travail, qui s'applique aux travailleurs, c'est-à-dire aux salariés, aux stagiaires et toute personne placée à quelque titre que ce soit sous l'autorité d'un employeur.

Or les travailleurs indépendants, soit relèvent de l'autorité d'un donneur d'ordre, soit ne relèvent de l'autorité d'aucun employeur.

Dans le premier cas, jurisprudence constante de la Cour de cassation estime que la situation juridique du travailleur indépendant est celle qui lie classiquement un travailleur à son employeur dans le cadre du contrat de travail, ce qui entraîne ipso facto l'application de la partie quatre du code du travail¹.

Dans le second cas, le droit français protège les travailleurs indépendants concernés par les activités les plus dangereuses, en particulier sur les chantiers et au contact de l'amiante. Ces dispositions figurent aux articles R4535-1 et suivants du code du travail et concernent le domaine de l'amiante à propos duquel la réglementation française est l'une des plus protectrices au monde. Un renforcement de cette

¹ Pour un exemple : Soc., 15 mars 2006, Bull. 2006, V, n° 110

protection a même été mis en place par l'arrêté du 23 février 2012, définissant les modalités de la formation des travailleurs, qui a pour champ les cas d'activité de confinement et de retrait de l'amiante ainsi que les cas d'intervention sur des matériaux ou appareil susceptible de libérer des fibres d'amiante. Il prévoit pour l'employeur, outre l'obligation générale de formation à la sécurité prévue, une formation dans les cas d'affectation d'un travailleur à des travaux de retrait ou de confinement de matériaux contenant de l'amiante ou à toute intervention susceptible de provoquer l'émission de fibres d'amiante qui porte notamment sur des bâtiments, des navires, des structures, appareils ou installations, y compris les interventions sur terrains amiantifères. Tous les travailleurs, dont les indépendants, reçoivent ainsi une formation adaptée à leurs activités et aux procédés mis en œuvre. La formation est renouvelée.



B- Agriculture

Les actions prioritaires ont été définies de manière concertée et en référence aux données relatives aux indicateurs accidents du travail et maladies professionnelles, sans toutefois négliger la part des risques sous-estimés ou méconnus. Ainsi, les actions relatives à la prévention du risque chimique dont les produits phytopharmaceutiques, et celles relatives à la surveillance du marché des machines agricoles et des tracteurs agricoles ou forestiers, ont permis de faire adopter un certain nombre de mesures tout à fait structurantes pour la protection des travailleurs agricoles (salariés et non-salariés).

1. La prévention du risque chimique

L'adoption en novembre 2011 de l'axe 9 du plan ECOPHYTO 2018 relatif à la prévention des risques professionnels liés à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques

L'année 2011 a donc été consacrée à l'élaboration des 8 actions qui ont été coordonnées avec l'axe 1 du PST2 afin d'améliorer la connaissance en santé au travail, dont l'objectif 2 visant à développer des outils de connaissance et de suivi des expositions professionnelles aux produits phytopharmaceutiques, ainsi qu'avec l'axe 2 dont l'objectif 4 qui vise à renforcer la prévention de ce risque.

Trois thématiques ont été retenues, l'une relative à la conception des équipements de travail et des lieux et locaux de travail, une autre à la conception des équipements de protection individuelle et la dernière au renforcement de la surveillance et l'étude des effets de l'utilisation des pesticides sur la santé humaine et l'environnement.

Ces actions prévoient notamment :

- **d'améliorer le parc de matériels agricoles destinés à la pulvérisation des pesticides** dans un objectif de sécurité de l'utilisateur. Il s'agit d'identifier et trouver sur le marché des matériels conformes et, pour l'utilisation de ces matériels, d'aider au choix d'un équipement approprié et permettre la maintenance en toute sécurité.

Il s'agit notamment d'accélérer les travaux menés par les constructeurs pour obtenir la validation de cabines en niveau 4, seul niveau assurant la protection contre la

pénétration de substances dangereuses en cabine au sens de la norme européenne EN 15695-1 relative à la classification des cabines filtrantes de tracteurs agricoles et de pulvérisateurs automoteurs – protection contre les substances dangereuses - publiée fin 2009 .

En ce qui concerne les départements d'outre-mer (DOM) et plus particulièrement dans les bananeraies, cette action prévoit une évaluation des risques de chaque matériel utilisé lors des traitements (de la préparation de la bouillie au nettoyage du matériel) sur les zones interdites aux traitements aériens. Pour les zones non encore accessibles aux traitements terrestres, se pose la question des risques chimiques vis-à-vis des opérateurs lors des traitements contre la cercosporiose réalisés avec des pulvérisateurs à dos. Cette étude permettra d'identifier les points de non-conformité de ces équipements de travail utilisés au regard des exigences essentielles de la directive machine, et notamment celles relatives aux exigences ergonomiques et aux exigences de protection contre les substances dangereuses.

- **d'accompagner le développement des zones de préparation** : agir sur les règles de conception et aménagement des locaux et inciter à la généralisation de mesures telles que la ventilation et l'assainissement de l'air (dont le captage à la source des polluants), l'utilisation d'un système clos, la mécanisation des méthodes de travail, le développement de paillasse...

- **d'inciter à la recherche et au développement systématique de contenants ergonomiques et sûrs** afin de permettre des manipulations en sécurité. L'objectif est d'inciter à la mise sur le marché de contenants ergonomiques et conformes. A cette occasion la communication engagée sur le changement d'étiquettes (nouvelle réglementation), notamment par les modules du Certiphyto, sera poursuivie.

- **de participer aux travaux de révision des normes de conception et d'essais des équipements de protection individuelle et de suivre les travaux engagés par les fabricants d'équipements de protection** pour adapter leurs EPI aux spécificités de certaines formes d'activités particulièrement exposantes ou à risque élevé, en lien avec les fabricants de produits phytopharmaceutiques. L'objectif est de s'assurer que les EPI disponibles sur le marché protègent efficacement les opérateurs, non seulement contre les substances chimiques simples, mais aussi les préparations phytopharmaceutiques complexes.

- **de renforcer la surveillance et l'étude des effets de l'utilisation des pesticides sur la santé humaine et l'environnement.** L'objectif se décline en trois points :

- améliorer la coordination des données et des signaux d'alertes de toxicovigilance (pilote InVS),

- améliorer la connaissance des expositions (comment, pourquoi, durée) et favoriser la diffusion des outils d'aide à l'évaluation, à la qualification prospectives et rétrospectives et à la traçabilité des expositions professionnelles, telles que les matrices emploi-exposition ou cultures-expositions ;

- aider l'employeur dans le cadre de son évaluation des risques en développant des programmes de substitution des substances CMR (pilote ANSES).

La mise en conformité des dispositions nationales avec le droit de l'union européenne sur la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques

D'un point de vue réglementaire, le ministère chargé de l'agriculture a été en 2011 le pilote de la transposition de plusieurs textes européens sur la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.

Il s'agit du «paquet pesticides», adopté en octobre et novembre 2009 par l'union européenne, visant à réduire les risques pour la santé publique et l'environnement des produits phytopharmaceutiques tout en assurant une protection des cultures efficace. Il comprend quatre textes réglementaires :

- le règlement (CE) n° 1107/2009 relatif à la mise sur le marché et l'évaluation des produits phytopharmaceutiques ;
- la directive 2009/128/CE instaurant un cadre communautaire d'action pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable ;
- la directive 2009/127/CE concernant les machines destinées à l'application des pesticides ;
- le règlement (CE) n°1185/2009 relatif aux statistiques sur les pesticides.

L'ordonnance n° 2011-840 du 15 juillet 2011 relative à la mise en conformité des dispositions nationales avec le droit de l'union européenne sur la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques a assuré, d'une part, la transposition de la directive 2009/128/CE et, d'autre part, l'adaptation du droit national au regard des dispositions d'application immédiate fixées par le règlement (CE) n°1107/2009.

En conception des machines, la loi n° 2012-387 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives a élargi le champ d'application de l'article L. 4311-1 du code du travail à la protection de l'environnement, et le décret n° 2011-1480 du 9 novembre 2011 relatif aux équipements de travail et aux équipements de protection individuelle complète la transposition de la directive n°127 précitée.

Est à noter également l'adoption du décret n° 2011-1325 du 18 octobre 2011 fixant les conditions de délivrance, de renouvellement, de suspension et de retrait des agréments des entreprises et des certificats individuels pour la mise en vente, la distribution à titre gratuit, l'application et le conseil à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques. C'est l'axe 4 du plan ECOPHYTO qui permet la mise en œuvre de ces dispositions. Ces textes ont été présentés à la commission spécialisée du conseil d'orientation sur les conditions de travail chargée des questions relatives aux activités agricoles en 2011.

L'amélioration de la réparation des maladies professionnelles

En 2011, les travaux du groupe de travail de la COSMAP sur les affections liées à l'utilisation des pesticides et chargé de dresser un état des lieux des connaissances scientifiques significatives observées dans le domaine des pathologies à effets différés et liées à l'exposition aux pesticides, a examiné ses liens avec les maladies neuro-dégénératives. Il a proposé l'adoption d'un nouveau tableau de maladie

professionnelle pour la maladie de Parkinson. Ainsi, le décret n° 2012-665 du 4 mai 2012 porte création d'un nouveau tableau n°58 des maladies professionnelles relatif à la maladie de PARKINSON provoquée par les pesticides qui est applicable aux salariés et non-salariés agricoles.

2. La surveillance du marché des machines et tracteurs agricoles ou forestiers

Les opérations de surveillance du marché et de normalisation des équipements de travail agricoles

▪ **La coopération internationale et européenne en normalisation**

Dans le cadre des réunions d'échanges de travail et d'expériences européennes de l'ADCO (administrative co-operation) de la surveillance du marché, les autorités administratives européennes ont constaté que les normes harmonisées publiées au journal officiel européen présentaient des irrégularités importantes au regard des exigences essentielles de santé et de sécurité contenues dans la directive machines 2006-42/CE.

Un groupe de travail, dénommé - *ADCO Task Force - agriculture machinery* - a été mis en place (dans un deuxième temps, les travaux de l'ADCO Task Force vont s'étendre vers les normes de machines d'autres secteurs d'activité).

Les 26 et 27 janvier 2011, le ministère chargé de l'agriculture a organisé à Paris avec le ministère chargé du travail, la première réunion de l'ADCO Task Force sur les matériels agricoles au cours de laquelle les participants (Allemagne, France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Suisse) ont décidé de porter d'une seule voix, au sein du sous-comité 3 de l'ISO TC 23, des recommandations concernant une norme essentielle en agriculture : la norme 4254-1 relative aux exigences générales de sécurité du matériel agricole. Ces recommandations ont été intégrées dans le projet de norme internationale lors de la réunion du TC23 /sc3 d'Ostende en mai 2011.

Ainsi, des positions communes vont permettre progressivement de construire une stratégie commune au niveau de la normalisation à l'échelle européenne, au sein du CEN/TC/144, et au niveau international, au sein de l'ISO/TC/23.

▪ **Généralités relatives aux opérations de surveillance du marché**

En tant qu'autorité nationale responsable de la surveillance du marché dans le domaine des machines et tracteurs agricoles ou forestiers, le ministère chargé de l'agriculture a un rôle de coordination et de suivi des signalements de non-conformité dans ce domaine. Il a des compétences propres pour intervenir à un second niveau en cas de difficultés afin d'obtenir la mise en conformité des équipements de travail par leur constructeur.

Il peut également conduire des actions à son initiative, comme celle relative au contrôle du marché des tondeuses à gazon à moteur.

Le contrôle de la conformité des matériels exposés lors des foires et salons a comme chaque année constitué une action importante. Plusieurs affaires consécutives à des accidents graves du travail font également l'objet d'une attention particulière.

Dans ce cadre, une action de contrôle du SIMA (salon international du machinisme agricole) a été organisée conjointement par les services du ministère chargé du travail, de la DIRECCTE d'Ile-de-France et du ministère chargé de l'agriculture. A cette occasion, 37 signalements de non-conformité ont été établis concernant les 6 types de machines contrôlées. Ces types de machines ont été sélectionnés en raison notamment de leur accidentologie importante au travail. Des lettres d'observations ont été systématiquement adressées aux constructeurs concernés. Les salons SITEVI (salon international pour les filières vigne, vin, fruits et légumes) ou EUROFOREST (salon des matériels forestiers) ont également fait l'objet d'une action de contrôle.

Par ailleurs, l'année 2011 a été l'occasion de réaliser avec les services du ministère chargé du travail une analyse des difficultés rencontrées dans l'articulation de l'activité des services intervenants dans la surveillance du marché. Une instruction commune DGT/SAFSL est en cours d'élaboration.

▪ **Les contrôles de surveillance du marché menés en 2011**

Ils concernent les épandeurs à fumier, les déchiqueteuses forestières, les tondeuses à gazon à moteur, les combinés scies/fendeuses de bûches à coin, les enfonce-pieux et les tracteurs enjambeurs.

La sécurité des tracteurs agricoles et forestiers

La directive 2010/52/UE de la commission du 11 août 2010 introduit, dans le cadre de la réception CE des tracteurs, la prévention de plusieurs risques au travail non traités jusqu'alors, en spécifiant des prescriptions techniques additionnelles concernant la protection du passager, la protection contre les chutes d'objets (FOPS), la protection contre la pénétration d'objets (OPS) et la protection contre la pénétration de substances dangereuses en cabine, en fonction de l'usage prévu du tracteur par le constructeur. Le manuel d'utilisation doit également spécifier le niveau de protection offert par le tracteur et son niveau de performance dès lors que le tracteur est destiné à être exposé à ces risques.

Cette directive est une première réponse aux inquiétudes exprimées par les autorités françaises depuis de nombreuses années auprès des instances européennes sur les lacunes du dispositif réglementaire européen en matière de prévention de la santé et sécurité du travail lors de la mise sur le marché et la mise en service des tracteurs neufs. Elle a été transposée par le décret n° 2011-455 du 22 avril 2011 qui modifie et complète les règles et prescriptions applicables aux tracteurs agricoles ou forestiers et à leurs dispositifs et par l'arrêté du 17 février 2011 sur la réception CE.

Elle est applicable depuis le 2 septembre 2011 pour tout nouveau type de tracteur et le sera pour tous les tracteurs neufs à compter du 2 septembre 2014.

3. Actions menées dans d'autres domaines

La prévention contre les zoonoses en général :

Poursuite des travaux présentés pour le rapport 2008.

Afin de sensibiliser les professionnels en contact avec les animaux sur les risques liés aux zoonoses et leur prévention, un groupe de travail a rédigé des fiches concernant les zoonoses les plus courantes rencontrées sur le territoire français. Ces fiches sont destinées aux personnes exposées à un contact avec des animaux, ou avec un environnement souillé par des animaux.

La réforme de la réglementation de prévention du « risque amiante »

Le ministère français de l'agriculture a contribué à la modification des dispositions réglementaires sur la prévention du risque amiante (décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante et instruction DGT 2001/10 du 23 novembre 2011 relative aux mesures à mettre en œuvre en matière de prévention de l'exposition à l'amiante au cours de la période transitoire précédant la réforme réglementaire consécutive aux avis de l'AFSSET et aux résultats de la campagne META), après les constats résultant de la campagne expérimentale de prélèvements et de mesures des fibres d'amiante par microscopie électronique à transmission analytique (META) en milieu professionnel menée, à l'initiative du ministère chargé du travail, du 15 novembre 2009 au 15 octobre 2010 et du rapport final d'analyses et de préconisations que lui a remis l'INRS le 22 septembre 2011.

Cette campagne a été initiée à la suite des avis de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) des 17 février et 15 septembre 2009 relatifs d'une part à la toxicité des fibres courtes et des fibres fines d'amiante (FCA-FFA), et d'autre part à la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) de l'amiante.

L'intégration de la santé et sécurité au travail dans l'enseignement agricole

Une convention cadre nationale a été signée le 10 janvier 2012 par les ministres chargés de l'agriculture et du travail et le président de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

L'adoption de nouveaux dispositifs incitatifs pour les entreprises agricoles

Il s'agit d'accompagner les entreprises dans le diagnostic et la construction de plans d'actions, afin de promouvoir la prévention des risques professionnels au sein des très petites entreprises (cf. l'objectif 8 du PST2 et l'arrêté du 3 février 2012 relatif aux avances, aux subventions, aux prêts et à l'attribution de ristournes sur cotisations ou à l'imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles des salariés agricoles, qui abroge l'arrêté précédent du 15 juillet 1974 modifié).

La prévention des risques psychosociaux et les actions contre le suicide des exploitants et des salariés agricoles

Ces actions sont menées en partenariat interministériel et institutionnel (CCMSA, InVS, et ANACT), et coordonnées avec le programme national d'actions contre le suicide proposé par le ministre en charge de la santé.

La rédaction d'une instruction donnant des précisions sur les modalités d'application du décret n° 2010-1603 relatif aux règles d'hygiène et de sécurité sur les chantiers forestiers et sylvicoles

Le décret en cause a été pris le 17 décembre 2010, en application de l'article L. 717-9 du code rural et de la pêche maritime, et entré en vigueur le 1er avril 2011 et un des arrêtés publié le 31 mars 2011.

C- Fonction publique

1- La protection des agents contre les risques liés à l'amiante : panorama de l'état de réalisation des dossiers techniques amiante (DTA)

L'article R.1334-25 du code de la santé publique impose à tous les propriétaires d'immeubles de bureau et locaux de travail, y compris l'Etat, de réaliser des dossiers techniques amiante à échéance du 31 décembre 2005. Dans le cas où l'Etat est locataire, il doit en obtenir communication par le bailleur. Ce document permet d'assurer la traçabilité de l'amiante et constitue la base des actions de prévention sanitaire.

Le dossier technique "Amiante" comporte :

- 1° La localisation précise des matériaux et produits contenant de l'amiante ainsi que, le cas échéant, leur signalisation ;
- 2° L'enregistrement de l'état de conservation de ces matériaux et produits ;
- 3° L'enregistrement des travaux de retrait ou de confinement de ces matériaux et produits et des mesures conservatoires mises en oeuvre ;
- 4° Les consignes générales de sécurité à l'égard de ces matériaux et produits, notamment les procédures d'intervention, y compris les procédures de gestion et d'élimination des déchets ;
- 5° Une fiche récapitulative.

Le dossier technique "Amiante" est établi sur la base d'un repérage.

D'importants **travaux de repérage ont été** opérés par les ministères entre 2009 et 2010. Les résultats correspondant au tableau ci-après ont été obtenus en rapportant le nombre d'immeubles inventoriés sur le nombre d'immeubles occupés, et ce, pour chaque ministère, au titre des années 2009 et 2010. Il ressort des données que l'obligation de repérage de l'amiante dans les bâtiments est **globalement bien observée et de manière assez comparable par les ministères.**

Evolution du taux de repérage des bâtiments 2009-2010

Ministères	2010	2009
Affaires étrangères et européennes	n r	n r
Agriculture et pêche	n r	98%
Culture et communication	n r	70%
Défense	98%	98%
Ecologie, énergie et développement durable (autres)	16%	19%
Ministères économique et financier	n r	n r

Education nationale	n r	
Enseignement supérieur et recherche	n r	73%
Intérieur, outre mer et collectivités territoriales (autres)	96%	91%
Intérieur, outre mer et collectivités territoriales (police)	n r	62%
Justice	39%	39%
Juridictions administratives	100%	n r
Santé jeunesse et sports	n r	79%
Travail, emploi	88%	93%
Services du Premier ministre	100%	100%
Ecologie, énergie et développement durable (aviation civile)	100%	100%
Moyenne	77%	77%

2. Un exemple de champ de la prévention des risques professionnels : l'action contre les troubles musculo-squelettiques

En France, les TMS sont reconnus au titre des maladies professionnelles (MP) du régime général de la sécurité sociale.

Le tableau ci-dessous présente pour les années 2006, 2008, 2009 et 2010 et pour chaque ministère, la part des maladies TMS dans l'ensemble des maladies professionnelles déclarées.

Part des TMS dans les maladies professionnelles 2006-2010

Ministères	2010	2009	2008	2006
Affaires étrangères et européennes	n r	50%	n r	n r
Agriculture et pêche	n r	n r	n r	n r
Culture et communication	80%	marginale	marginale	71%
Défense	74,60%	72%	60%	61%
Ecologie, énergie et développement durable (autres)	n r	n r	63,24%	45,30%
Ministères économique et financier	93,15%	93%	86,50%	70,00%
Education nationale	74%	n r	60%	n r
Enseignement supérieur et recherche	80%	60%	60%	n r
Intérieur, outre mer et collectivités territoriales	80%	90%	90%	63%
Justice	infime	marginale	n r	n r
Santé jeunesse et sports	n r	100%	100%	100%
Travail, emploi	n r	2 cas	n r	100%
Ecologie, énergie et développement durable (aviation civile)	n r	0%	n r	n r
Services du Premier ministre	100%	100%	100%	n r
Moyenne	83%	81%	77%	73%

Les résultats montrent que, dans la plupart des ministères depuis 2006, les TMS ont représenté plus de 60% des maladies professionnelles. Ces pathologies représentent donc un enjeu pour les politiques de prévention. L'accord du 20 novembre 2009 prévoit la mise en place d'une politique d'évaluation, de prévention et d'information sur ce sujet.

Les ministères ont identifié des facteurs de risque selon la répartition suivante :

	Facteurs de risque			Transcription des risques dans le document unique	Formations
	Effort	Positions articulaires extrêmes	Répétitivité des gestes		
2010	83,3%	83,3%	100,0%	100,0%	75,0%
2009	84,6%	69,2%	92,3%	100,0%	76,9%
2008	71,4%	64,3%	92,9%	85,7%	
2006	62,50%	56,25%	68,75%	56,25%	

On constate que depuis 2006, la **répétitivité des gestes et l'effort** sont les facteurs de risques de TMS les plus souvent identifiés par les ministères. Par ailleurs, depuis 2009, la transcription des risques TMS dans le document unique est réalisée par **100%** des ministères ayant répondu à l'encart.

Des formations à destination des acteurs de la prévention ainsi que des agents sont mises en place dans **75% environ des ministères**. Ceux-ci mentionnent par ailleurs, outre la transcription de ces risques dans le document unique d'évaluation des risques professionnels : études de postes, formations, actions du médecin de prévention ou d'un ergonome, et des actions sur l'organisation et les rythmes de travail.

Article 3§3 Prescription de mesures de contrôle de l'application des règlements de sécurité et d'hygiène

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

Réponse

La réponse intègre les informations demandées par le CEDS sur la fusion des corps d'inspection et l'activité de contrôle.

A – Activités de l'inspection du travail

La création du service unique d'inspection du travail au 1^{er} janvier 2009 a induit une dynamique de regroupement des services (agriculture, transports, mer et travail) qui, couplée à l'effort d'augmentation du personnel affecté, a permis de faire baisser, en moyenne et par section d'inspection, de 31 % le nombre de salariés couverts (passant de 32 000 à 22 000) et de 29 % le nombre d'établissements (passant de 3 400 à 2 400). En 2010, le ratio de salariés couverts par agent de contrôle était de 8114.

De nouvelles formes d'organisation (environ 150 sections sur les 790) susceptibles de mieux répondre à la spécificité de certains secteurs d'activité ont été mises en place. Ainsi, dans presque chaque département, une section est chargée du contrôle des professions agricoles. La compétence en matière de contrôle des entreprises en réseau (notamment ferroviaire) a été répartie en respectant un principe d'unicité du contrôle afin d'éviter la multiplicité d'intervenants. Enfin, dans le secteur des

transports aériens, le contrôle est assuré par des sections dont le territoire recouvre les aéroports. Des équipes « renfort » ont été mises en place dans quelques régions. Elle visent notamment à assurer la continuité du service public dans le cas d'intérim de longue durée, à amplifier les actions collectives et à venir en appui sur des dossiers complexes. Des sections à dominante sectorielle ou thématique ont été créées en réponse à un diagnostic local, sur les secteurs d'activité comme le BTP, la chimie, l'agroalimentaire ou la logistique.

A la fin de l'année 2011, l'inspection du travail placée sous l'autorité du ministre chargé du travail est exercée par 790 sections (800 inspecteurs, 1 456 contrôleurs). L'action de l'inspection du travail se caractérise par :

- Une intervention «généraliste» qui lui permet d'appréhender les différentes composantes de la relation de travail et les effets de leur interdépendance. L'action sur les conditions de travail est donc enrichie d'une possibilité d'investigation et d'inflexion sur les formes d'emploi, les rythmes de travail, le dialogue social et les institutions représentatives du personnel (CHSCT par exemple). Cette caractéristique est particulièrement importante, notamment, dans l'approche des risques liés à l'organisation du travail, au stress, etc.
- Une articulation entre contrôles programmés dans le cadre d'actions prioritaires ou de campagnes, contrôles ciblés à l'initiative de l'agent, et enquêtes ponctuelles, en particulier après accident du travail. Cette pluralité de formes d'intervention doit être préservée ; elle permet de prendre en compte des préoccupations à moyen ou long terme, participant à la politique de santé publique sans négliger les risques plus classiques faisant l'objet de la réglementation santé et sécurité.

Dans le cadre budgétaire annuel, chaque direction régionale détermine la politique de contrôle répondant aux priorités nationales, identiques depuis plusieurs années :

- Accompagner les TPE et PME dans leur démarche d'évaluation des risques ;
- Améliorer les conditions de santé et de sécurité dans les entreprises à risques élevés, en veillant en particulier à l'application des règles applicables aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction, ainsi que celles liées aux poussières d'amiante ;
- Améliorer la situation des salariés en situation de précarité ;
- Favoriser l'implantation des délégués du personnel dans les entreprises ;
- Lutter contre le travail illégal.

Les interventions correspondant à une priorité sont les suivantes :

<u>Thème d'intervention</u>	<i>Nombre d'Interventions en entreprises</i>
Evaluation des risques	39 015
CMR	13 666
Lutte travail précaire	10 327
Délégués du personnel	7 984

Elles correspondent à près de 35% de l'activité totale de contrôle.

Les campagnes nationales de contrôle de l'inspection du travail dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail réalisées durant la période de 2007 à 2011.

Les campagnes nationales de contrôle de l'inspection du travail dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail visent à assurer l'effectivité du droit du travail en orientant l'action des services d'inspection sur des sujets dont la légitimité est forte et en concentrant les contrôles sur une période limitée. Elles ont un rôle pédagogique, mais également dissuasif vis-à-vis d'entreprises potentiellement contrevenantes.

Elles participent à la mise en œuvre de la politique du travail sur l'axe de la santé et de la sécurité et à la réalisation des objectifs du plan santé au travail.

Durant la période 2007 à 2011, sept campagnes ont été conduites dans les thématiques liées : aux manutentions manuelles, aux poussières de bois, aux produits phytosanitaires, aux travaux d'élagage, à la radioprotection, aux produits chimiques et aux risques routiers professionnels.

D'une manière générale, pour chaque campagne un renforcement des compétences techniques des agents de contrôle est organisé en leur assurant une formation spécifique sur le thème visé par l'action et des outils méthodologiques d'aide au contrôle sont également mis à disposition des services de l'inspection du travail.

1 – Campagne nationale de contrôle sur les risques liés à la manutention manuelle réalisée en 2007 et 2008

▪ Contexte et objectifs

Avec une progression d'environ 20% par an ces dix dernières années, les Troubles Musculo Squelettiques (TMS) constituent la première cause de maladie professionnelle reconnue en France.

En 2005, les 31 000 TMS indemnisés (y compris les lombalgies) ont engendré la perte de 6,5 millions de journées de travail et 650 millions d'euros de frais, couverts par les cotisations des entreprises. A ces coûts directs, il faut ajouter tous les coûts indirects : perte de temps, de production, d'image...et surtout la souffrance pour les salariés concernés, voire leur inaptitude à poursuivre leur activité professionnelle.

Cette campagne s'est inscrite dans le cadre d'orientations du Comité des Hauts Responsables de l'Inspection du Travail (CHRIT). En 2007, au plan européen les secteurs des transports et de la santé ont été fixés.

Au plan national, la campagne a été élargie aux secteurs du BTP, de la grande distribution, de la manutention aéroportuaire et du transport routier de colis. Elle s'est poursuivie en 2008 dans les secteurs du BTP et du commerce (grande distribution, plateformes logistiques, petits commerces).

Les principaux objectifs de ces campagnes étaient :

- d'harmoniser les conditions de mise en œuvre de la directive européenne 90/269/CEE par les Etats membres (transposée dans le cadre du travail par le décret n° 92-958 du 3 septembre 1992 relatif aux prescriptions minimales de sécurité et de santé concernant la manutention manuelle de charge comportant des risques, notamment dorsolombaires, pour les travailleurs) ;
- de développer la communication sur ce thème.

Les contrôles ont été particulièrement centrés sur les questions relatives à l'évaluation des risques professionnels et les moyens mis en œuvre pour réduire les risques liés à la manutention manuelle de charges (des aides mécaniques à la manutention et /ou des accessoires de préhension et des modifications de l'organisation du travail) ainsi que la formation des salariés à la prévention de ce risque et/ou des actions d'information.

▪ Principaux résultats de l'action de contrôle en 2007 et 2008

Au total 3993 contrôles ont été réalisés dont 1663 contrôles répartis à 45% grande distribution, 25% BTP, 19% santé, 11% transports en 2007 et 2330 contrôles dont 42 % dans le BTP et 58% dans le commerce en 2008.

En 2007, tous secteurs confondus, 64% des entreprises visitées ont procédé à l'évaluation des risques professionnels. 80% des entreprises mettent à disposition de leurs salariés des aides mécaniques et/ou d'accessoires de préhension pour la manipulation de port de charge. En revanche, 47% seulement des entreprises ont modifié leur organisation du travail pour prévenir le risque lié aux manutentions manuelles. Excepté l'activité de la manutention aéroportuaire, la majorité des entreprises dispensent des formations « gestes et postures » liées au risque de manutention, à leurs salariés.

En 2008, une amélioration des résultats est constatée sur une majorité de points de contrôle, dans le cadre des contre visites, lorsque l'on distingue les résultats par type de visite (1ère visite/ contre visite).

Ainsi, si 39% des entreprises ont réalisé l'évaluation du risque manutention manuelle de façon satisfaisante lors d'une première visite, c'est le cas de 45% d'entre elles lors de la contre visite.

De même, si seulement 35% des entreprises ont effectué des actions d'information et/ou de formation lors d'une première visite, c'est le cas de 38,3% d'entre elles lors de la contre visite.

Le secteur du BTP privilégie les équipements de protection individuelle (61% des cas) devant les aides mécaniques (57% des cas). En revanche, le secteur du commerce, utilise plus souvent des aides mécaniques (60% des cas), puis les équipements de protection individuelle (57% des cas).

Dans les deux secteurs, il est recouru moins souvent aux mesures d'organisation du travail et aux actions d'information et/ou de formation : respectivement, 51,5% et

34,3% des cas dans le secteur du BTP, 51,8% et 38,7% des cas dans le secteur du commerce.

Une grande campagne de communication sur le thème des TMS a été conduite visant tous les publics (grand public, entreprises etc.) sous plusieurs formes : affiches, brochures, spots télé, spots radio etc.

Concernant les suites à intervention, en proportion des contrôles, elles sont plus nombreuses dans le secteur du commerce, que dans le secteur du BTP. Ainsi, alors que le secteur du commerce représente 57,8% des contrôles, il totalise 61% des observations, 62% des mises en demeure et demandes de vérification, et 64% des procès-verbaux.

2 – Campagne nationale de contrôle sur le risque cancérigène des poussières de bois, réalisée au 1er semestre 2008

▪ Contexte et objectifs

Les risques cancérigènes des poussières de bois constituent la 3ème source d'exposition professionnelle à des agents cancérigènes (enquête SUMER) ainsi que la 2ème cause de cancers professionnels reconnus. Par ailleurs, la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP), réglementairement contraignante de 1 mg/m³ introduite par le décret 2003-1254 du 23 décembre 2003 est effective depuis le 1er juillet 2005.

Cette campagne a eu pour objectif l'évaluation du respect de la réglementation, l'amélioration de la prévention et de l'effectivité du droit, la sensibilisation des entreprises et des secteurs professionnels concernés, la remontée d'informations permettant la promotion des bonnes pratiques et enrichissant la réflexion sur les évolutions réglementaires et normatives éventuellement utiles.

La campagne a été ciblée sur les secteurs d'activité de la 1ère transformation du bois (scieries) et de la 2ème transformation du bois avec notamment le secteur du BTP ainsi que sur des établissements appartenant à d'autres secteurs d'activité comme le commerce et la construction navale de plaisance.

La campagne visait à vérifier l'application des obligations de l'employeur en matière de prévention du risque cancérigène des poussières de bois concernant :

- l'évaluation du risque, notamment par l'existence du document unique et la prise en compte du risque CMR des poussières de bois, dans ce cadre ;
- les mesures de prévention en matière de formation des travailleurs, organisation des lieux de travail, système d'aspiration, équipements de protection individuelle, mesures d'hygiène effectives ;
- le suivi des travailleurs exposés.

Elle a été menée en partenariat avec le ministère de l'agriculture et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) et l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP).

▪ Principaux résultats de l'action de contrôle

Au total 3105 établissements ont été visités : 45,5% BTP, 29,6% bois et scieries, 18,3% fabrication d'ameublement et 6,6% secteurs divers.

Les résultats montrent que la prévention du risque "poussières de bois" est insuffisante dans les entreprises. Ils recouvrent néanmoins des situations très contrastées.

Ainsi, le risque cancérogène lié aux poussières de bois n'est pris en compte, dans le document unique, que par environ un tiers des établissements.

Cette prise en compte est cependant d'autant plus fréquente que la taille de l'établissement est importante (+ de 50 salariés). Le risque est également mieux appréhendé dans les établissements ayant fait l'objet d'un contrôle antérieur.

Ces résultats doivent cependant être tempérés par les observations suivantes :

- Dans 60% des établissements, les lieux de travail sont organisés de façon à limiter l'exposition aux poussières ;
- L'équipement en dispositifs d'aspiration est présent dans pratiquement tous les établissements (86%) pour les machines fixes ;
- Une grande majorité des établissements (81%) met à disposition des salariés des équipements individuels.

Toutefois, dans 1/3 des cas, toutes les machines ne sont pas raccordées au dispositif d'aspiration et les contrôles réglementaires des dispositifs de captage et de recyclage ne sont réalisés que par un quart des établissements.

Par ailleurs, plus d'un tiers des établissements lorsqu'ils ont recours à la protection individuelle, utilisent des protections respiratoires de type P1, inadaptées aux forts niveaux d'empoussièremment rencontrés notamment lors des opérations de nettoyage.

Les dispositions réglementaires concernant la traçabilité des expositions sont également très peu appliquées (liste des salariés exposés présente dans 19% des établissements, fiche d'entreprise réalisée dans un peu plus d'1/3 d'entre eux, attestation d'exposition remise dans moins de 5% des cas).

Au final, la campagne met en évidence une prise en compte très partielle de la réglementation relative à la prévention du risque cancérogène des poussières de bois dans les établissements visités. Ce constat impose de rester vigilant dans ce domaine afin d'améliorer le respect par les entreprises de leurs obligations. Néanmoins, sur de nombreux points, l'analyse des résultats montre l'impact positif, significatif de l'intervention antérieure des agents de contrôle notamment en ce qui concerne l'établissement d'un document unique, le raccordement des machines à un dispositif d'aspiration, la maintenance de ce dispositif et le contrôle de la VLEP.

Le fait que le risque cancérogène se traduise par des effets différés et aléatoires le rend difficile à appréhender en particulier dans un secteur où le risque mécanique est majeur et a longtemps masqué les autres risques. En conséquence, on constate que

sa prise en compte dans l'évaluation des risques et l'élaboration de mesures de prévention adaptées ne va pas de soi, notamment pour les très petites entreprises (TPE).

Afin d'améliorer le respect de la réglementation, un plan d'action a été mis en place autour de deux axes principaux :

- la sensibilisation et l'information des employeurs et des salariés,
- l'apport d'un appui technique aux petites entreprises, d'une part, en matière d'évaluation des risques et, d'autre part, de conception, de contrôle et de maintenance des installations.

3 – Campagne de contrôle des points de vente des produits phytosanitaires réalisée au 1er semestre 2009

▪ Constat et objectifs

A partir du constat qu'il existe un déficit de sensibilisation aux risques liés aux produits phytosanitaires entre la mise sur le marché et les utilisateurs à travers les réseaux de vente, il a été décidé d'axer l'information et le contrôle sur les circuits de distribution par :

- Une action de sensibilisation des professionnels, impliquant particulièrement l'échelon régional et consistant à donner aux entreprises de collecte et d'approvisionnement ainsi qu'aux négociants les outils nécessaires à une meilleure information des agriculteurs et de leurs salariés sur les risques liés à l'utilisation des produits phytosanitaires.
- Une action de contrôle des lieux de vente pour vérifier particulièrement les modalités de remise des fiches de données de sécurité aux acheteurs de produits phytosanitaires ainsi que les conditions de vérification de leur conformité. Une vigilance particulière a été demandée aux agents de contrôle sur la conformité de la fiche de données de sécurité et de l'étiquetage des produits CMR mis en vente.

Cette campagne a été conduite en étroite concertation avec le ministère chargé de l'agriculture.

▪ Principaux résultats de l'action de contrôle

Au total, 1253 contrôles ont été réalisés et ont porté sur :

- 800 entreprises sous forme juridique coopérative (63,8%) et
- 453 entreprises commerciales (36,2%).

Si les coopératives servent généralement les professionnels de l'agriculture, les sociétés commerciales visitées ont souvent une clientèle plus variée du professionnel au grand public.

Les contrôles ont permis d'identifier les compétences et fonctions des vendeurs au regard de la nécessité de fournir aux clients des informations et conseils de prévention pour l'utilisation des produits phytosanitaires, de vérifier la fourniture des fiches de données de sécurité actualisées et les conditions de leur délivrance, et

enfin de porter une attention particulière sur les produits classés cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction (CMR) mis en vente quant à la conformité de leur étiquetage et des fiches des données de sécurité (FDS) correspondantes. Les résultats des contrôles ont fait apparaître certaines insuffisances chez les distributeurs dans la mise en œuvre de la réglementation relative aux produits phytopharmaceutiques :

- L'absence dans un nombre significatif d'entreprises d'une personne titulaire d'un certificat attestant sa qualification à encadrer et à former les salariés en contact avec le client et/ou le produit concerné
- L'obsolescence des certificats présentés par de nombreux certifiés et le manque de disponibilité des certifiés mobilisés par des fonctions d'encadrant ou de technico-commercial ;
- L'absence de remise des fiches de données de sécurité dans 68,9% des entreprises contrôlées, et, là où elles sont fournies, un défaut d'information concomitant dans 36% des cas ;
- Le manque de vérification par les vendeurs du contenu des fiches des données de sécurité (FDS) dans 79,4% des entreprises, et pour les autres une vérification partielle suivie généralement d'un retour vers le fournisseur mais pas d'une information en retour vers les clients ;
- Un défaut d'information des clients quasi total (84,3%) sur l'actualisation des fiches de données de sécurité portée à la connaissance des vendeurs par leurs fournisseurs ;
- La vente de produits phytopharmaceutiques classés cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction (CMR) dans 76% des entreprises contrôlées et 60% seulement de vendeurs informés des risques spécifiques liés à l'utilisation de ces produits.
- Sur un échantillon significatif de produits CMR contrôlés, 33% des étiquettes et/ou des fiches de données de sécurité n'étaient pas conformes, et des produits retirés de la vente sont encore accessibles.

Au-delà des suites données par les agents de contrôle à leurs interventions, les résultats de cette campagne ont fait apparaître des écarts importants entre les obligations de formation des vendeurs et d'information des acheteurs/utilisateurs, notamment via les fiches de données de sécurité, et la réalité des pratiques des entreprises. Les interventions nombreuses et ciblées des agents de contrôle ont fortement interpellé les entreprises sur leurs carences et les ont amenés à mobiliser leurs instances professionnelles nationales.

Au plan national, les professionnels de la coopération et du négoce ainsi que les représentants de l'industrie des produits phytopharmaceutiques ont été informés de ces résultats en mettant en évidence les carences et non-conformités relevées, et pour identifier les marges de progrès attendues.

4 – Campagne de contrôle des risques liés aux travaux d'élagage réalisée au 2ème semestre 2009

- Constats et objectifs

Cette action a eu pour objectif de prévenir certains risques liés aux travaux réalisés dans les arbres à l'aide de cordes, et plus particulièrement aux travaux d'élagage.

Les travaux d'élagage sont généralement exécutés par des salariés d'entreprises paysagistes ou de travaux ruraux relevant du régime agricole, voire par des travailleurs indépendants, lorsqu'ils ne sont pas directement réalisés par les employés des collectivités locales.

Les travaux d'élagage exposent ceux qui les réalisent à des risques de chutes de hauteur, mais également à des risques de blessures par scie à chaîne, de heurts par des branches ou des billons tombant au sol, et d'électrification, voire d'électrocution, au voisinage de lignes électriques aériennes en conducteurs nus. La réalisation de tels travaux implique la maîtrise de techniques très élaborées pour grimper, se déplacer dans les houppiers et tailler la végétation ; les opérateurs doivent donc être formés et qualifiés.

Cette campagne visait, tout particulièrement, à s'assurer que les entreprises et les travailleurs indépendants (à l'exception pour ces derniers du point relatif à la surveillance médicale) :

- appliquent les textes relatifs aux travaux à la corde et mettent en œuvre les dispositions de l'arrêté du 4 août 2005 destinées à assurer la sécurité des élagueurs lorsqu'il est dérogé aux règles relatives à la protection collective pour l'exécution de travaux en hauteur et aux règles relatives au travail au moyen de cordes ;
- utilisent les équipements de protection individuelle d'assurage appropriés et dûment vérifiés ;
- respectent les dispositions en vigueur sur les travaux au voisinage des lignes électriques aériennes en conducteurs nus ;
- font bénéficier leurs salariés grimpeurs-élagueurs d'une surveillance médicale spéciale.

▪ Principaux résultats de l'action de contrôle

Au total, 661 contrôles ont été réalisés et ont porté sur :

- 527 entreprises (79,7%) et
- 134 travailleurs indépendants (20,3%).

Il est à noter qu'il existe peu d'entreprises exerçant une activité exclusive d'élagage ; ce sont généralement les entreprises du secteur du paysage et, dans une moindre mesure, les entreprises de travaux agricoles qui réalisent ces travaux.

Les résultats des contrôles ont fait apparaître certaines insuffisances à la fois des entreprises et des travailleurs indépendants dans la mise en œuvre des mesures de prévention relatives aux travaux réalisés dans les arbres à l'aide de cordes, et plus particulièrement aux travaux d'élagage.

- Pour un nombre significatif d'entreprises et de travailleurs indépendants le Document Unique d'Evaluation des Risques (DUER) est inexistant ou les risques liés aux travaux d'élagage ne sont pas évalués.
- La moitié des entreprises et des travailleurs indépendants contrôlés méconnaissent les mesures particulières de prévention prévues par l'arrêté du 4 août 2005.
- La majorité des entreprises et des indépendants disposent des EPI appropriés, les maintiennent en bon état et assurent également leurs vérifications périodiques.
- Les chantiers en proximité des lignes électriques aériennes, un tiers des chantiers ne respectent pas les distances minimales de sécurité par rapport aux pièces conductrices nues sous tension, exposant ainsi les travailleurs à des risques d'électrisation, voire d'électrocution.
- La surveillance médicale spéciale des grimpeurs-élagueurs, les entreprises assurent mieux l'examen médical d'embauche et l'examen médical périodique que la surveillance médicale particulière de leurs salariés.

5 – Campagne nationale de contrôle sur la radioprotection réalisée au 2ème semestre 2010

▪ Contexte et objectifs

Dans le prolongement des textes sur l'organisation de la radioprotection², la DGT, l'ASN et la CNAMTS (direction des risques professionnels) ont organisé en partenariat cette campagne nationale de contrôle portant sur l'application par les entreprises de la réglementation relative à la prévention des risques professionnels liés aux rayonnements ionisants. L'INRS³ et l'IRSN⁴ ont apporté leur appui technique à cette action collective. Il s'agit de la première campagne de contrôle organisée au plan national dans ce domaine.

Les contrôles ont été ciblés sur certains secteurs d'activité en excluant le secteur de l'industrie nucléaire (production nucléaire d'électricité par exemple) qui a intégré les enjeux de la radioprotection depuis de nombreuses années ainsi que les secteurs relevant des priorités nationales permanentes de l'ASN (médecine nucléaire, radiothérapie, radiologie industrielle, ...). Dès lors, les contrôles ont été orientés sur les activités de radiologie conventionnelle (secteur médical, cabinets dentaires, médecine vétérinaire), l'industrie et le contrôle de bagages dans les aéroports.

Les modalités de contrôle ont été définies au niveau régional afin de les adapter au contexte du territoire et de prendre en compte les actions déjà initiées localement.

² directive Euratom 96/29, loi n° 2006-686 du 13 juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire et créant l'autorité de sûreté nucléaire, décret n° 2007-1570 du 5 novembre 2007

³ L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

⁴ L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

Principaux résultats de l'action de contrôle

Au total, 2 333 établissements ont été visités par les services de l'inspection du travail, les inspecteurs de la radioprotection de l'ASN et les services de prévention des CARSAT-CRAM.

- Plus de 9 établissements contrôlés sur 10 relèvent de la radiologie conventionnelle ce qui confère une bonne fiabilité aux informations recueillies dans ce secteur d'activité. De même, le nombre de contrôles réalisés dans les entreprises de contrôle de bagages dans les aéroports fournit une image fidèle de ce secteur, compte tenu du nombre limité d'établissements qui interviennent en France dans cette activité. En revanche, les données concernant le secteur de l'industrie sont trop limitées pour être interprétées isolément. Elles sont néanmoins intégrées dans les analyses tous secteurs confondus.

Un contact préalable a très fréquemment précédé la visite (77% des cas), les agents de contrôle souhaitant notamment s'assurer de la présence, lors du contrôle, de la personne compétente en radioprotection (PCR) et ne pas entraver le déroulement des activités de soins des établissements. Pour 81% des établissements contrôlés, il s'agissait d'un premier contrôle depuis l'entrée en vigueur du décret du 31 mars 2003 relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants.

- Concernant l'application de la réglementation, les mesures pratiques de radioprotection sont, d'une manière générale, assez bien appliquées, même s'il convient de poursuivre les efforts pour continuer à en améliorer l'effectivité. La consignation des résultats de l'évaluation du risque lié aux rayonnements ionisants dans le document unique d'évaluation des risques (DUER) qui constitue un préalable à la mise en œuvre de moyens de prévention adaptés, est effective dans près de 6 établissements sur 10. Or, la prise en compte du risque lié aux rayonnements ionisants dans le DUER améliore le respect des obligations réglementaires, en particulier l'effectivité des contrôles techniques internes et externes, la désignation d'une personne compétente en radioprotection (PCR) et, plus généralement, la mise en œuvre des mesures de prévention.
- Plus de 8 établissements sur 10 ont désigné une PCR. La désignation d'une PCR a une influence très positive sur le respect de la réglementation, de l'évaluation des risques à la mise en œuvre pratique des mesures de radioprotection.
- Les contrôles d'ambiance des lieux de travail et les contrôles techniques de radioprotection qui doivent être réalisés par un organisme agréé sont effectués dans près de 3 établissements sur 4.
- L'affichage des risques d'exposition et des consignes est effectué par 72% des établissements.
- La signalisation du zonage est accomplie par plus des 3/4 des établissements.
- Des moyens de protection collective (MPC) sont mis en œuvre dans près de 3 établissements contrôlés sur 4.
- Des équipements de protection individuelle (EPI) sont mis à disposition dans plus de 8 établissements sur 10.

- La formation du personnel à la radioprotection est organisée par près des 2/3 des établissements.
- La surveillance médicale renforcée est mise en place dans 2/3 des établissements.

L'effectivité de quelques mesures pratiques de radioprotection doit néanmoins être notablement améliorée, notamment dans les situations de co-activité.

Au-delà des mesures pratiques de radioprotection, la réglementation impose aux employeurs l'élaboration d'un certain nombre de documents. Malgré leur caractère essentiel, ces obligations semblent être jugées plus formelles par les employeurs et sont moins bien respectées. Il s'agit notamment de : la consignation de la démarche de zonage (effectuée par 51% des établissements), la transmission annuelle du relevé des sources à l'IRSN (effectuée par 52% des établissements), la formalisation du programme des contrôles de radioprotection (effectuée par 32% des établissements), l'établissement des fiches d'exposition (effectué par 51% des établissements), l'accès de la PCR au système de surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants (SISERI) géré par IRSN (prévu par 49% des établissements).

Dans la plupart des cas, les agents de contrôles ont formalisé leur visite par une lettre d'observations (2247) ou de suites. Le nombre de PV ou d'injonctions est faible (6 au total). Le nombre de sanctions consécutives aux contrôles est donc limité.

Malgré le caractère assez positif des résultats de cette campagne nationale de contrôle, il est indispensable de rester vigilant afin de maintenir les efforts pour toujours améliorer la protection de la santé des travailleurs et l'appropriation de la réglementation par les employeurs. La mobilisation de l'ensemble des acteurs de la prévention est aussi indispensable : un plan d'action a été élaboré collectivement afin de prendre en compte les enseignements de cette première campagne nationale de contrôle à la fois pour valoriser et diffuser les bonnes pratiques et tenter de remédier aux difficultés constatées.

6 – Campagne européenne 2010 sur la prise en compte des risques liés aux agents chimiques dangereux pour la santé et la sécurité des salariés

En 2010, le Comité des hauts responsables de l'inspection du travail (CHRIT) a décidé de conduire une campagne d'information et de contrôle sur les risques d'exposition des salariés aux agents chimiques dangereux. En France, cette campagne a été organisée conjointement par les ministères chargés du travail et de l'agriculture et la CNAMTS avec le soutien technique de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). Elle s'est déroulée du 15 septembre au 15 décembre 2010.

La campagne de contrôle centrée sur les petits et moyens établissements a été menée dans des entreprises des secteurs de la propreté et de la réparation de véhicules. Les contrôles ont été assurés par les services de l'inspection du travail et, dans une moindre mesure, par les services de prévention des CARSAT sur la base d'une grille commune.

Cette initiative avait pour objectif, à la fois, de dresser un bilan de l'application des obligations réglementaires relatives à l'utilisation des agents chimiques dangereux et d'améliorer les conditions de travail des salariés, contribuant ainsi à réduire les maladies professionnelles et les accidents du travail.

Au total 2880 établissements ont été visités dans le secteur de la réparation de véhicules et 1049 dans le secteur des entreprises de propreté.

Globalement, la campagne met en évidence une prise en compte très contrastée et paradoxale de la réglementation relative à la prévention des agents chimiques dangereux.

Le contraste concerne essentiellement la taille des entreprises. Le respect de la réglementation s'améliore sensiblement avec la taille de l'entreprise notamment lorsque celle-ci emploie plus de 50 salariés.

Le paradoxe porte davantage sur les types d'obligations à respecter de la part des employeurs. Ainsi, le risque chimique n'est pris en compte, dans le document unique, que par environ 40% des établissements. Les dispositions concernant la formation des travailleurs, la traçabilité des expositions sont insuffisamment respectées. En revanche, les exigences liées aux modes opératoires et méthodes de protection, à la gestion des déchets sont significativement mieux respectées.

Ce constat impose de rester vigilant afin d'améliorer le respect par les entreprises de leurs obligations. Le rôle des corps d'inspection est à ce titre instructif : le risque est sensiblement mieux appréhendé par les établissements ayant fait l'objet d'un contrôle ou d'une visite préalable, notamment en ce qui concerne l'établissement du document unique, l'utilisation des équipements de protection individuelle et la gestion des produits, de leur stockage à leur élimination.

Le fait que le risque chimique se traduise généralement par des effets différés le rend difficile à appréhender par les employeurs et les travailleurs. En conséquence, on constate que sa prise en compte dans l'évaluation des risques et l'élaboration de mesures de prévention adaptées ne va pas de soi, notamment pour les très petites entreprises (TPE). C'est pourquoi, l'accompagnement de la mise en œuvre de la réglementation par des plans d'actions impliquant le plus largement possible les acteurs de la prévention et en particulier les organisations professionnelles concernées dans le cadre de conventions d'objectifs mérite d'être encouragé. En effet, ces conventions peuvent constituer une nouvelle manière d'aborder la prévention des risques professionnels, adaptée aux secteurs concernés, en complément de l'action des corps d'inspection. En effet, les organisations professionnelles sont des vecteurs d'information et de sensibilisation privilégiés en direction de leurs adhérents et notamment des TPE et PME.

7 – Campagne nationale de contrôle sur les risques routiers professionnels réalisée au 1er semestre 2011

▪ Contexte et objectifs

Les accidents routiers liés au travail sont la première cause de mortalité des accidents du travail. Le risque routier représente plus de 57% de l'ensemble des

décès reconnus par la sécurité sociale en termes d'accidents de travail. Cette statistique inclut aussi bien les accidents de trajet que ceux liés aux missions des salariés.

C'est dans ce contexte que le risque routier professionnel, au travers du plan santé au travail (PST 2), est inscrit comme une priorité du ministère du travail dont l'objectif principal est la baisse de la sinistralité routière professionnelle et celle des atteintes à la santé des salariés affectés à la conduite de véhicules dans le cadre professionnel. La campagne de contrôle de l'Inspection du travail s'inscrit dans le cadre des réflexions conduites au sein du comité de pilotage pour la prévention du risque routier professionnel, telles que celles portant sur le véhicule utilitaire léger (VUL) ou la prise en compte du risque « trajet » ou la démarche d'analyse de l'activité de conduite faisant partie intégrante de l'activité de travail.

Cette action a été réalisée en partenariat avec la Délégation à la sécurité et à la circulation routière (DSCR), le ministère de l'agriculture et de l'agroalimentaire (MAA), la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), la caisse de retraite des collectivités locales (CNRACL) et l'institut national de recherche en sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS).

Cette campagne s'est centrée sur les déplacements professionnels au cours des missions avec pour principaux objectifs :

- Améliorer la prévention du risque routier professionnel et sensibiliser les entreprises aux outils existants (plan de prévention intégré dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, guides de bonnes pratiques...).
- Veiller au respect des obligations des entreprises dans le domaine du risque routier (choix des modes de déplacement les plus adaptés, entretien régulier des véhicules, management des déplacements intégrant des temps de repos
- Vérifier les obligations de prise en compte du risque « mission » dans le cadre du document unique d'évaluation assorti d'un plan d'action sur la prévention du risque routier.

Les secteurs et activités visés par la campagne : le BTP, la maintenance, l'agriculture et les entreprises paysagistes et d'entretiens des espaces verts.

Les questions ont été centrées sur la vérification de l'application des principes généraux de prévention et portaient également sur les principaux points de la réglementation relatifs à l'information et à la formation des salariés et aussi sur les questions relatives à la surveillance de la santé des travailleurs.

▪ Principaux résultats de l'action de contrôle

Au total, 2776 visites ont été réalisées dont 64% dans le secteur du BTP, 20% dans la maintenance et 8% pour chacun des secteurs des espaces verts et l'agriculture.

Les contrôles ont été menés majoritairement dans les petites et moyennes entreprises de moins de 49 salariés ce qui correspond en fait aux caractéristiques

économiques des secteurs visés par la campagne. Elle met en évidence que la prévention du risque routier professionnel est insuffisamment prise en compte dans ces entreprises avec néanmoins des résultats très contrastés.

Au regard des obligations à respecter par l'employeur relatives aux principes généraux de prévention, le risque routier professionnel est prise en compte par environ 50% du total des établissements contrôlés. Ces sont dans les très petites entreprises de moins de 9 salariés que le document d'évaluation des risques est pratiquement inexistant.

S'agissant des actions de prévention, les mesures les plus couramment pratiquées sont de nature technique réglementées depuis longtemps notamment les vérifications périodiques et la maintenance des véhicules. En revanche, les mesures portant sur l'organisation du travail telles que la nécessité de planifier et de réduire les déplacements, la gestion des communications et des incidents (retards et imprévus), l'information et la formation des salariés au risque routier professionnel, la vérification de l'aptitude médicale à la conduite des véhicules sont encore embryonnaires.

Lorsque les entreprises mènent une démarche de prévention sur le risque routier professionnel, les salariés et les instances représentatives du personnel (CHSCT/DP) sont associés. En contrepartie, le médecin du travail, le premier interlocuteur des TPE/PME, est rarement sollicité.

Du fait que le risque routier de mission n'est pas encore considéré comme partie intégrante de l'activité de travail des salariés, on constate que sa prise en compte dans l'évaluation des risques et l'élaboration de mesures de prévention adaptées ne va pas de soi, notamment pour les très petites et moyennes entreprises (TPE/PME).

Cette campagne a révélé un certain nombre de questions sur la problématique du risque routier professionnel. Interrogations sur la prévention des entreprises face à ce risque, sur l'obligation de formation, sur l'aspect organisationnel des entreprises, sur l'enjeu du risque routier professionnel dans les instances représentatives.

Dans cette perspective, des actions seront conduites de façon à mobiliser les acteurs de l'entreprise (chef d'entreprises, salariés, instances représentatives du personnel, médecin du travail), les branches et organisations professionnelles, et les organisations représentatives des salariés. Il s'agit de les informer et de leur donner les moyens de réaliser à une plus grande échelle les actions de prévention en matière de risque routier professionnel telles que :

- La prise en compte du risque routier professionnel dans le DUER associée à un plan d'action de prévention.
- La mise en œuvre des principes de prévention du risque routier professionnel au moyen des « quatre facteurs de managements », en particulier la gestion des communications et la prise en compte de ce risque dans l'organisation du travail de l'entreprise.
- L'enrichissement et la diffusion des outils existants en termes de formation des salariés.
- L'incitation à poursuivre les actions menées sur les aspects techniques des véhicules.

Ces résultats permettront également d'engager une réflexion sur une possible évolution des conditions d'habilitation à conduire un véhicule en mission.

B- La fonction publique

Le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique prévoit que les fonctionnaires ou agents chargés d'assurer les fonctions d'inspection en matière de santé et de sécurité au travail sont désignés dans les administrations de l'Etat par le ministre, et dans les établissements publics de l'Etat soumis aux dispositions du présent décret par le directeur de l'établissement ; ces fonctionnaires et agents appelés « **inspecteurs santé et sécurité au travail** » (ISST), peuvent exercer leurs missions pour le compte de plusieurs administrations et établissements publics. Ils sont rattachés, dans l'exercice de leurs attributions, aux services d'inspection générale des ministères concernés ce qui leur confère une autorité et une autonomie importantes.

Le chef de service de rattachement des ISST adresse à ceux-ci une lettre de mission qui définit la durée et les conditions d'exercice de leur mission. Cette lettre est communiquée pour information au CHSCT ministériel ou d'établissement public concerné. Dans le cas d'un agent exerçant une fonction d'inspection pour le compte de plusieurs départements ministériels ou établissements publics, la lettre de mission est signée par les chefs des services de rattachement concernés et transmise pour information aux CHSCT concernés.

Ces agents suivent une formation analogue à celle délivrée, en matière d'hygiène et de sécurité, aux inspecteurs du travail compétents pour le secteur privé. Cette formation, organisée dans l'école de formation des inspecteurs du travail (INTEFP), est assurée sous le contrôle du ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat.

Les inspecteurs d'hygiène et de sécurité conseillent l'administration et effectuent des visites d'inspection qui font l'objet d'un rapport écrit.

2) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques (données Eurostat, par exemple) ou toutes autres informations pertinentes sur le nombre d'accidents du travail, y compris les accidents mortels – chiffres absolus et taux d'incidence normalisé pour 100 000 travailleurs –, sur le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par les services de l'Inspection du travail et la proportion de travailleurs et d'entreprises que couvrent ces visites, sur le nombre d'infractions aux règlements de santé et de sécurité, ainsi que sur la nature et le type de sanctions infligées.

Réponse

A- Le régime général

1- Accidents du travail et maladies professionnelles

Les développements intègrent les demandes d'informations du CEDS

La création d'un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques de tous les régimes sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies présumées d'origine professionnelle et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail est en cours d'étude. La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a en effet confié à l'Institut de veille sanitaire (InVS) la mise en œuvre d'un tel outil, en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés.

A terme, il permettra de :

- disposer de l'exhaustivité des AT-MP dans l'ensemble des secteurs professionnels et d'activité en restituant un ensemble d'indicateurs pertinents tous régimes confondus ;
- inciter les régimes à améliorer leurs bases de données AT-MP ;
- faciliter la réponse française aux exigences du système statistique européen Eurostat ;
- exploiter les résultats pour cibler les politiques de prévention et mesurer leur impact ainsi que pour étudier la pénibilité au travail.

En 2011, la baisse de la sinistralité observée au cours des dernières années s'interrompt. En effet, le nombre d'accidents du travail (AT) augmente de 1,7%, soit légèrement plus que l'activité salariée (+1,1%). Ceci fait que l'indice de fréquence (IF) augmente légèrement, mais reste malgré tout, avec 36,2 accidents du travail pour 1000 salariés, pour la troisième année consécutive, proche de son niveau le plus faible atteint en 2009 (36 AT pot 1000 salariés).

	2007	2008	2009	2010	2011
AT en 1 ^{er} règlement	720 150 + 2,8%	703 976 - 2,2%	651 453 - 7,5%	658 847 1,1%	669 914 1,7%
Nouvelles IP	46 426 -0,4	44 037 -5,1%	43 028 -2,3%	41 176 -4,3%	40 986 -0,5%
Nombre de décès	622 +15,8%	569 - 8,5%	538 - 5,4%	529 - 1,7%	552 +4,3%

Source : CNAMTS (Données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 comités techniques nationaux)

Les arrêts de travail retrouvent, en 2011, une progression comparable aux années antérieures à 2009, avec 3% de jours d'arrêt (ou journées d'IT) de plus que l'année précédente. Le nombre de nouvelles incapacités permanentes (IP) se stabilise, voire diminue encore légèrement en 2011. En tout état de cause, 85% d'entre elles sont la conséquence de sinistres survenus avant 2011, et 82% font suite à des AT survenus entre 2008 et 2010, soit pendant les années où l'activité salariée diminuait en partie du fait de la crise économique. Enfin, on enregistre une baisse du nombre d'accidents mortels entre 2007 et 2010 et une légère hausse en 2011 (+4,3%).

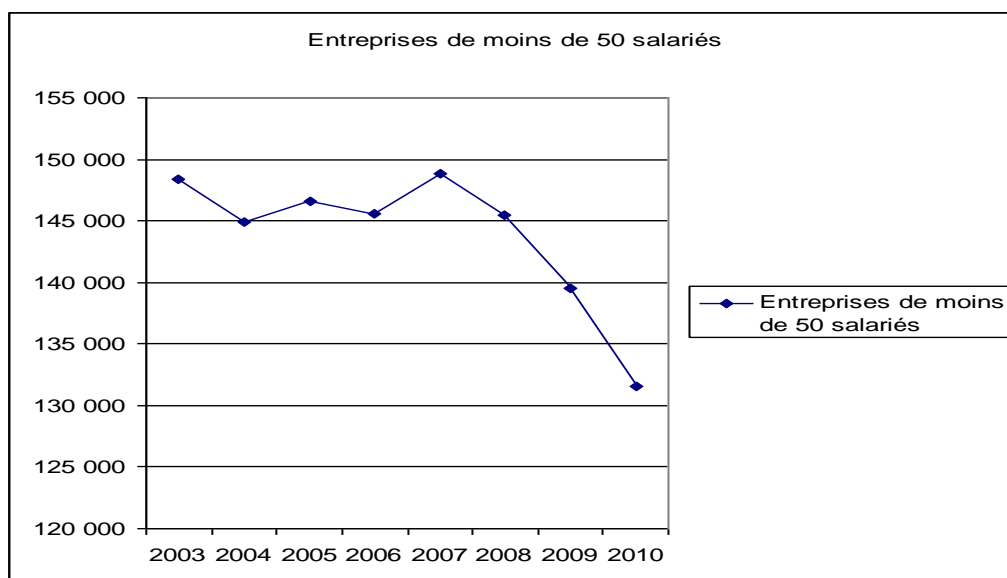
Arrêts de travail de plus de 3 jours d'absence (c'est-à-dire, 4 jours ou plus)

	Entreprises de moins de 50 salariés	Entreprises de 50 salariés ou plus	N.R.	Ensemble

2003	148 335	498 775	10 666	657 776
2004	144 887	471 868	11 032	627 787
2005	146 573	479 075	7 577	633 225
2006	145 554	478 907	7 726	632 187
2007	148 836	493 459	5 755	648 050
2008	145 418	481 323	3 935	630 676
2009	139 489	440 229	3 705	583 423
2010	131 504	457 661	3 128	592 293

Source : CNAM-TS (dernières données disponibles)

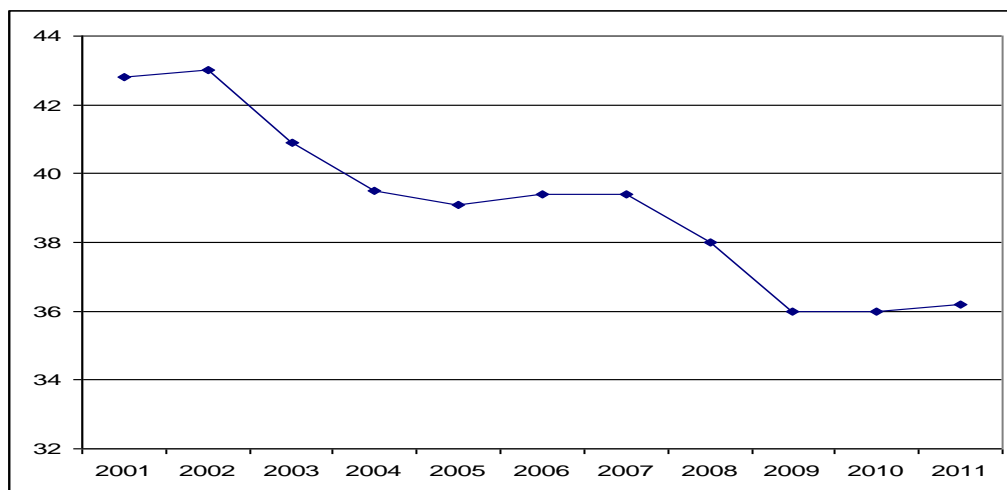
N.R. : lorsque la taille de l'entreprise est non renseignée.



Source : Dares (dernières données disponibles)

Après une stagnation du nombre des accidents du travail de 2003 à 2007 (146 600 en moyenne) dans les entreprises de moins de 50 salariés, ce nombre baisse depuis 2009 (131 504 en 2010).

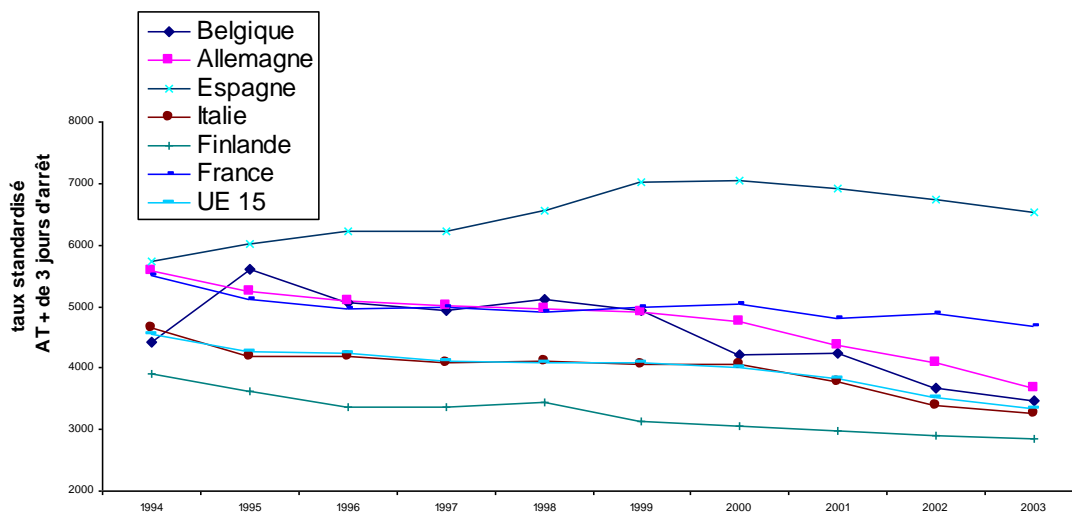
Graphique : l'évolution de la fréquence pour mille salariés sur la période 2001-2011



Source : CNAMTS

Après une forte baisse de 2002 à 2004, l'indice de fréquence des accidents du travail se stabilise jusqu'en 2007, pour à nouveau fortement chuter jusqu'en 2009 et se stabiliser en 2010 et 2011 (L'indice de fréquence est le nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail pour 1000 salariés).

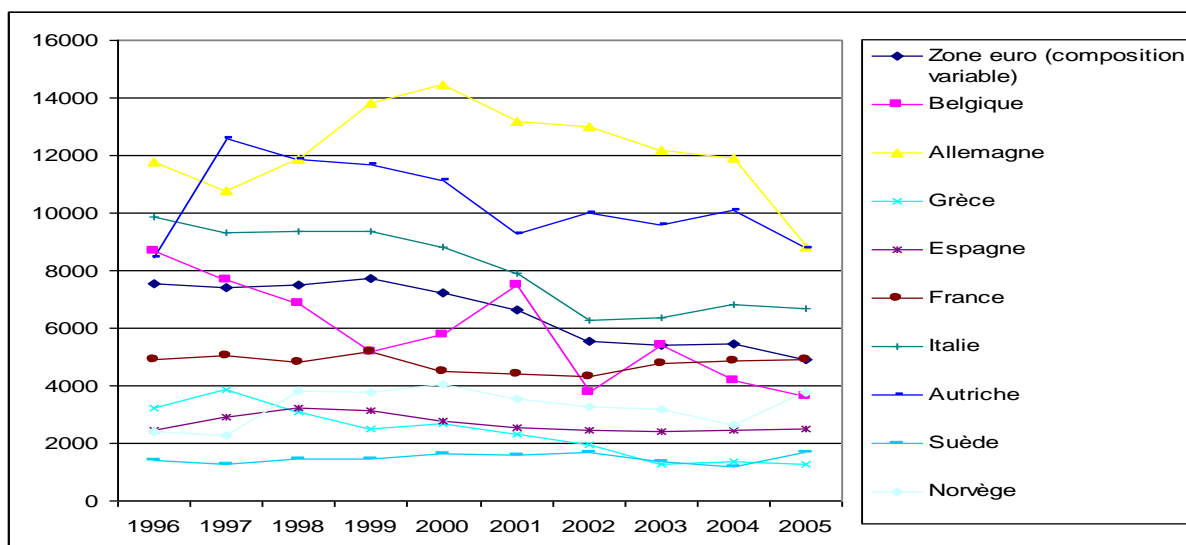
Graphique : Comparaison des taux d'accidents du travail en Europe



Source : Eurostat

Lecture : le taux standardisé d'accidents du travail avec arrêt de plus de trois jours est passé de 5 689 à 4 615 en France (soit une baisse de 15 %) contre une baisse de 27% dans l'Union européenne. Le taux standardisé d'incidence est égal à (nombre d'accidents du travail avec plus de 3 jours d'arrêt de travail survenus durant l'année / nombre de personnes au travail dans la population de référence) x 100 000). La comparaison des niveaux des indices de fréquence est délicate entre pays, du fait de l'hétérogénéité des concepts et des modes de mesure, mais la comparaison des évolutions dans le temps a une signification plus assurée.

Graphique : Accidents de travail- taux d'incidence ayant entraîné plus de trois jours d'absence (pour 100 000 salariés)



Source : eurostat

Evolution du nombre de maladies professionnelles reconnues pour les années 2007 à 2011

(source : statistiques trimestrielles de la CNAMTS)

	2007	2008	2009	2010	2011
MP en 1 ^{er} règlement	43 832	45 411	49 341	50 688	55 057
	+3,6%	+3,6%	+8,7%	+2,7%	+8,6%
Nouvelles incapacités permanentes	22 625	23 134	24 734	24 961	27 132
	-0,6%	+2,2%	+6,9%	+0,9%	+8,7%
Nombre de décès	420	425	564	533	570
	-10,1%	+1,2%	+32,7%	-5,5%	+6,9%

Source : CNAMTS

La commission d'évaluation de la sous-déclaration des "accidents du travail - maladies professionnelles" (AT-MP) mise en place en application de l'article L176-2 du code de la sécurité sociale et actuellement présidée par Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, est chargée d'évaluer tous les trois ans le montant du coût réel de cette sous-déclaration estimé entre 587 millions d'euros et 1,1 milliard d'euros, d'ici à 2014. Des chiffres en légère hausse par rapport aux fourchettes basse et haute qu'il avait déterminées lors du précédent rapport de 2008 (+ 22,3 et 94,9 millions d'euros

Visites de contrôle en santé et sécurité effectuées par l'inspection du travail

Le thème de la santé et de la sécurité constitue depuis de nombreuses années pour l'inspection du travail une priorité importante.

	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de visites de contrôle	134 000	152 000	170 000	220 000	191 500
▪ dont santé-sécurité au travail	83 100	96 100	108 900	145 300	128 500
(%)	62%	63%	64%	66%	67%
- dont évaluation des risques professionnels (ERP)	10 900	20 000	29 000	42 700	33 800
(%)	8%	13%	17%	29%	26%
- ayant donné lieu à contre-visites en matière d'ERP	875	1 804	2 979	5 086	5 190
- ayant donné lieu à contre-visites sans observation en matière d'ERP	368	650	933	1 687	1 527
Taux d'impact des visites de contrôle en matière d'ERP	42 %	36 %	31 %	33 %	29%

En 2011, on compte près d'1,3 million de références constatant au moins une infraction enregistrée dans les suites à visites effectuées par l'inspection du travail. Ces infractions ont en partie été relevées par procès verbal : près de 3 000 en 2011 soit ¼ de l'activité répressive de l'inspection du travail.

B- Agriculture

LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL EN AGRICULTURE

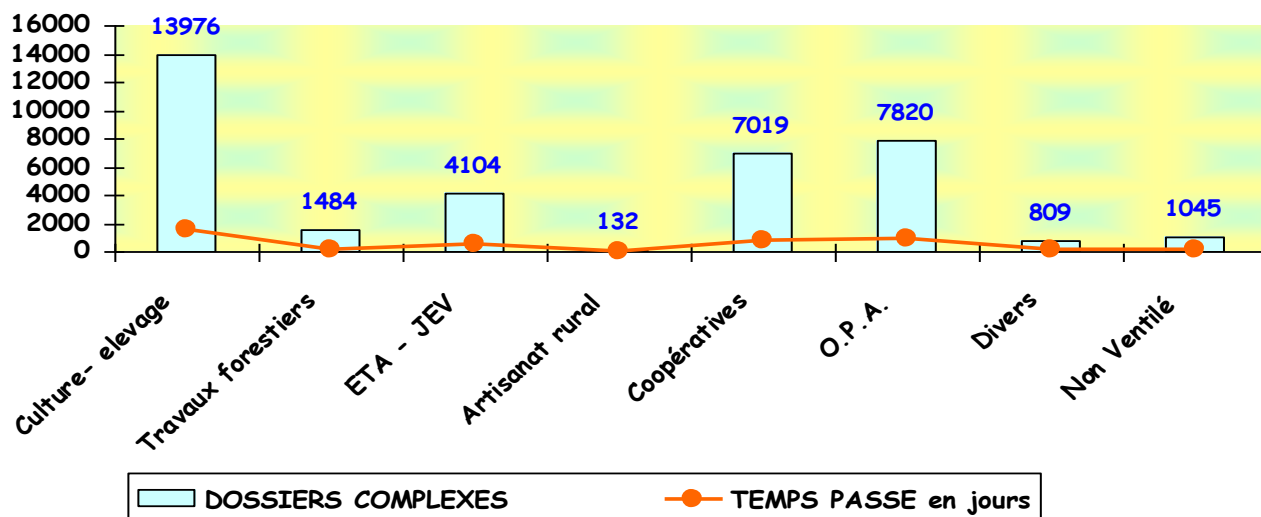
Les examens médicaux

Entre 2009 et 2010, le nombre total d'examens réalisés est en légère augmentation (0,2%). Selon les examens, la répartition varie avec une augmentation des examens d'embauche, des examens à la demande et des examens de reprise et pré-reprise et une baisse des examens systématiques.

Les examens d'embauche sont un peu plus nombreux avec +2,8% en nombre et augmentent légèrement en valeur relative (17,8% contre 17,4% en 2009).

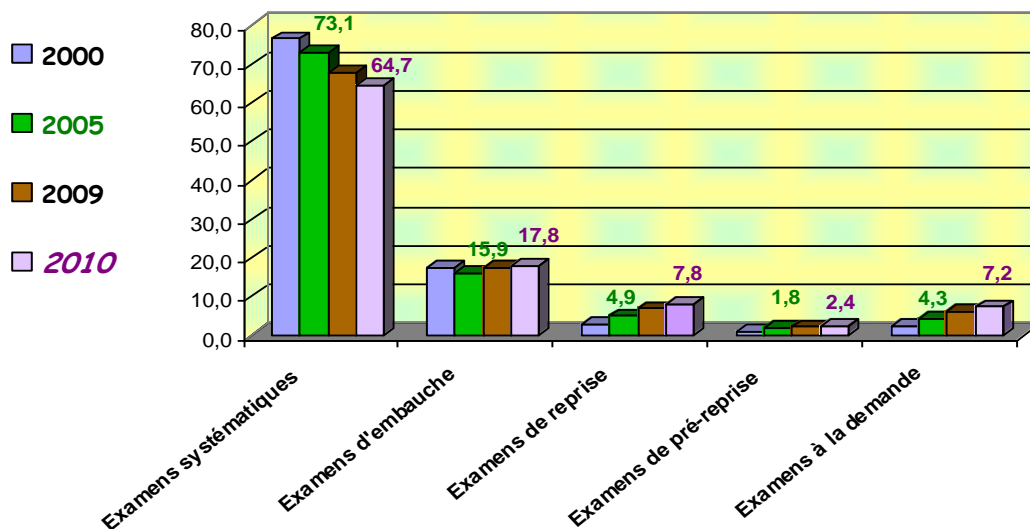
Les examens de pré-reprise et de reprise sont également en hausse (avec respectivement +15,9% et +13,5%). On note une augmentation en nombre (+20,1%) et en temps passé par le médecin du travail (+16,8%) pour des dossiers complexes.

Dossiers complexes



Depuis la mise en œuvre du décret de 2004, la baisse des examens systématiques se réalise au profit des examens plus ciblés. Les salariés des secteurs les plus exposés (les entreprises de travaux agricoles et jardinerie/espaces verts, les travaux forestiers et les coopératives) sont plus souvent vus en dehors des examens systématiques.

Evolution de la répartition des examens en %



Le tiers temps / Les actions en milieu de travail

La réforme de la santé au travail du 29 juillet 2004 prévoit un renforcement de la surveillance des populations à risque et accentue le développement des actions collectives en milieu de travail par le médecin du travail.

La Convention d'Objectifs et de Gestion de la CCMSA (COG) préconise également une augmentation du temps passé par le médecin du travail aux actions de TIERS TEMPS, c'est-à-dire essentiellement les études de postes, les visites d'entreprises, les enquêtes et le temps consacré aux réunions des CHSCT ou CPHSCT.

Pour l'année 2010, 260 médecins équivalents temps plein ont consacré 65 347 heures aux actions collectives et/ou en milieu de travail (actions en milieu de travail) pour les salariés agricoles, soit une estimation d'environ 17,1 % de leur temps d'activité.

Répartition des actions en milieu de travail effectuées pour les salariés agricoles par type d'action

NOMBRE D' ACTIONS ET TYPE en %	Culture, élevage	Travaux Forestiers	ETA, jardinerie, Paysagisme	Artisanat rural	Coopération	OPA	Divers	Secteurs multiples	Total des actions
ETUDES MESURES ENQUETES	68,1	63,2	64,1	71,0	42,2	44,1	52,5	19,9	49,3
REUNIONS	14,3	19,4	16,7	19,4	42,3	35,9	17,0	6,7	23,8
FORMATION ET EDUCATION SANITAIRE PROFESSIONNELLE	6,4	6,1	6,5	2,2	4,0	4,9	10,0	11,1	6,5
Secourisme	0,2	0,5	0,5	0,0	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4
Pilotage des plans (PSST/PRST/PRSE)	0,6	0,5	0,2	0,0	0,1	0,7	1,8	13,3	2,4
AUTRE TIERS TEMPS	10,4	10,3	12,0	7,5	11,1	14,0	18,2	48,5	17,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
% du nombre total d'actions collectives selon le secteur	26,0	3,9	6,9	0,6	19,6	20,8	7,5	14,6	100,0

15 878 actions collectives sont recensées, soit une baisse de 15,3 %, qu'il faut interpréter avec prudence en raison d'un mode de collecte trimestriel, amenant parfois à compter plusieurs fois une action.

Les études, mesures et enquêtes restent les actions les plus fréquemment réalisées (49,3% de l'ensemble des actions pour 41,5% des heures totales) pour les très petites entreprises (86,7%) et concernent essentiellement les TMS (64,3%) et le risque lié aux équipements de travail (50,8%).

En termes de priorité, on constate une baisse des actions en milieu de travail ciblant :

- Le secteur d'activité (-21,3% des heures dédiées) avec des réunions (CHSCT) visant plus fréquemment les coopératives et les OPA. On dénombre 1 650 CHSCT existants en 2010 concernant 132 258 salariés. Sur les 4226 entreprises de 50 salariés et plus recensées en 2010, un grand nombre accueille des saisonniers, des salariés temporaires, etc.
- Les risques (-20,1% des heures dédiées), avec des actions visant plus fréquemment le risque psychosocial, les troubles musculo-squelettiques et le risque phytosanitaire.
- Les populations (-8,5% des heures dédiées) avec les salariés ayant un problème de santé nuisant à leur activité professionnelle, et les handicapés.

Les médecins du travail suivent aussi d'autres populations

Les exploitants

Le suivi des exploitants agricoles adhérents volontaires reste très marginal. Pour 2010, le nombre d'exploitants examinés est en nette diminution avec 13 adhérents contre 261 en 2009.

Les élèves de l'enseignement agricole

Les interventions des médecins du travail auprès des élèves des maisons familiales rurales et des autres établissements d'enseignement agricole s'inscrivent souvent dans le cadre des dérogations liées à l'utilisation de machines et/ou équipements dangereux (article R. 715-1-5 du code rural et de la pêche maritime) dont ont besoin les élèves de moins de 18 ans appelés à utiliser ce type de matériel. Ces interventions, liées à la signature de la convention cadre nationale entre notamment le MAAPRAT et la CCMSA pour la surveillance médicale des élèves mineurs, entraînent l'examen de 15 239 élèves (contre 16 112 en 2009). Ce chiffre, stable depuis 2007, est en légère baisse en 2010 (- 5,4%).

Année	2007	2008	2009	2010
Exploitant	261	261	261	13
Élève	16 112	15 239	15 239	15 239
Total	16 373	15 500	15 500	15 252

Les salariés non affiliés au régime agricole

Il s'agit de réaliser la surveillance médicale et des actions collectives au profit de personnels non agricoles relevant de l'Etat ou de ses établissements publics, intervenant dans le secteur agricole, ainsi que des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics.

La médecine de prévention ne peut être assurée que dans la mesure où la charge supplémentaire de travail ne nuit pas à la mission prioritaire du médecin du travail au bénéfice des salariés agricoles et dans le respect des conditions fixées par l'article R.717-38 du code rural et de la pêche maritime.

Les moyens et le pilotage des services de santé au travail

Le financement de la santé au travail pour les salariés agricoles est assuré par une cotisation « médecine du travail » appelée auprès des employeurs dont le taux national a été fixé à 0.42 % de la masse salariale en 2010. Ce budget permet d'assurer la mise en œuvre des dispositions relatives à la santé au travail par les caisses de MSA (mutualité sociale agricole)

Ainsi, la santé au travail est assurée par 382 médecins, ce qui représente 328 équivalents temps plein. Le temps moyen de travail par médecin est de 0,86 ETP. Le personnel administratif est constitué de 416 personnes, représentant 331,3 équivalents temps plein, soit un ratio nombre d'administratifs pour un médecin de 1,01.

Il est à noter qu'en 2010 les médecins exerçant à temps plein représentaient 61,5%, en légère augmentation de 2,3 points. La proportion de femmes exerçant dans les services de santé au travail est de 57,9 % pour les médecins, alors qu'elle est de 84,9 % pour les autres personnels.

Trois services de santé au travail ont fait appel à 6 médecins vacataires.

L'Echelon national de santé au travail, au sein de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), est constitué d'un collège médical qui se composait en 2010 de cinq médecins et représentait 3,6 ETP.

Le service « Etudes et Actions en Santé au Travail » sous la responsabilité d'un cadre administratif, est composé de 5 chargées de mission, d'un chargé d'études et d'une secrétaire. Huit personnes constituent ainsi l'équipe administrative représentant 7,6 ETP.

Cet échelon de santé au travail coordonne et met en œuvre le plan Santé Sécurité au Travail 2011-2015, adopté par la CCMSA en 2010, dans ses dispositions relatives à la santé au travail.

L'action des services de santé au travail est ainsi mise en œuvre autour des axes de développement nationaux (ADN) définis au niveau national et déclinés dans chaque service de santé au travail. Il s'agit de priorités pour lesquelles la MSA (mutualité sociale agricole) souhaite obtenir des résultats significatifs, tant en termes qualitatif que quantitatif. Les axes mutualisés d'intervention (AMI), dans une moindre mesure, sont des axes importants pour l'institution MSA mais les Caisses ont une liberté d'adhésion.

LE RÉGIME AGRICOLE – ACCIDENTS DU TRAVAIL

• Les salariés agricoles

Dans un contexte de baisse continue de la sinistralité, les hommes salariés d'une entreprise affiliée au régime agricole restent toujours proportionnellement plus

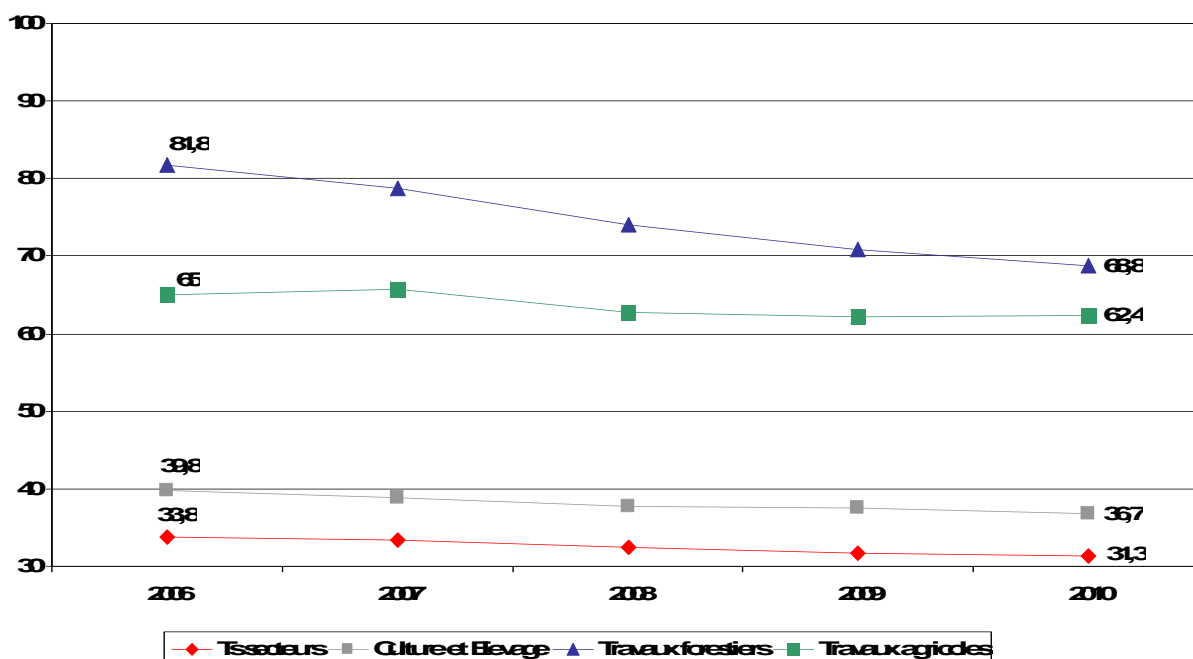
touchés par les accidents du travail que les femmes. Les salariés âgés de moins de 30 ans présentent des taux de fréquence d'accidents avec arrêt plus élevés que les salariés des autres tranches d'âge et les salariés âgés de 50 à 59 ans sont plus victimes d'accidents graves.

Une baisse de la sinistralité

En 2010, pour la population des salariés, on recense 58 978 accidents de travail proprement dits (- 3,5 % par rapport à 2009), dont 39 185 avec arrêt⁵ de travail (en baisse constante depuis 2001), et 4 230 accidents de trajet (- 0,7 % par rapport à 2009), dont 3 110 avec arrêt. On dénombre aussi 4 456 accidents graves⁶ (+ 0,6 % par rapport à 2009) et 48 mortels.

Après une relative stabilisation sur la période 1988-2001 autour d'un niveau proche de 38, le taux de fréquence, tous secteurs agricoles confondus, baisse régulièrement depuis 2002 pour passer en dessous de 32 accidents avec arrêt par million d'heures travaillées (31,3 en 2010).

**TAUX DE FREQUENCE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL PROPREMENT DITS AVEC ARRÊT
(2006- 2010)**

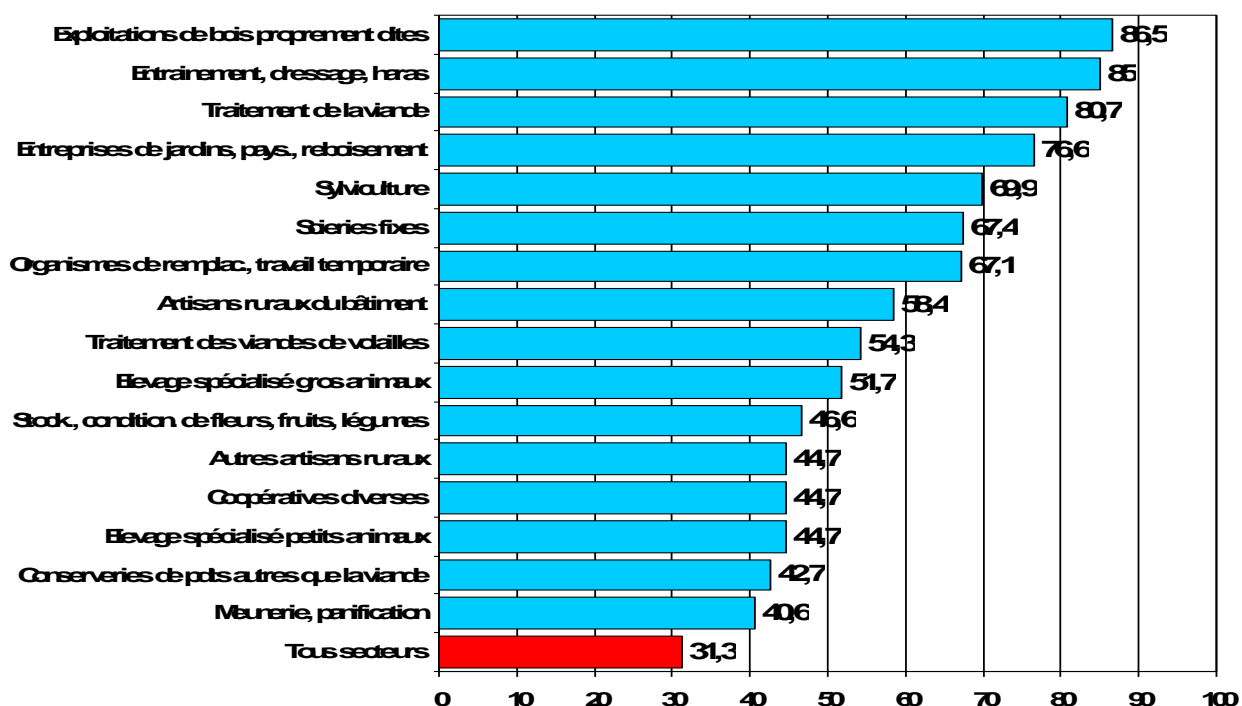


Source : MSA

⁵ Accident ayant donné lieu à un premier paiement d'indemnités journalières au cours de la période considérée et pour lequel il n'y a pas eu d'arrêt de travail ayant donné lieu à paiement de prestations au cours des années précédentes et qui n'a pas donné lieu à attribution de rentes.

⁶ Accident qui a entraîné une incapacité permanente partielle de la victime, dont la rente a été attribuée au cours de la période considérée.

TAUX DE FREQUENCE LES PLUS ELEVES DES ACCIDENTS DU TRAVAIL PROPREMENT DITS AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (2010)



La durée moyenne d'arrêt qui, après une relative stabilité autour de 49 jours entre 2004 et 2007, poursuit la hausse amorcée en 2008 avec 56,6 jours en 2010.

La proportion d'accidents graves, en baisse constante entre 2007 et 2009, passant de 11,9% à 11,1% (minimum historique), retrouve son niveau de 2008 avec 11,4% d'accidents graves en 2010.

Le taux moyen d'IPP se stabilise depuis 2004 autour de 10 %, avec 9,8 % en 2010.

Le taux de fréquence des accidents mortels s'inscrit dans une tendance à la baisse, malgré des fluctuations annuelles irrégulières.

La nature des risques : confirmation des tendances antérieures

Le « travail du bois, sol et autres végétaux » demeure l'activité la plus souvent déclarée au moment de la survenue d'un accident (37 % des accidents avec arrêt) et en particulier « l'entretien des végétaux, espaces verts et forêts », ou avec des animaux vivants (31,2%).

Les tâches relatives aux « manutentions et transports manuels » et celles en rapport avec l'« utilisation de machines, outils et véhicules » sont aussi fréquemment incriminées avec respectivement 23,8 % et 15,8 % des accidents avec arrêt.

Parmi les lieux de survenue, ceux de « production animale et végétale » concentrent 37,8 % des accidents avec arrêt, et les lieux de « travaux publics et d'espaces verts » 19 %.

Les éléments matériels, à l'origine des lésions les plus constatées, sont les éléments végétaux non transformés (10,2%) les outils à main non motorisés (9,8%), et les animaux (9,3%)

Les lésions les plus fréquemment rencontrées sont des contusions ou des lésions superficielles (25,2%), des plaies (17,8%), des douleurs d'effort ou lombagos (14,2%) et des entorses-foulures (14%). Elles surviennent surtout aux mains (22,3%), aux membres inférieurs - hors pieds (22%), au tronc et rachis (21%) et aux pieds (6,8%)

Les principales combinaisons de sièges et natures de lésions sont :

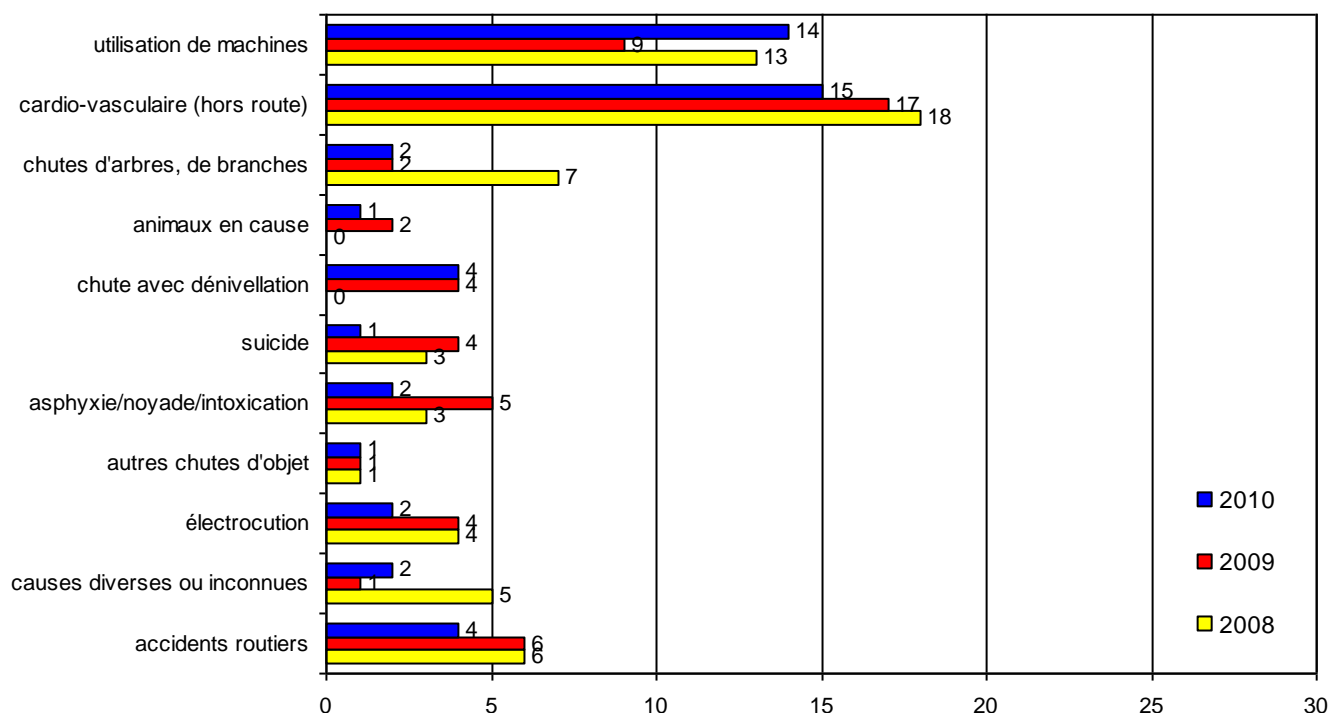
- les lésions superficielles ou contusions et les entorses aux membres inférieurs,
- les plaies aux mains,
- les douleurs d'effort, lumbago au thorax et rachis.

Les accidents du travail mortels

163 salariés - essentiellement des hommes (152) - sont décédés à la suite d'un accident du travail proprement dit entre 2008 et 2010.

Les victimes se situent essentiellement dans les classes d'âge 50 à 59 ans (31,9%) et 40 à 49 ans (25,2%) et les catégories de risques les plus concernées sont les cultures et élevage non spécialisés (15,3%), les cultures spécialisées (12,9%), la viticulture (10,4%) et les exploitations de bois (9,8%).

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL PROPREMENT DITS MORTELS DE 2008 A 2010 (EN NOMBRE DE DECES)



Les accidents de trajet

Le nombre annuel d'accidents avec arrêt de travail est en 2010 de 3 105 unités (3 109 en 2009) et on dénombre 467 accidents graves (+ 4,9 % par rapport à 2009) et 19 mortels.

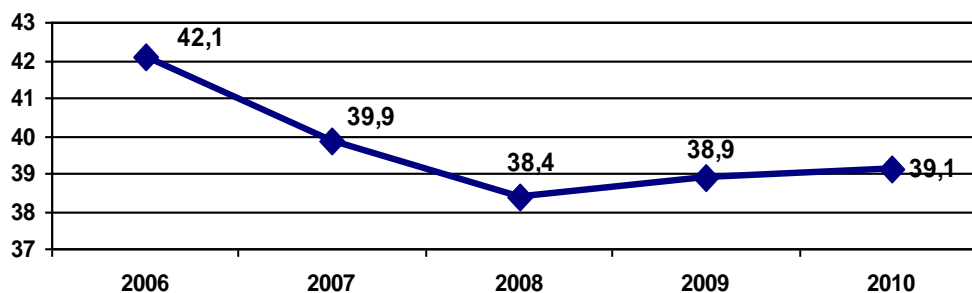
L'indice de fréquence des accidents de trajet se stabilise depuis 2008 à 2,7 accidents pour 1000 travailleurs.

Les accidents avec arrêt impliquent principalement des automobiles (54%) et des 2 roues (32%) ; les moins de 25 ans sont les plus concernés par ces derniers. De plus 10,4% des accidents de trajet avec arrêt concernent les apprentis

• Les non-salariés du régime agricole

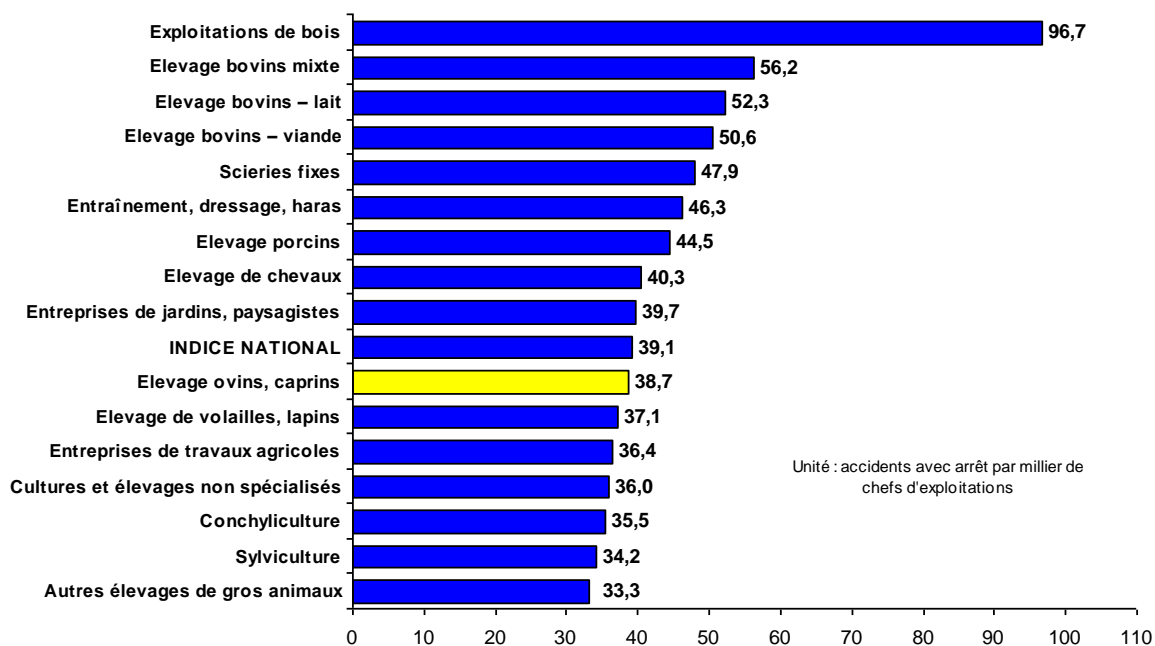
Au cours de l'année 2010, pour les chefs d'exploitations, 19 160 accidents de ce type ont donné lieu à un premier paiement d'indemnités journalières (accidents avec arrêt de travail indemnisés), ce qui correspond à 77,8 % des 24 620 accidents du travail avec ou sans arrêt de travail. Dans l'analyse qui suit, ces accidents de travail avec arrêt indemnisés seront dénommés « accidents avec arrêt ».

INDICE DE FREQUENCE – ACCIDENTS DU TRAVAIL PROPREMENT DITS (2006-2010)



Source : MSA

INDICE DE FREQUENCE PAR SECTEUR D'ACTIVITE EN



Les publics concernés

Les accidents avec arrêt de travail concernent avant tout les hommes. Ils regroupent 82,8 % des accidents alors qu'ils représentent 75,8 % des affiliés. Les victimes ont principalement entre 40 et 59 ans (37 %) ou entre 40 et 49 ans (33,9 %). Cette répartition est proche de celle de la population avec respectivement 33,2 % et 32,7 % pour ces deux catégories d'âge.

La nature des risques

En 2010, 45,7 % des accidents se sont produits dans les élevages de bovins : 23,9 % dans les élevages laitiers, 16,2 % dans les élevages pour la viande, et 5,6 % dans les élevages mixtes. Les exploitations de « cultures et élevages non spécialisés » sont concernées par 11,7 % des accidents, les « cultures céréalières et industrielles » par 10 % et la « viticulture » par 7 %.

Les pertes d'équilibre ou les chutes de l'accidenté sont à l'origine de 31,4 % des accidents. Viennent ensuite les mouvements d'animaux, 16,8 %, les faux mouvements ou mouvements avec effort, 14,4 % et les chocs de la victime avec un objet, 12,9 %.

Les accidents mortels

Les non-salariés agricoles ont été victimes de 79 accidents du travail mortels en 2010. Ils sont âgés principalement entre 50 et 59 ans pour 28 d'entre eux, soit 35,4 %, ou entre 40 et 49 ans, pour 27 autres, soit 34,2 % et sont essentiellement des hommes (77 accidents).

Ces accidents mortels touchent principalement les personnes travaillant dans les élevages de bovins, 34 personnes décédées, soit 43 % des 79 victimes, les exploitations de cultures et d'élevages non spécialisés, 12 victimes, soit 15,2 %, et les exploitations de cultures céréalières, 11 victimes, soit 13,9 %.

Près du tiers des accidents mortels du travail, soit 25 décès, survient lors de l'utilisation d'une machine fixe ou mobile, d'un tracteur ou d'un outil motorisé et sont

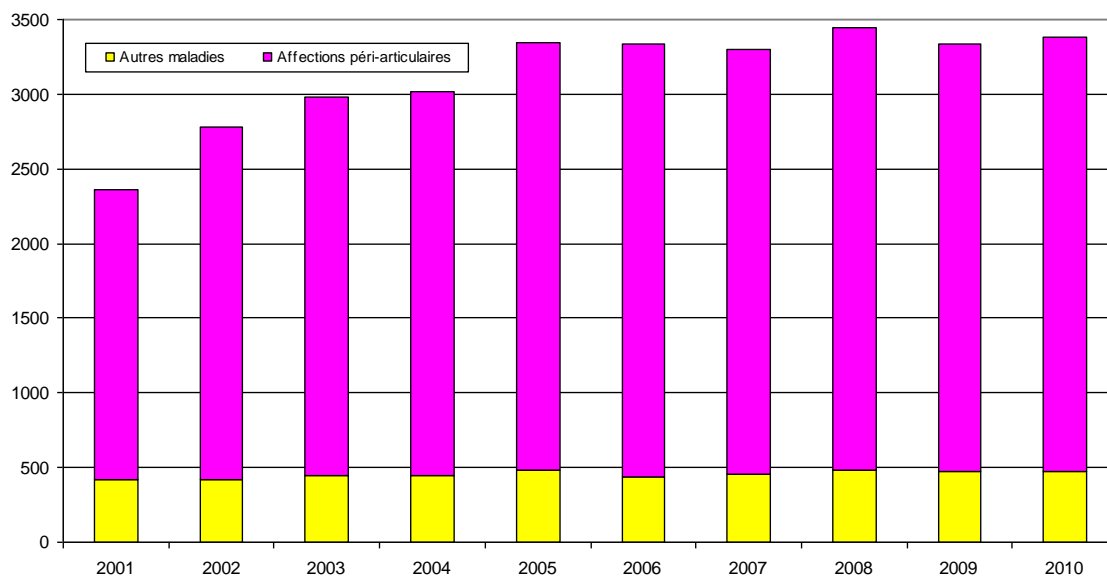
dus principalement à des happements par un élément de machine, ou des écrasements. Enfin 7 accidents mortels sont de circulation routière.

LE RÉGIME AGRICOLE - MALADIES PROFESSIONNELLES

• Les salariés agricoles

Le nombre total de maladies professionnelles reconnues est plutôt stable depuis 2006. On dénombre 3 384 maladies professionnelles avec ou sans arrêt reconnues en 2010 pour 3 334 en 2009 (+ 1,5%).

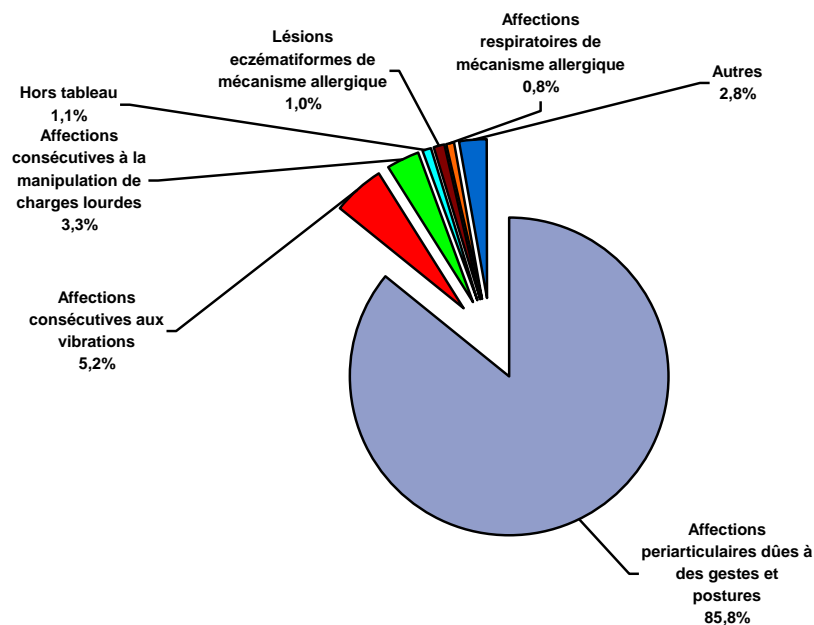
EVOLUTION DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET DES AFFECTIONS PERI-ARTICULAIRES AVEC OU SANS ARRÊT (2001-2010)



Source : MSA

La part des affections péri-articulaires, 2 908 cas en 2010, reste stable depuis 2002 en variant entre 85% et 87% (86% du total des maladies professionnelles reconnues en 2010).

LES PRINCIPALES MALADIES PROFESSIONNELLES AVEC OU SANS ARRÊT (2010)



Les salariés touchés par ces affections ont des activités qui se concentrent dans les secteurs de la viticulture, des cultures spécialisées, du traitement (abattage, découpe, conditionnement) de la viande de gros animaux et des entreprises de jardins et paysagistes.

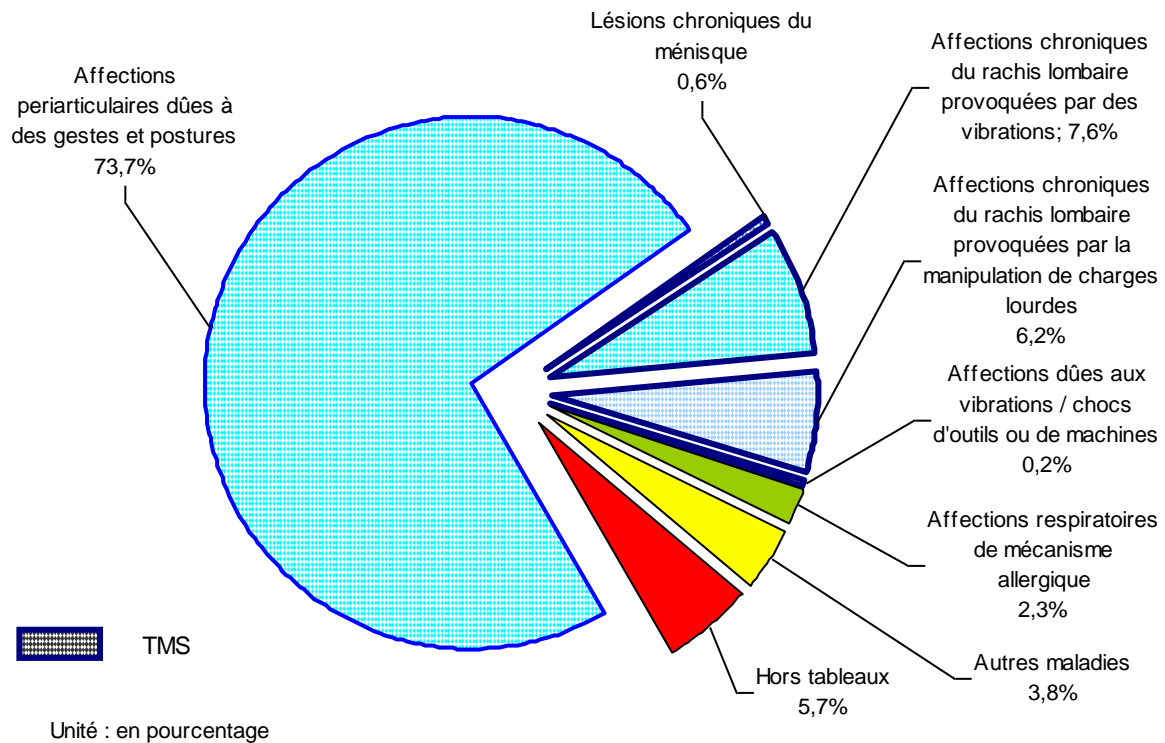
• Les non-salariés agricoles

En 2010, 1 789 maladies professionnelles avec ou sans arrêt de travail sont reconnues pour les non-salariés agricoles.

Les maladies professionnelles dominantes sont les troubles musculo-squelettiques⁷ (TMS) avec 88,2 % des maladies reconnues, soit 1 552 cas. Les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations inscrites au tableau de maladie n° 57, représentent 7,6 % des maladies et leur part dans les TMS est de 8,6 %. Les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manipulation manuelle et habituelle de charges lourdes inscrites au tableau de maladie n° 57bis, représentent respectivement 6,2 % des maladies professionnelles et 7,0 % des TMS.

⁷ Les troubles musculo-squelettiques (TMS) regroupent les maladies professionnelles figurant aux tableaux de maladies n° 29, 39, 53, 57 et 57 bis du régime agricole.

REPARTITION EN 2010 DES MALADIES PROFESSIONNELLES AVEC OU SANS ARRÊT SELON LEUR NATURE



Source : MSA

C- La fonction publique

➤ *Sur les inspections et missions de contrôle*

L'enquête annuelle de la DGAFP sur l'hygiène et la sécurité fournit des données sur les agents chargés des fonctions d'inspection.

Tableau 6 : **Nombre d'IHS par ministère et ratio/10000 agents**

Ministères	Effectifs IHS	Ratio/10000 agents
Affaires étrangères et européennes	2	1,08
Agriculture et pêche	7	2,20
Culture et communication	5	4,29
Défense	12	0,39
Ministères économique et financier	16	0,94
Education nationale	30	0,34
Enseignement supérieur et recherche	9	0,83
Travail, emploi	4	1,46
Santé, jeunesse et sport	3	3,98
Ecologie, énergie et développement durable	12	1,70
Intérieur, outre mer et collectivités territoriales	19	1,31
Justice	12	1,57
Services du Premier ministre	1	1,07
Total	132	0,65

2009	122	0,62
2008	128	0,58

La formation initiale des inspecteurs est obligatoire et préalable à la prise de fonction ; elle est dispensée par l'Institut national du travail et de la formation professionnelle pour une durée de 8 semaines. Chaque année, la promotion de nouveaux inspecteurs est d'une vingtaine de personnes pour l'ensemble des ministères. En outre, les ministères ont organisé des sessions de formation continue pour leurs inspecteurs déjà en poste.

Aucune statistique ne permet d'évaluer le rythme d'inspection. Il n'existe pas par ailleurs de pouvoir de sanction ni de contrainte des inspecteurs d'hygiène et de sécurité dans l'administration de l'Etat.

La responsabilité pénale des agents et notamment des chefs de service responsables des bonnes conditions de travail, peut être engagée. Elle est appréciée par le juge, indépendamment du statut et compte tenu des circonstances de l'espèce. Il n'existe pas de statistiques relatives aux condamnations pénales des agents de l'Etat pour des infractions relatives à l'hygiène et à la sécurité. On peut toutefois remarquer que celles-ci sont très rares.

Les données pour la fonction publique territoriale et hospitalière ne sont pas disponibles.

➤ **Sur les accidents du travail et de trajet**

Les accidents du travail couvrent les accidents de service des fonctionnaires et les accidents du travail des agents non titulaires. Ils surviennent lorsque l'agent est sous l'autorité de l'employeur, pendant le temps et sur le lieu de travail. Parmi les accidents du travail, on inclut les accidents de mission qui surviennent lors d'un déplacement dans le cadre des obligations professionnelles. Les accidents de trajet surviennent lors du parcours entre le lieu du travail et le domicile, ou le lieu de restauration, à l'heure normale.

Les administrations ont progressivement mis en place cette enquête. Certains ministères ne sont pas encore parvenus à recenser toutes les données, mais la couverture progresse chaque année.

Les données statistiques ci-dessous sont issues du Rapport annuel sur l'Etat de la Fonction publique, Faits et Chiffres 2011-2012, en ligne sur le site www.fonction-publique.gouv.fr .

Accidents du travail et part des accidents de trajet dans les ministères selon la gravité, par ministère en 2006

	Taux de couverture de l'enquête (*)	Nombre d'accidents				Part des accidents de trajet parmi les accidents (en %)			
		Sans arrêt de travail	Avec arrêt de travail	Avec décès	Total	Total	Sans arrêt de travail	Avec arrêt de travail	Avec décès
Affaires étrangères	57,3%	29	45	0	74	44,6	41,4	46,7	N/a
Agriculture	100,0%	438	450	3	891	16,6	13,2	19,8	33,3
Culture	92,9%	159	316	0	475	38,1	39,0	37,7	N/a
Défense	91,2%	1 182	1 382	2	2 566	16,1	13,8	18,0	50,0
Ministères économique et financier	nd	855	1 379	4	2 238	39,0	32,0	43,2	50,0
Ministères de l'enseignement :									
Administration centrale	100,0%	29	47	0	76	53,9	37,9	63,8	N/a
Enseignement scolaire	93,2%	7 580	14 403	10	21 993	16,0	13,2	17,5	80,0
Enseignement supérieur et Recherche	55,8%	595	1 011	6	1 612	21,2	13,8	25,2	83,3
Équipement, Écologie et Aménagement									
Hors Aviation civile	101,7%	1 799	2 548	6	4 353	8,8	8,2	9,2	16,7
Aviation civile	91,9%	44	76	0	120	29,2	27,3	30,3	N/a
Intérieur									
Hors Police nationale	84,7%	421	550	2	973	36,1	36,6	35,8	0,0
Police nationale	88,8%	5 283	6 775	8	12 066	6,4	3,6	8,6	37,5
Jeunesse et Sports	96,5%	65	122	0	187	15,0	10,8	17,2	N/a
Justice	97,2%	1 425	1 960	2	3 387	15,8	12,3	18,2	100,0
Ministères sociaux	90,0%	259	329	2	590	36,6	34,7	37,7	100,0
Services du Premier ministre	46,9%	29	31	0	60	50,0	48,3	51,6	N/a
Total	78,8%	20 192	31 424	45	51 661	15,3	12,1	17,3	55,6

Source : enquêtes annuelles sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, DGAPP, bureau des statistiques des études et de l'évaluation. Résultats définitifs.

Champ : ensemble des ministères répondants, agents civils.

(*) Le taux de couverture à l'enquête est le rapport entre l'effectif couvert par l'enquête ministérielle et l'effectif mesuré dans le fichier général de l'État, en %.

nd : non disponible; N/a : non applicable.

Lecture : en 2006, 51 661 accidents du travail et de trajet ont été recensés dans les ministères. Les accidents de trajet représentent 15,3 % de ce total, 55,6 % des 45 accidents ayant entraîné le décès.

Nombre de maladies professionnelles reconnues et nombre de jours d'arrêt selon les ministères en 2006

	Taux de couverture de l'enquête (*)	Nombre de maladies	Nombre de cas reconnus pour 100 000 agents
Affaires étrangères	57%	5	27,1
Agriculture	100%	26	76,2
Culture	93%	9	63,5
Défense	91%	165	190,9
Ministères économique et financier	nd	14	7,5
Ministères de l'enseignement			
Administration centrale	100%	1	31,1
Enseignement scolaire	93%	307	31,8
Enseignement supérieur et Recherche	56%	34	23,0
Équipement, Écologie et Aménagement			
Hors Aviation civile	100%	104	105,2
Aviation civile	92%	0	0,0
Intérieur			
Hors Police nationale	85%	14	35,4
Police nationale	nr	nr	N/a
Jeunesse et Sports	96%	1	11,9
Justice	97%	9	12,1
Ministères sociaux	90%	8	28,6
Services du Premier ministre	47%	1	11,6
Total	79%	698	37,3

Source : enquêtes annuelles sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, DGAFP, bureau des statistiques, des études et de l'évaluation. Résultats définitifs.

Champ : ensemble des ministères répondants, agents civils. Pour la Police nationale, aucun résultat n'est disponible.

(*) Le taux de couverture de l'enquête est le rapport entre l'effectif couvert par l'enquête ministérielle et l'effectif mesuré dans le fichier général de l'État, en %.

Note : l'appellation des ministères renvoie à la nomenclature d'exécution de la loi de finances initiale de l'année.

nr : non réponse ; N/a : non applicable ; nd : non disponible.

Article 3§4 Services de santé au travail

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Réponse

La réponse intègre les éléments sur les observations du CEDS

Le système de la médecine du travail, mis en place en 1946, constitue le premier réseau de prévention en France avec près de 6 150 médecins du travail (selon les chiffres du bilan annuel des conditions de travail, 2011). Répondant à une obligation légale, il est organisé sous un régime de droit privé par les employeurs, qui le financent, sous la forme soit de services de santé au travail autonomes, soit de services de santé au travail interentreprises auxquels adhèrent les entreprises.

Dès 1998, une réforme de la médecine du travail a été engagée afin d'en améliorer le fonctionnement, d'accroître sa contribution à la sécurité sanitaire générale et de développer la pluridisciplinarité (médicale, technique et organisationnelle)

conformément aux exigences de la directive-cadre n°89/391/CEE du 12 juin 1989. Portée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et le décret n°2004-760 du 28 juillet 2004, cette réforme a permis, par la création de services de santé au travail, de faire évoluer la médecine du travail vers une culture de promotion de la santé au travail.

Toutefois, cette réforme s'est rapidement révélée insuffisante pour répondre aux nouveaux enjeux en termes de santé et de protection des salariés : émergence de risques professionnels nouveaux (RPS, TMS, risques à effets différés), vieillissement de la population et prévention de la pénibilité et de l'usure professionnelle, nouvelles formes d'emploi, baisse de la démographie médicale.

C'est dans ce contexte qu'après une large concertation avec les partenaires sociaux, la loi relative à l'organisation de la médecine du travail a été adoptée le 20 juillet 2011. Ses principaux décrets d'application ont été publiés au JO le 31 janvier 2012 et entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2012.

Etat des lieux : les principaux apports de la loi du 20 juillet 2011 et des décrets du 30 janvier 2012.

Les missions des services de santé (SST) au travail sont définies, pour la première fois, par la loi et donc confortées alors qu'avant n'étaient évoquées que les missions des médecins du travail.

Les SST ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (art. L. 4622-2 du code du travail). A cette fin, ils :

- conduisent les actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
- assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;
- participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Ces missions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail dans les services interentreprises. Elles sont conduites par le médecin du travail en coordination avec les autres acteurs de l'entreprise dans les services autonomes.

La gouvernance et l'organisation des services de santé au travail sont améliorées.

- **L'organisation des services de santé au travail en services autonomes ou interentreprises.** La loi a, en particulier, modifié les dispositions relatives

aux services autonomes en rendant désormais facultative la création d'un service autonome lorsque l'effectif de salariés suivis atteint ou dépasse 500 salariés, et en introduisant la possibilité de créer un service de santé au travail de groupe.

- **La gouvernance des services de santé au travail interentreprises.**

Des organes de surveillance (conseil d'administration, comité interentreprises ou commission de contrôle) ainsi que de consultation (commission médico-technique) sont obligatoires :

- Le **conseil d'administration paritaire** est composé de représentants des employeurs, désignés par les entreprises adhérentes, et de représentants des salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel. Ces modalités de désignation ont été longuement débattues au Parlement, l'enjeu étant notamment celui d'une meilleure implication des représentants des employeurs dans la vie du service de santé au travail. Le président du CA est élu parmi les représentants des employeurs alors que le trésorier est élu parmi les représentants des salariés.
- Le **comité interentreprises ou la commission de contrôle** est consulté sur toutes les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du SST. La commission de contrôle est désormais présidée par un représentant des salariés.
- La **commission médico-technique** a vu sa composition élargie pour intégrer les représentants de l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Au-delà de son rôle important dans l'élaboration du projet pluriannuel de service, elle est informée sur la mise en œuvre des priorités du service et des actions à caractère pluridisciplinaire et consultée sur toutes les questions relatives à la conduite des missions du service.

- **La gouvernance régionale des SST est renforcée par les nouvelles modalités de l'agrément et de la démarche de contractualisation entre la DIRECCTE, la CARSAT et le SST.**

La réforme vise, en effet, à établir les conditions d'un meilleur pilotage de la santé au travail au niveau régional en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels et en dynamisant les services de santé au travail autour d'objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), prévus par l'article L. 4622-10 du code du travail, ainsi que l'agrément, délivré par la DIRECCTE, constituent deux leviers d'action essentiels.

- **L'agrément** est accordé pour 5 ans par la DIRECCTE à tout service de santé au travail (interentreprises ou autonomes) dès lors qu'il respecte les obligations définies dans le titre II du livre VI du code du travail. C'est désormais dans l'agrément que sont fixés les effectifs maximums de salariés suivis par l'équipe pluridisciplinaire et le nombre de médecins du travail par secteur. Il peut aussi accorder des dérogations à la périodicité des visites médicales.
- Le **CPOM** est conclu pour une période maximale de 5 ans entre le SST, la DIRECCTE et la CARSAT. Il ne concerne que les services de santé au travail interentreprises. Il définit des actions visant notamment à mettre en œuvre les

priorités d'actions du projet pluriannuel de service et les objectifs régionaux de santé au travail ainsi qu'à promouvoir une approche collective et concertée et les actions en milieu de travail. Il est conclu après avis du comité régional de prévention des risques professionnels (dans une formation restreinte) et de l'agence régionale de santé.

- Le **projet pluriannuel de service** est élaboré au sein de la commission médico-technique et approuvé par le CA : en partant des objectifs en matière de prévention et de santé au travail définis à partir d'éléments de diagnostic fins, il définit les priorités d'action du service.

La pluridisciplinarité est renforcée, en particulier au sein des services de santé au travail interentreprises.

Cette organisation pluridisciplinaire permet, tout en préservant les compétences exclusives du médecin sur les missions que lui seul peut conduire, de s'appuyer sur des compétences diverses pour accroître collectivement les capacités du service de santé au travail, et ainsi améliorer la prévention des risques professionnels.

- Dans les services autonomes, l'employeur doit organiser une certaine pluridisciplinarité en désignant des salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise, ou, le cas échéant, en recourant à des compétences extérieures à l'entreprise (intervenant en prévention des risques professionnels enregistrés auprès de la Direccte).
- **Divers personnels concourent aux services de santé au travail interentreprises** : médecin du travail, collaborateur médecin, interne, infirmier, intervenant en prévention des risques professionnels, assistant de service de santé au travail et autres professionnels recrutés après avis du médecin du travail.

Le médecin du travail voit son indépendance et sa protection confortées par la loi. Il conserve ses attributions propres, notamment le suivi de l'état de santé des salariés et, comme précisé par la loi, il anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire. Il exerce personnellement ses fonctions mais il peut confier certaines activités aux membres de l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de protocoles écrits.

La loi et les décrets ont apporté de premiers éléments de réponse au problème de démographie médicale par la création du statut de collaborateur médecin, qui autorise des médecins non spécialisés en médecine du travail s'engageant dans une démarche de formation, à exercer certaines fonctions dans les services de santé au travail en lien avec un médecin du travail expérimenté. Les internes de 3^{ème} cycle peuvent, par ailleurs, effectuer des remplacements en service de santé au travail à condition d'avoir obtenu leur licence de remplacement auprès du Conseil de l'ordre des médecins.

- **Les actions et moyens de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail sont précisés pour faciliter les actions en milieu de travail.**

Elles s'inscrivent dans le cadre des objectifs fixés par le projet de service. D'autre part, les dispositions relatives au suivi individuel de l'état de santé du salarié sont modifiées et actualisées.

Les modalités de suivi de l'état de santé du salarié ont été modifiées pour apporter une réponse à la pénurie médicale tout en garantissant le meilleur niveau de protection de la santé physique et mentale du salarié.

Le suivi individuel de l'état de santé du salarié reste une attribution exclusive du médecin du travail. Les examens médicaux déjà prévus par le code du travail sont maintenus, en particulier les visites d'embauche dont l'utilité fait l'objet d'un consensus entre tous les partenaires sociaux, les visites de reprise ainsi que les examens périodiques, complémentaires ou à la demande de l'employeur ou du salarié. La visite de pré-reprise a, par ailleurs, été généralisée pour limiter et anticiper les avis d'inaptitude et prévenir la désinsertion professionnelle (cf. fiche 5.4).

Le dispositif relatif aux examens périodiques et à la surveillance médicale renforcée (SMR) a été modifié.

- Le principe de la périodicité de 24 mois pour les examens médicaux demeure. Mais, « sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié », l'agrément délivré au service de santé au travail par la DIRECCTE permet d'y déroger, « lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles, et, lorsqu'elles existent, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes » (art. R. 4624-18). Ces dispositions s'appliquent à tous les salariés, y compris aux salariés bénéficiant d'une SMR.
- Les catégories de salariés relevant de la SMR ont été actualisées ainsi que leurs modalités de suivi qui relèvent du médecin du travail, qui doit tenir compte des recommandations de bonnes pratiques existantes. La périodicité des visites médicales tout comme le type d'examen pratiqué, peuvent être modifiés sous réserve qu'un examen de nature médicale soit pratiqué tous les 24 mois.

De nouvelles catégories de salariés, jusqu'à présent privées en droit ou en fait de l'accès aux services et prestations de santé au travail sont couvertes.

Il s'agit notamment des salariés du particulier employeur (plus d'1,5 million), des stagiaires de la formation professionnelle, des intermittents du spectacle, des salariés des associations intermédiaires, des salariés saisonniers. Dans un souci de pragmatisme, le suivi médical individuel de ces travailleurs pourra être adapté par voie conventionnelle ou réglementaire.

B- Agriculture

1- La réforme des services de santé au travail en agriculture

L'année 2011 voit l'aboutissement de la réforme de la médecine du travail.

La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail renforce le caractère pluridisciplinaire des services de santé au travail et leurs modalités de pilotage et les décrets d'application sont maintenant parus. Il s'agit des décrets n° 2012-706 du 7 mai 2012 et n° 2012-837 du 29 juin 2012.

2- La réforme des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture

L'article 15 de cette loi du 20 juillet 2011 a également modifié les dispositions du II de l'article L. 717-7 du code rural et de la pêche maritime pour y introduire la contribution des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture à la prévention de la pénibilité, le bénéfice pour les membres employeurs de ces instances d'une indemnité forfaitaire représentative du temps passé à ces instances, les frais de déplacement exposés par les membres de la commission, la prise en charge des salaires maintenus par les employeurs, ainsi que des cotisations sociales y afférentes et des indemnités représentatives du temps passé, par le fonds national de prévention créé en application de l'article L. 751-48 et, dans les départements d'outre-mer, par le fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles géré par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Sont concernés par ces mesures les travailleurs et employeurs des professions agricoles soumis à la quatrième partie du code du travail et à la section 2 du chapitre VII du titre 1er du livre VII du code rural et de la pêche maritime.

Après l'accord national sur les commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du 16 janvier 2001, l'accord national sur les conditions de travail en agriculture du 23 décembre 2008 a voulu donner une nouvelle impulsion à ces commissions et crée une commission nationale paritaire pour l'amélioration des conditions de travail en agriculture qui aura pour mission de faciliter les modalités de désignation de leurs membres et d'assurer une certaine coordination entre les commissions existantes.

L'accord de 2008 veut également compléter l'accord sur la médecine du travail en agriculture et l'accord européen sur les TMS en agriculture du 21 novembre 2005.

Enfin, l'accord entend également confier aux CPHSCT un rôle de prévention de la pénibilité.

Deux décrets relatifs aux commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture et modifiant la section III du chapitre VII du titre I du livre VII du code rural et de la pêche maritime (décret n° 2012-707 du 7 mai 2012 et un décret simple en cours de signature) traduisent la volonté des partenaires sociaux de s'en tenir aux accords de 2001 et 2008 étendus pour l'organisation et le fonctionnement du CPHSCT actuellement régis par les articles L. 717-7 et R. 717-76-1 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que les dispositions du décret n° 99-905 du 22 octobre 1999 modifié par le décret n° 2006-1665 du 22 décembre 2006.

Les mesures prises par ces textes concernent les conditions de fonctionnement des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture en précisant les conditions d'application de l'article L. 717-7 nouveau du code rural et de la pêche maritime sur les commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture. Ces textes sont applicables le lendemain de leur publication.

Le décret simple dont l'application est conditionnée par la signature imminente abroge également le décret n° 99-905 du 22 octobre 1999 modifié par le décret 2006-1665 du 22 décembre 2006, devenus inutiles, les partenaires sociaux, comme la loi les y autorise, s'étant convenus de faire application des dispositions des accords nationaux étendus du 23 décembre 2008 et du 16 janvier 2001 pour la mise en œuvre des modalités de fonctionnement de ces commissions.

Le code rural et de la pêche maritime modifié par ces décrets peut être consulté, dans sa rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

C- Fonction publique

Le cadre juridique de la médecine de prévention dans la fonction publique découle des décrets de 1982 (Etat) et 1985 (fonction publique territoriale). Il a connu des évolutions récentes en 2011 (Etat) et 2012 (territoriale). La fonction publique hospitalière relève pour sa part des dispositions du code du travail en la matière.

La médecine de prévention a pour mission d'éviter toute altération de l'état de santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail et l'état de santé des agents. Les principales missions du médecin de prévention sont la surveillance médicale et l'action sur le milieu professionnel.

La mutualisation des ressources de la protection de la santé et de la sécurité au travail dans le cadre d'un véritable travail en réseau constitue un axe prioritaire de l'accord santé et sécurité au travail de 2009. Ce dernier s'inspire largement des actions diligentées au niveau du secteur privé et qui répondent à deux exigences. La première d'entre elle, européenne, consiste à parachever la mise en conformité du système français avec les grands principes d'organisation fixés au niveau communautaire, notamment la directive-cadre de 1989 ; la seconde est d'améliorer le fonctionnement du système français de prévention.

Personnels des services de médecine de prévention

Les missions du service de médecine de prévention sont assurées par un ou plusieurs médecins appartenant ou non à l'administration qui prennent le nom de médecin de prévention. Ces médecins sont assistés par des infirmiers et infirmières et, le cas échéant, par des secrétaires médicaux.

Suite à l'accord du 20/11/2009, le décret 82-453 modifié prévoit la mise en place d'équipes pluridisciplinaires coordonnées par le médecin de prévention en fonction des besoins identifiés (ergonomie, hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, psychologie du travail, acoustique...) en recourant à des ressources internes ou externes (organismes de contrôle, consultants,...). Les services sociaux peuvent être associés à la mise en œuvre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire.

La situation juridique des médecins de prévention

Un certain nombre de garanties sont accordées aux médecins de prévention de façon à assurer leur indépendance (notamment concernant leur recrutement, leur fin

de fonction principe d'indépendance...). Le décret du 28 juin 2011 modifiant le décret du 28 mai 1982 organise les conditions d'emploi des médecins de prévention en systématisant leur recrutement par voie contractuelle à durée indéterminée, ce qui améliore la sécurité juridique de leur statut et leur confère une protection sociale de qualité. Leur rémunération peut être adossée à la grille de la convention collective des médecins du travail du secteur privé qui fixe des conditions de rémunération extrêmement attractives.

Le rôle des services de médecine de prévention

- Surveillance médicale des agents

Chaque agent est soumis à une **visite médicale obligatoire** de fréquence quinquennale. Les agents soumis à une surveillance médicale spéciale (handicapés, femmes enceintes, postes à risques, agents réintégrés après un CLM ou un CLD, agents souffrant de pathologies particulières) doivent être soumis à une **visite au moins annuelle**. Les agents soumis à une surveillance quinquennale ont droit, sur leur demande, à une visite annuelle.

L'accord santé et sécurité au travail de novembre 2009 prévoit la systématisation de la visite médicale au moment de la prise de fonction sur un poste comportant des risques professionnels (article 11-1 du décret du 28 mai 1982).

Par ailleurs, la traçabilité individuelle de l'exposition des agents aux facteurs de risques professionnels est améliorée et s'appuie sur deux documents, le premier relevant du médecin du travail (le dossier médical en santé au travail prévu à l'article 28 du décret du 28-2 mai 1982), le second de l'employeur (le document d'exposition aux risques). Ces documents sont d'une part le *dossier médical en santé au travail*, constitué par le médecin du travail, qui retrace les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis, ainsi que les avis du médecin du travail ; et d'autre part le *document d'exposition* qui consigne dans des conditions fixées par décret les facteurs de risque professionnel liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail.

- L'action sur le milieu professionnel

L'action sur le milieu professionnel est décrite par les articles 15 à 21 du décret du 28 mai 1982 modifié et concerne :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services ;
- l'hygiène générale des locaux et des services ;
- l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accident de service ou de maladie professionnelle ;
- l'hygiène dans les restaurants administratifs ;
- l'information sanitaire.

Le médecin de prévention consacre à cette action en milieu professionnel au **moins un tiers de son temps**. Il est chargé à ce titre de l'établissement de la fiche des

risques professionnels propres au service, sous la responsabilité du chef de service, en association avec les agents chargés de la mise œuvre des mesures relatives à l'hygiène et à la sécurité. Il est membre de droit du comité d'hygiène et de sécurité.

Par ailleurs, à ce même titre, le médecin de prévention est obligatoirement :

- associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation des secouristes ;
- consulté sur les projets de construction ou les aménagements importants ainsi que sur les modifications apportées aux équipements ;
- informé de la composition et de la nature des substances utilisées.

Il peut, en outre, demander à l'administration d'effectuer des prélèvements et des mesures, aux fins d'analyses. Il propose des études épidémiologiques et participe à leur réalisation. Dans ce cadre le médecin de prévention est amené à effectuer des visites des lieux de travail. Il bénéficie, à cette fin, d'une liberté d'accès aux locaux rentrant dans son champ de compétence. Il examine les postes de travail, détecte les situations présentant des risques professionnels particuliers ; il est habilité- en cas de dysfonctionnement - à établir les signalements appropriés sous forme de rapport écrit diffusé auprès de l'autorité administrative dont il relève et de celle dont dépend l'agent concerné. Le médecin de prévention rend compte de cette action en CHSCT.

D'une façon générale, s'il apparaît, à l'occasion des visites médicales assurées par le médecin de prévention, que les conditions de travail ont des conséquences néfastes pour la santé d'un agent, le médecin de prévention a le pouvoir de " proposer des aménagements de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents ". Il peut également proposer des aménagements temporaires de postes de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes. Conformément à l'article 26 du décret 82-453, lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'administration, celle-ci doit motiver son refus. Le décret 82-453 modificatif indique par ailleurs désormais, au dernier alinéa de l'article 26, que le CHSCT doit être tenu informé de ce refus.

- Autres missions

Intervention du médecin de prévention dans le champ de la médecine "statutaire"

Cette intervention ne figure pas au sein des dispositions du décret relatif à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine de prévention mais dans celles du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires (articles 18, 26, 32, 34 et 43).

Le médecin de prévention assure le suivi des dossiers médicaux des agents auprès des instances concernées (Comité Médical, Commission de Réforme...) et y joue un rôle consultatif important sous la forme d'avis ou d'observations écrites.

En outre, le médecin de prévention peut être amené à intervenir dans le cadre de la procédure de reclassement d'un fonctionnaire devenu inapte à l'exercice de ses fonctions.

Participation

Enfin, le médecin de prévention participe aux instances de dialogue social en élaborant pour le comité technique des documents relatifs au suivi de la santé des agents (vaccination, étude de poste, enquêtes...). Par ailleurs, dans le cas où le comité technique exerce les compétences du CHSCT, le médecin de prévention doit être associé aux réunions du comité technique traitant des problématiques relevant du CHSCT. Quand à la participation du médecin de prévention au CHSCT, elle est obligatoire. Le médecin apporte à cet organisme consultatif des éléments d'information et de réflexion utiles à l'orientation de ses délibérations ; il peut proposer des actions ciblées. Il présente au CHSCT son rapport annuel d'activité écrit.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Réponse

Les éléments chiffrés présentés correspondent à l'analyse des données fournies par les services de santé au travail et recueillies, au 1^{er} janvier de chaque année, par les médecins inspecteurs régionaux du travail, à partir des données fournies par les services de santé au travail.

Les chiffres ne prennent pas en compte les collectivités sans médecin inspecteur : Corse, Réunion, Guadeloupe, Martinique et Mayotte. Ce sont les chiffres mentionnés dans le bilan annuel des conditions de travail pour 2011.

Evolution de l'effectif de salariés suivis par les services de santé au travail (hors SST agricole)

ANNEE	EFFECTIF ⁽¹⁾
1995	12 464 500
1996	12 789 400
2000	13 389 700
2002	14 501 600
2003	14 859 300
2004	15 062 400
2005	15 091 000
2006	15 301 000
2007	15 540 600
2008	15 820 000
2009	16 311 800

2010	16 133 000
2011	16 075 604

Répartition des services de santé au travail par catégorie

ANNEE	Nombre de services de santé au travail					
	<i>Total</i>	Services autonomes			Services inter-entreprises	Total Services
		Dont				
		ETSE*	I-ETB**	UES***		
1995	1013	844	155	14	422	1435
1994	1095	907	168	20	429	1 524
1998	928	747	143	4	400	1 327
2002	765	625	136	4	363	1 128
2003	748	616	126	6	348	1096
2004	724	608	107	9	344	1068
2005	723	598	112	13	332	1055
2006	659	535	109	15	284	943
2007	654	522	117	15	328	982
2008	583	454	113	16	311	894
2009	649				300	949
2010	612				292	904
2011	592				273	865

*ETSE : services d'entreprises ** I-ETB : services inter-établissements

*** UES : unité économique et sociale

Evolution des effectifs de médecins du travail (équivalent temps plein) depuis 1988

Au 1er janvier de l'année	Temps plein		Temps partiel		Total
	Nombre	%	ETP	%	
1988	2 677	47,5	2 949	52,5	5 626
1992	2 866	45,6	3 414	54,3	6 280
1994	2 871	45,3	3 466	54,7	6 337
1998	2 734	42,1	3 758	57,9	6 492
2002	3 191	45,0	3 876	55,0	7 067
2003	3 295	46,5	3 788	53,5	7 083
2004	3 557	48,3	3 802	51,7	7 359
2005	3 540	48,3	3 741	51,7	7 331
2006	3 234	49,2	3 339	50,8	6 573
2007	3 397	48,6	3 596	51,4	6 993
2008	3 410	48,8	3 583	51,2	6 993
2009	3 222	46,9	3 652	53,1	6 874
2010	2 966	46,1	3 469	53,9	6 435
2011	3 096	50,32	3 057	49,68	6 153

Répartition des personnels assistant le médecin du travail

Les professionnels de santé représentent une très large minorité des personnes assistant le médecin du travail.

Infirmiers	19%
Secrétaires	27%
Autres	54%

Fonction publique de l'Etat

Les obligations réglementaires de suivi médical dans l'administration d'Etat sont observées s'agissant des agents bénéficiant d'un suivi rapproché selon les fréquences prévues par le code du travail : agents atteints de maladies chroniques, femmes enceintes, les personnes handicapées, les agents changeant d'activité, les travailleurs de moins de 18 ans.

Agriculture

La population des salariés agricoles à surveiller s'établit comme suit

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total salariés (*)	1 635 134 <i>-0,5</i>	1 599 420 <i>-2,2</i>	1 577 911 <i>-1,3</i>	1 571 465 <i>-0,4</i>	1 575 114 <i>0,2</i>	1 541 023 <i>-2,2</i>
Salariés ayant travaillé au moins 40 jours par an (*)	851 221 <i>-0,7</i>	841 883 <i>-1,1</i>	851 796 <i>1,2</i>	852 976 <i>0,1</i>	844 763 <i>-1</i>	839 920 <i>-0,6</i>

(*) Source : OES Observatoire du salariat -

Les caractéristiques des entreprises agricoles :

Nombre d'entreprises de moins de 10 salariés	Nombre d'entreprises de 10 à 49 salariés	Nombre d'entreprises de 50 à 300 salariés et +	Total d'entreprises
144 331	30 712	4 226	179 269

(*) Source : Données OES 2009

Les très petites entreprises constituent l'essentiel des entreprises, ce qui signifie pour les services de santé au travail un salariat dispersé et donc plus difficile à atteindre. La tendance à la baisse du nombre total d'entreprises se confirme, soit une baisse de 1,2 % en 2009 (**181 438** en 2008).

Les moyens et le pilotage des services de santé au travail

Le financement de la santé au travail pour les salariés agricoles est assuré par une cotisation « médecine du travail » appelée auprès des employeurs dont le taux national a été fixé à 0.42 % de la masse salariale en 2010. Ce budget permet d'assurer la mise en œuvre des dispositions relatives à la santé au travail par les caisses de MSA.

Ainsi, la santé au travail est assurée par **382 médecins**, ce qui représente 328 équivalents temps plein. Le temps moyen de travail par médecin est de 0,86 ETP. Le personnel administratif est constitué de 416 personnes, représentant 331,3 équivalents temps plein, soit un ratio nombre d'administratifs pour un médecin de 1,01.

Il est à noter qu'en 2010 les médecins exerçant à temps plein représentaient 61,5%, en légère augmentation de 2,3 points. La proportion de femmes exerçant dans les services de santé au travail est de 57,9 % pour les médecins, alors qu'elle est de 84,9 % pour les autres personnels.

Trois services de santé au travail ont fait appel à 6 médecins vacataires.

L'Echelon national de santé au travail, au sein de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), est constitué d'un collège médical qui se composait en 2010 de cinq médecins et représentait 3,6 ETP. Deux médecins du travail ont quitté l'Echelon national de Santé au Travail, l'un en septembre remplacé en octobre, l'autre en novembre (dont le successeur n'a intégré l'Echelon qu'en 2011).

Le service « Etudes et Actions en Santé au Travail » sous la responsabilité d'un cadre administratif, est composé de 5 chargées de mission, d'un chargé d'études et d'une secrétaire. Huit personnes constituent ainsi l'équipe administrative représentant 7,6 ETP.

Cet échelon de santé au travail coordonne et met en œuvre le plan Santé Sécurité au Travail 2011-2015, adopté par la CCMSA en 2010, dans ses dispositions relatives à la santé au travail.

L'action des services de santé au travail est ainsi mise en œuvre autour des axes de développement nationaux (ADN) définis au niveau national et déclinés dans chaque service de santé au travail. Il s'agit de priorités pour lesquelles la MSA souhaite obtenir des résultats significatifs, tant en termes qualitatif que quantitatif. Les axes mutualisés d'intervention (AMI), dans une moindre mesure, sont des axes importants pour l'institution MSA mais les Caisses ont une liberté d'adhésion.

Interprétation de ces dispositions par le CEDS

Paragraphe 1 : Les Etats parties doivent élaborer une politique nationale en matière de santé et de sécurité des travailleurs, et la réexaminer périodiquement. Il incombe aux autorités de consulter les organisations d'employeurs et de travailleurs lors de la formulation des politiques et stratégies nationales dans ce domaine. Il convient de chercher à améliorer la santé et la sécurité des travailleurs, par le biais notamment de la formation et de la recherche.

Paragraphe 2 : La mise en œuvre d'une politique de santé et de sécurité des travailleurs doit aussi envisager l'adoption d'un cadre législatif qui aborde tous les aspects de la santé, de la sécurité et des conditions de travail, ainsi que l'adoption de règlements relatifs à des risques spécifiques concernant des agents et substances dangereux (en particulier l'amiante, les radiations ionisantes et les substances chimiques). Tous les travailleurs - y compris les travailleurs temporaires et les travailleurs indépendants -, tous les lieux de travail et tous les secteurs d'activité doivent être couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité. Ces règlements doivent être édictés en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs.

Paragraphe 3 : Les Etats parties doivent prescrire des mesures de contrôle de l'application des règlements en matière de santé et de sécurité des travailleurs. L'appréciation du respect de cet engagement tient compte de l'évolution du nombre et de la fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que de l'institution et du maintien d'un système d'inspection efficace (ce qui suppose qu'un « nombre minimum de visites de contrôle soient effectuées régulièrement » et qu'un système de sanctions efficace et dissuasif en cas de non-respect des règlements soit mis en place).

Paragraphe 4 : Les Etats parties doivent donner accès à des services de santé au travail pour tous les travailleurs dans toutes les branches d'activité économique et toutes les entreprises. Il peut s'agir de services inter-entreprises. Si des services de santé au travail ne sont pas institués pour toutes les entreprises, il appartient aux pouvoirs publics d'élaborer une stratégie en consultation avec les organisations d'employeurs et les syndicats en vue d'atteindre le résultat escompté.

Instrument internationaux traitant du même sujet

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)

Convention n° 155 de l'OIT sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981

Convention n° 161 de l'OIT sur les services de santé au travail, 1985

Directive 83/477/CEE du Conseil du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail telle que modifiée par la directive 2003/18/CEE du Parlement européen et du Conseil du 27 mars 2003

Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

Article 11 – Droit à la protection de la santé

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment :

1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ;
2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ;
3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents.

Informations à soumettre

Article 11§1- élimination des causes d'une santé déficiente

1) Prière de décrire la politique générale de santé publique et le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique de santé publique et le cadre juridique.

Réponse :

A-Etat de santé de la population

➤ Indicateurs généraux

Le Comité européen des Droits sociaux avait noté en 2009, dans ses conclusions après examen du 8^{ème} Rapport d'application de la Charte révisée, portant sur la période 2005-2008, et en particulier dans ses conclusions sur l'article 11 concernant le droit à la protection de la santé, l'adoption en France de la loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Il avait ainsi demandé que le prochain rapport portant sur la période 2008-2011, décrive les principales modifications apportées par cette loi au système de soins et à la politique de santé en France.

I - Ainsi concernant la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, nommée HPST, la présentation suivante peut en être faite :

Quatre axes essentiels caractérisent cette loi :

- les établissements de santé et leur modernisation,
- des soins de qualité pour tous,
- et une politique de prévention et de santé publique marquante.
- l'organisation territoriale du système de santé.

Car les enjeux de la réforme de l'hôpital étaient majeurs : mieux coordonner les actions des établissements de santé pour répondre aux besoins de la population, répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire, développer une politique de prévention et de santé publique, et définir les missions et moyens des agences régionales de santé (ARS).

Les ARS constituent l'innovation principale de ce texte. Ces nouvelles instances déclinent à l'échelon régional les objectifs de la politique nationale de santé, les principes de l'action sociale et médico-sociale et ceux de la protection sociale, à savoir le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JO du 22 juillet 2009) comporte donc quatre titres :

- **Titre 1 – LA MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE**
- **Titre 2 – L'ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE**
- **Titre 3 – PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE**
- **Titre 4 – L'ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE**

Titre 1 : LA MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La coordination

L'article 1er de la loi en précise l'esprit. Selon le nouvel article L. 6111-1 du code de la santé publique, les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif « participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent ». Le gouvernement devra présenter avant le 15 octobre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Jusqu'en 2018, ce rapport devra être transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence.

Les obligations concernant les praticiens hospitaliers

Selon l'article 7 de la loi, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement d'ouvrir, dans un délai de deux ans suivant leur démission, un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils peuvent entrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires (article L. 6152-5-1 CSP).

La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé

La loi s'inscrit dans un mouvement de réforme initié par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui a notamment

introduit la tarification à l'activité (T2A). Inscrite dans le plan « Hôpital 2007 », l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 avait déjà permis d'engager une démarche globale de changement pour moderniser la gestion hospitalière, notamment à travers la mise en place d'une « nouvelle gouvernance » destinée à renforcer la direction administrative des établissements et les équipes médicales afin de donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité.

Du rapport Larcher au projet de loi

Une commission présidée par Gérard Larcher et composée de 23 personnalités ayant reçu une mission d'animation de la réflexion et de proposition, a remis un rapport au gouvernement en avril 2008. L'un des volets de ce rapport était consacré à la gouvernance des établissements publics de santé. La commission Larcher, après avoir dressé le constat des évolutions législatives de ces dernières années en matière de gouvernance des établissements publics de santé, concluait à la nécessité d'une clarification des rôles des différents acteurs et **proposait une évolution fondée sur trois piliers complémentaires** :

- 1- un directeur conforté et responsabilisé ;**
- 2- un organe délibérant recentré sur la définition d'orientations stratégiques ;**
- 3- un conseil exécutif resserré impliquant fortement les médecins.**

Un autre objectif de la réforme était de **rénover le fonctionnement des établissements de santé**. Dans ce but, le projet de loi ambitionnait de redéfinir les missions de service public des établissements de santé, de les confier aux établissements de santé privés en cas d'insuffisance de l'offre de soins publics et de moderniser le statut des établissements publics de santé. A ce titre, le chapitre II du titre I de la loi « HPST » (articles 8 à 21) redéfinit les instances de direction et d'administration des établissements publics de santé et modifie, en conséquence, les articles L. 6143-1 et suivants du code de la santé publique (CSP). La loi substitue à l'organisation antérieure (reposant sur un conseil d'administration, un conseil exécutif et un directeur), une nouvelle organisation centrée sur le directeur d'établissement, assisté d'un directoire et d'un conseil de surveillance.

Un directeur conforté et renforcé

L'article 10 de la loi, qui réécrit l'article L. 6143-7 du CSP relatif aux pouvoirs du directeur, s'inscrit dans une tendance de renforcement progressif des compétences du directeur de l'hôpital.

Désormais le directeur conduit la politique générale de l'établissement et préside le directoire. La loi marque ainsi une évolution notable en transférant au directeur l'essentiel des pouvoirs qui restaient détenus par le conseil d'administration. L'article L. 6143-7 CSP désigne le directeur comme « l'héritier » du conseil d'administration en lui confiant le soin de « conduire la politique générale de l'établissement ». Ainsi le directeur est désormais seul compétent pour régler les affaires de l'établissement, sous réserve des attributions dévolues au conseil de surveillance et des attributions pour lesquelles le directeur doit procéder à une concertation préalable avec le directoire.

Comme par le passé, le directeur représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est également l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD). Il nomme les personnels non médicaux et a autorité sur l'ensemble des personnels de l'établissement.

Mais alors que le directeur était chargé de préparer et d'exécuter les délibérations du conseil d'administration, il est désormais investi d'une compétence générale pour connaître des affaires de l'établissement autres que celles réservées au conseil de surveillance.

En particulier, la loi HPST renforce les pouvoirs du directeur concernant l'organisation interne de l'établissement. Tout établissement public de santé, y compris les hôpitaux locaux, doit s'organiser en pôles. L'article L. 6146-1 du CSP prévoit ainsi que le directeur (en lieu et place de l'ancien conseil d'administration) définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les CHU, du directeur de l'UFR médicale.

C'est également le directeur qui a désormais compétence pour nommer les chefs de pôles sur présentation, s'agissant des chefs de pôle clinique ou médico-technique, d'une liste élaborée par le président de la CME (commission médicale d'établissement). Les autres chefs de pôles (administratifs, logistiques, etc.) sont nommés directement par le directeur. L'article L. 6146-1 du CSP prévoit également la parution d'un décret qui définira les conditions dans lesquelles, le directeur pourra demander au président de la CME l'établissement d'une nouvelle liste, et en cas de désaccord persistant, nommer les chefs de pôle de son choix.

Le dispositif de contractualisation interne entre l'établissement et le chef de pôle est également maintenu, mais, là encore, il n'est plus prévu d'intervention du président de la CME en qualité de cocontractant. Celui-ci sera seulement consulté pour avis afin de vérifier la cohérence du projet de contrat de pôle avec le projet médical. Dans les CHU, le projet de contrat de pôle est également soumis pour avis au directeur de l'UFR médical.

De façon strictement similaire aux fonctions qu'il exerçait vis-à-vis du conseil d'administration, le directeur prépare les travaux du conseil de surveillance, y assiste et exécute ses délibérations.

L'article L. 6143-7, alinéa 2, du CSP consacre, de manière expresse, le pouvoir de nomination du directeur dans l'établissement public en précisant que « le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement » qui était déjà consacré, dans le cadre du statut de la fonction publique, par les lois des 13 juillet 1983 et 9 janvier 1986.

Désormais, le CSP précise que le directeur propose au directeur général du centre national de gestion, la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins de l'établissement, après avis de la commission administrative paritaire compétente.

De la même façon, son rôle est renforcé en matière de gestion du personnel. L'article L. 6143-7, alinéa 3, du CSP dispose ainsi que c'est le directeur qui propose au

directeur général du centre national de gestion, sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, la nomination, dans les conditions fixées par voie réglementaire, du personnel médical, pharmaceutique et en odontologie qui exerce tout ou partie de ses activités dans l'établissement public de santé.

Les conditions de nomination du directeur sont également modifiées

L'article L. 6143-7-2 du CSP prévoit désormais que le directeur est nommé :

- par décret sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche dans le cas des CHU,
- par décret sur le rapport du ministre de la santé pour les centres hospitaliers régionaux,

Et pour les autres établissements par arrêté du directeur général du centre national de gestion sur une liste, comportant au moins trois noms, établie par le directeur de l'agence régionale de santé, et après avis du président du conseil de surveillance. L'article 11 de la loi HPST modifie également l'article 3 de la loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière en autorisant, par dérogation à l'article 3 du titre Ier du statut général des fonctionnaires, que des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire soient nommées dans les emplois de directeurs d'établissements publics de santé.

Le directeur peut, dans l'intérêt du service, être révoqué par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du conseil de surveillance.

Du conseil exécutif au directoire

L'article L. 6143-6-1 ancien du code de la santé publique qui prévoyait l'existence, dans tous les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, d'un conseil exécutif, présidé par le directeur et composé à parité de représentants de la direction administrative de l'établissement et des personnels médicaux est supprimé. L'article 10 de la loi (articles L. 6143-7-4 et L. 6143-7-5 du CSP) lui substitue un «directoire» dont la composition et les attributions sont réduites. Alors que le conseil exécutif était composé, au maximum de 12 membres (16 membres dans les CHU) en application de l'article D. 6143-33 du CSP, le directoire voit sa composition uniformément fixée, par la loi, à 7 membres (9 membres dans les CHU). Par ailleurs, le nouvel article L. 6143-7-5 du CSP ne prévoit plus l'exigence d'une composition paritaire du directoire.

La loi continue d'imposer la présence d'un noyau dur de représentants des personnels médicaux, membres de droit, mais elle renforce le pouvoir du directeur pour nommer et, le cas échéant révoquer, après information du conseil de surveillance, les autres membres du directoire, tout en exigeant que le directoire soit composé, en majorité, des représentants du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

La composition du directoire – article L. 6143-7-5 du CSP

En Etablissements publics de santé

- Directeur de l'établissement (président du directoire)
- Président de la CME (vice-président du directoire)
- Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Membres nommés par le directeur (lorsque ces personnes appartiennent au personnel médical, celui-ci doit choisir dans une liste établie par le président de la CME)

En Centres hospitaliers universitaires

- Directeur de l'établissement (président du directoire)
- Président de la CME (1er vice-président du directoire)
- Directeur de l'UFR (unité de formation et de recherche) ou président du comité de coordination de l'enseignement médical (vice-président doyen)
- Vice-président chargé de la recherche (nommé par le directeur sur proposition conjointe)
- Membres nommés par le directeur (lorsque ces personnes appartiennent au personnel médical, celui-ci doit choisir dans une liste établie conjointement par le président de la CME et le directeur de l'UFR).

Un décret précise les conditions dans lesquelles le directeur peut demander aux personnes compétentes une nouvelle liste des personnels médicaux susceptibles d'être nommés membres du directoire et, en cas de désaccord persistant, la nomination des personnes de son choix.

Le directoire voit également ses attributions réduites

Alors que l'ancien conseil exécutif était chargé de préparer les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement, de la préparation du projet médical et des plans de formation, de contribuer à l'élaboration et la mise en œuvre du plan de sauvegarde et de redressement, de formuler un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité, et des professionnels de santé appelés à travailler conjointement avec la commission des soins infirmiers, le directoire voit sa mission significativement réduite à l'approbation du projet médical, la préparation du projet d'établissement et à une fonction de conseil au directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Le directoire est également appelé à donner son avis préalablement à l'exercice, par le directeur, de certaines de ses compétences prévues aux 1° à 15° de l'article L. 6143-7 du CSP. Le législateur a ainsi prévu que, dans ces matières, le directeur déciderait après concertation avec le directoire.

Du conseil d'administration au conseil de surveillance

Conformément au modèle traditionnel de gouvernance des établissements publics, les établissements publics de santé étaient dotés, depuis la loi du 31 décembre

1970, d'un organe délibérant, « le conseil d'administration », dont le directeur était à la fois l'autorité responsable et l'exécutif.

L'article 9 de la loi (articles L. 6143-1 et L. 6143-5 du CSP) substitue au conseil d'administration un conseil de surveillance, dont les attributions sont recentrées sur les orientations stratégiques de l'établissement et le contrôle permanent de l'établissement. Poursuivant le mouvement initié par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 qui avait déjà entendu recentrer les missions du conseil d'administration des établissements publics de santé sur la définition de la stratégie de l'établissement et l'évaluation et le contrôle de sa politique, le nouvel article L. 6143-1 du CSP réduit le rôle de ce conseil de surveillance.

L'énoncé des **attributions du conseil de surveillance** est plus bref que celui de l'ancien conseil d'administration. Le conseil de surveillance est désormais chargé de se prononcer sur la stratégie de l'établissement public de santé, de contrôler sa gestion et d'intervenir, à titre consultatif, sur diverses questions :

- **Au titre de la stratégie de l'établissement, le conseil de surveillance délibère sur**
 - le projet d'établissement défini à l'article L. 6143-2 du CSP
 - la convention constitutive des CHU
 - les conventions à intervenir avec les syndicats hospitaliers
 - la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire
 - les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
- **Au titre du contrôle de la gestion de l'établissement, il délibère sur**
 - le compte financier et l'affectation des résultats
 - le rapport annuel sur l'activité de l'établissement
 - les conventions à intervenir, de manière directe ou indirecte, entre l'établissement et les membres du directoire ou du conseil de surveillance (art. L. 6143-3-2)
 - la nomination du commissaire aux comptes lorsque les comptes de l'établissement sont soumis à certification

Le conseil de surveillance opère, à tout moment, les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Il entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Enfin, le conseil de surveillance est obligatoirement consulté sur

- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion des risques, les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat
- le règlement intérieur de l'établissement

La loi modifie également **la composition du conseil de surveillance**. Comme antérieurement le conseil d'administration, sa composition est tripartite et

associe des élus locaux, des représentants des personnels et des personnalités qualifiées. Chacune des catégories de représentants ne peut comporter plus de 5 membres. Dans les faits, le conseil de surveillance ne peut donc comporter plus de 15 membres à voix délibératives.

Alors que le conseil d'administration des établissements publics de santé comportait un effectif de 18 (hôpitaux locaux), 22 (centres hospitaliers et centres hospitaliers régionaux) et 31 (CHU) membres et ne prévoyait une représentation paritaire qu'en ce qui concerne les élus locaux et les représentants des personnels, le nouvel article L. 6143- CSP resserre, quelle que soit la nature de l'établissement public de santé, la composition du conseil de surveillance.

Le conseil de surveillance reste, comme le conseil d'administration, composé de trois collèges. Désormais, le nombre de représentants issus de chaque collège doit être identique.

- Le collège **des élus locaux**, composé de cinq membres au plus, compte au moins parmi ses membres le maire de la commune du siège de l'établissement et le président du conseil général ou leurs représentants.
- Le collège **des représentants du personnel**, également composé de cinq membres au plus, comporte au moins un représentant de la commission des soins infirmiers et, à parité, des représentants des personnels médicaux désignés par la CME et des personnels non médicaux désignés par les organisations syndicales les plus représentatives. La représentativité des organisations syndicales est appréciée compte tenu des résultats obtenus lors des dernières élections au comité technique d'établissement.
- Le collège **des personnalités qualifiées** (cinq membres au plus) comporte également deux personnalités désignées par le directeur de l'ARS ainsi que deux représentants des usagers et une personnalité qualifiée désignés par le préfet.

En vertu de l'ancien article L. 6143-5 du CSP, la présidence du conseil d'administration des établissements de santé communaux et départementaux était réservée aux maires et aux présidents de conseils généraux ; la présidence du conseil de surveillance pourra désormais être dévolue à un membre de la catégorie des représentants des collectivités locales ou également à un membre de la catégorie des représentants des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé compte également différents **membres ayant voix consultative** :

- le directeur général de l'agence régionale de santé,
- le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique (lorsqu'elle existe),
- le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la Sécurité sociale,
- dans le cas des CHU, le directeur de l'UFR ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical siège au conseil de surveillance avec voix consultative.

- dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

L'article L. 6143-6 du CSP relatif aux incompatibilités affectant les membres du conseil de surveillance est entièrement réécrit, mais l'essentiel du régime juridique des incompatibilités demeure néanmoins inchangé.

Convention de communauté hospitalière de territoire

L'article 22 de la loi traite de la coopération entre établissements de santé. Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire. Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire (article L. 6132-1 CSP). Les modalités de création de la convention de communauté hospitalière de territoire sont précisées aux articles L. 6132-2 et s. CSP, celles de sa résiliation à l'article L. 6132-7 CSP.

Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération. Les agences régionales de santé s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire et aux groupements de coopération sanitaire bénéficient d'un financement majoré de 15%.

Groupements de coopération sanitaire

L'article 23 traite des groupements de coopération sanitaire. Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres (article L. 6133-1 CSP). Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ; réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun et permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement. Il poursuit un but non lucratif. Les modalités de constitution d'un groupement de coopération sanitaire sont précisées aux articles L. 6133-2 et s. CSP.

La rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements publics ou privés non lucratifs. Le tarif de l'acte

ainsi versé au médecin est réduit d'une redevance représentative des moyens mis à sa disposition par le groupement de coopération sanitaire.

Lorsque le groupement de coopération sanitaire est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements privés n'ayant pas conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié. Dans un délai de trois ans, les syndicats interhospitaliers seront transformés, sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, soit en communauté hospitalière de territoire, soit en groupement de coopération sanitaire, soit en groupement d'intérêt public.

Coordination de l'évolution du système de santé

L'article 23 détaille également la coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de l'adapter aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables, de garantir la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et de maîtriser son coût et améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche (article L. 6131-1 CSP). A cette fin, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, une convention de communauté hospitalière de territoire, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ou de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés (article L. 6131-2 CSP). Les articles 6131-2 et s. détaillent la procédure ainsi que les pouvoirs du directeur de l'ARS lorsque sa demande n'est pas suivie d'effet.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ou des crédits de sa dotation annuelle de financement (article L. 6131-5 CSP).

Conférence nationale de santé

La Conférence nationale de santé comprend au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins à domicile (article 27 de la loi ; article L. 1411-3 CSP).

Gouvernance des établissements publics de santé

Il est créé un comité de suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, placé auprès du ministre chargé de la santé (article 35 de la loi).

Titre 2 : L'ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE

Accès aux soins de premier recours

L'article 36 de la loi définit l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades (article L. 1411-11 CSP). Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. L'article L. 4130-1 CSP définit les missions du médecin généraliste de premier recours.

Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours, de second recours (article L. 1411-12 CSP), et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma régional de prévention (article 40 de la loi). « Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale » (article L. 6323-4 CSP).

Nombre d'internes

L'article 43 de la loi précise qu'un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité (en particulier celle de médecine générale), et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée. Un deuxième arrêté détermine les modalités en fonction desquelles tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine est informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir. Enfin, un troisième arrêté précise le nombre de postes d'interne offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Des décrets en Conseil d'Etat déterminent notamment les subdivisions territoriales, les modalités des épreuves d'accès au troisième cycle et de choix d'une spécialité par les internes.

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les conditions dans lesquelles l'expérience acquise au cours de l'exercice professionnel peut être validée, en tout ou partie, en vue de l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé, dans une limite compatible avec les besoins de soins de la population et après une durée minimale d'exercice de la spécialité correspondant à la formation initiale. Les internes pourront effectuer leur stage auprès de praticiens des centres de santé ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation agréés.

Le contrat santé solidarité

Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé (article 43 de la loi). A

l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours.

S'il apparaît que les besoins ne sont pas satisfaits, le directeur général de l'ARS peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones particulièrement bien dotées d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits. Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la Sécurité sociale (article L. 1434-8 CSP).

Le contrat d'engagement de service public

L'article 46 de la loi détaille le contenu et les objectifs du contrat d'engagement de service public applicable à l'issue de l'année universitaire 2009-2010. Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale déterminera le nombre d'étudiants qui peuvent signer un contrat d'engagement de service public avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (article L. 632-6 code de l'éducation).

Recrutement des enseignants et des chefs de clinique

L'article 47 de la loi prévoit qu'à compter de la rentrée universitaire 2009-2010, et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés ne peut être inférieur à vingt pour les professeurs des universités de médecine générale, trente pour les maîtres de conférences des universités de médecine générale et cinquante pour les chefs de clinique des universités de médecine générale.

Continuité des soins

La continuité des soins aux malades est assurée, quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret (article 49 de la loi ; article L. 6315-1 CSP).

Coopération entre professionnels de santé

L'article 51 de la loi traite de la coopération entre professionnels de santé. Ceux-ci peuvent s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs

modes d'intervention auprès du patient. Le patient en est informé (article L. 4011-1 CSP). Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Le directeur général de l'agence les autorise après avis conforme de la Haute Autorité de santé (article L. 4011-2 CSP).

Dépassements d'honoraires

A défaut de conclusion avant le 15 octobre 2009 d'un avenant conventionnel (articles L 162-5 et L 162-14-1 du code de la sécurité sociale), autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires, à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale modifieront par arrêté pendant un délai de quatre mois, les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005.

Les refus de soins et les discriminations

L'article 54 de la loi traite des refus de soins : le nouvel article L. 1110-3 CSP précise que toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Le déroulement de la procédure est détaillé dans l'article. L'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale précise par ailleurs les comportements des professionnels de santé qui peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

Consultation de prévention

Les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais (article 55 de la loi, article L. 162-1-18 CSS).

Déontologie médicale

Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel. L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées (article 56 de la loi, article L. 162-1-19 CSS).

Développement professionnel continu

Les articles L. 4133-1 à L. 4133-4 du code de la santé publique traitent du « développement professionnel continu » qui constitue une obligation pour les médecins. La gestion des sommes affectées au développement professionnel continu est assurée, pour l'ensemble des professions de santé, par un organisme

gestionnaire doté de la personnalité morale et administré par un conseil de gestion (article L. 4021-1 CSP).

Les auxiliaires médicaux concourent à la formation initiale des étudiants et élèves auxiliaires médicaux. A ce titre, ils peuvent accueillir, pour des stages à finalité pédagogique nécessitant leur présence constante, des étudiants et élèves auxiliaires médicaux en formation. La réalisation de ces stages ne peut avoir pour objet ou pour effet d'accroître l'activité rémunérée de ces praticiens. Les stagiaires peuvent bénéficier de l'indemnisation de contraintes liées à l'accomplissement de leurs stages, à l'exclusion de toute autre rémunération ou gratification (article L. 4381-1 CSP).

Formation initiale des sages-femmes

Selon l'article 60 de la loi, la formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7 CSP, sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation (article L. 4151-7-1 CSP).

Formation

Parmi de nombreuses dispositions relatives aux ordres, l'article L. 4124-6-1 CSP précise que lorsque les faits reprochés à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre disciplinaire de première instance peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application de l'article L. 4124-6 CSP, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation (article 62 de la loi).

Industrie pharmaceutique

A compter de 2010, les entreprises fabriquant et commercialisant des produits de santé devront déclarer chaque année, avant le 30 juin, auprès de la Haute Autorité de santé, la liste des associations de patients qu'elles soutiennent et le montant des aides de toute nature qu'elles leur ont procurées l'année précédente. Des informations qui seront publiées par la Haute Autorité de santé (article 74 de la loi).

Titre 3 : PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE

(voir § 2 et 3)

Titre 4 : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

Création des agences régionales de santé

L'article 118 précise que dans chaque région et en Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé (article L. 1411-1 du présent code), des principes de l'action sociale et médico-sociale (articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles) et des principes fondamentaux

affirmés à l'article L. 111-2-1 CSS, à savoir le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie. Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région, de mettre en œuvre au niveau régional **la politique de santé publique** définie en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de **la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire** et de **la protection maternelle et infantile**; de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé (article L. 1431-2 CSP). Un décret peut créer des **agences interrégionales de santé** et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé (article L. 1431-3 CSP).

Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

- une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, organisme consultatif composé de plusieurs collègues qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé;
- deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ainsi que dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans les départements. L'article L. 1432-2 CSP précise les missions et obligations du directeur général, l'article L. 1432-3 CSP précise la composition et les missions du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé et l'article 1432-4 CSP le rôle de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Les **ressources** de l'agence sont constituées par une subvention de l'Etat, des contributions des régimes d'assurance maladie, des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux, des ressources propres, dons et legs et sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics (article L. 1432-6 CSP). Le personnel de l'agence comprend des fonctionnaires, des médecins, odontologistes et pharmaciens, des agents contractuels de droit public et des agents de droit privé régis par les conventions

collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale (article L. 1432-9 CSP).

Coordination des agences régionales de santé

Un conseil national de pilotage des ARS réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Ce Conseil donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs. Il valide également toutes les instructions qui leur sont données, conduit l'animation du réseau des agences et évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé (article L. 1433-1 CSP). Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, pour une durée de quatre ans, révisable chaque année (article L. 1433-2 CSP).

Le projet régional de santé

Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (article L. 1434-1 CSP). Il est constitué d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ; de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas. Parmi ces derniers, un programme doit être consacré à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un autre programme doit être relatif au développement de la télémédecine.

Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du préfet de région.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion

du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales. Révisé chaque année, ce programme est intégré au projet régional de santé.

Territoires de santé et conférences de territoire

L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du préfet de région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région. Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du préfet de chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires (article L. 1434-16 CSP).

Dans chacun des territoires de santé, le directeur général de l'ARS constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers. La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social (article L. 1434-17 CSP).

Modalités et moyens d'intervention des ARS

Les modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé sont définis dans **quatre sections**.

1. La première section – **Veille, sécurité et polices sanitaires** – précise les modalités de coopération entre le directeur général de l'ARS, le représentant de l'Etat territorialement compétent et les élus territoriaux concernés s'agissant de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public. L'agence est par ailleurs associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action dans les zones urbaines sensibles pour l'aménagement et le développement du territoire (article L. 1435-1 CSP).

2. La deuxième section – **Contractualisation avec les offreurs de services de santé** – détaille les modalités de conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (article L. 6114-1 CSP). L'ARS peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec des établissements et services sociaux et médico-sociaux (article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles) ainsi que, dans des conditions définies par décret,

des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé. Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (article L. 1435-4 CSP). Ceux-ci fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins.

3. La troisième précise l'accès de l'ARS aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux, des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. L'anonymat des personnes est garanti.

4. La quatrième section - Inspections et contrôles – prévoit que le directeur général de l'ARS peut désigner des inspecteurs et des contrôleurs pour contrôler l'application des règles générales d'hygiène et des lois et règlements relatifs à des sujets détaillés dans la loi (droits des personnes malades et des usagers du système de santé, protection des personnes en matière de recherche biomédicale et de médecine génétique, etc.). L'article 122 de la loi prévoit qu'avant le 15 septembre 2010, le gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'un sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie identifie une enveloppe destinée à contribuer à la réduction des inégalités interrégionales de santé. Une telle enveloppe pourrait être répartie par région et déléguée aux agences régionales de santé, qui disposeraient ainsi de moyens accrus pour résorber les inégalités de santé.

Représentation des professions de santé libérales

Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux. Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association (article L. 4031-1 CSP). Ces unions contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Elles peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence (article L. 4031-3 CSP).

Etablissements et services médico-sociaux

L'article 124 supprime les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms). Par ailleurs, **les modalités d'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale** sont revues.

Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la CNSA lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau. L'Assemblée des départements de France est tenue informée de ce schéma national. Le directeur général de l'agence régionale de santé établit le schéma régional d'organisation médico-sociale (article L. 1434-12 CSP).

Le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services de la protection de l'enfance, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux (1° et 4° du I de l'article L. 312-1 du CASF). Il prend en compte les orientations fixées par le préfet. Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le préfet et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de santé de l'ARS chargée des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux (2° de l'article L. 1432-1 CSP). Les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas.

Pour les établissements et services qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées (2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du CASF), le directeur général de l'agence régionale de santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale. Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional.

Lorsque les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, les autorités (article L313-3 CASF) délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Les opérations de regroupement d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure d'appel à projet, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

La création de la commission d'appel à projet, la suppression du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et la nouvelle procédure d'autorisation s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter du 1er juillet 2010. Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'au 1er juillet 2010 et ce pour une durée maximale de six mois à compter de cette date.

Désormais, les établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes et les établissements et services relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du préfet de région (2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 du CASF) qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un certain seuil fixé par arrêté, font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec leur personne morale gestionnaire, qui comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre. Ils peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation (préfet, agence régionale de santé, conseil général). Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le préfet peut, à tout moment, diligenter les contrôles. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé pour l'exercice de ses compétences.

Le calendrier des évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, est revu. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée non plus tous les cinq ans, mais selon un rythme et des modalités fixés par décret. Par dérogation, les établissements et services autorisés et ouverts avant le 22 juillet 2009 communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret. Par ailleurs, les établissements et services sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. Par dérogation, les établissements et services autorisés et ouverts avant le 22 juillet 2009 procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation. En cas de certification par des organismes certificateur, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe. Cette disposition entre en vigueur à compter du 1er janvier 2011. La section IV de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est désormais consacrée également au financement de la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux.

Au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le

traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que le mode de prise en charge ne présente ni difficulté d'administration ni apprentissage particulier. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. La loi introduit et définit la notion d'établissement et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif (art. L311-1 du CASF).

Avant le 30 juin 2010, le gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la mise en œuvre d'un service minimum dans le secteur médico-social. Ce rapport est précédé d'une concertation approfondie avec les partenaires sociaux et les acteurs du secteur.

D'ici au 22 janvier 2010, un décret adapte les dispositions du CASF aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes âgées. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012.

Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, à l'exception des foyers de jeunes travailleurs, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché. Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois.

L'abrogation des articles du CSP (code de santé publique) relatifs au comité régional de l'organisation sanitaire est intervenue six mois après l'entrée en vigueur du décret mettant en place la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire prévue avant le 1er décembre 2010.

II- En 2011 la loi n° 2011-940 du 11 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi Fourcade »), a été publiée au Journal officiel le 11 août 2011.

Le Parlement a définitivement adopté la proposition de « loi Fourcade » qui supprime - entre autres dispositions - les contraintes pesant sur les médecins pour qu'ils exercent dans les "déserts médicaux", lors d'un ultime vote le 13 juillet 2011 à l'Assemblée nationale.

« Le texte permet de renforcer l'attractivité de la médecine libérale de premier recours », a affirmé la secrétaire d'Etat à la Santé Nora Berra lors du dernier examen de la proposition de loi (PPL) du sénateur UMP Jean-Pierre Fourcade dans sa version issue de la commission mixte paritaire (CMP, 7 députés et 7 sénateurs).

Les autres volets de cette loi, qui complète la loi Bachelot de 2009, sont : la création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa), les Maisons de santé, la mutualisation des sinistres médicaux les plus élevés, la réforme de la biologie...

➤ **Espérance de vie et principales causes de mortalité**

L'espérance de vie à la naissance a continué à augmenter pour les 2 sexes, atteignant en 2008 : 77,6 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes. L'écart entre les 2 sexes était de 6,7 ans en 2008. En 2011 (données provisoires), elle était de 78,2 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes.

L'espérance de vie à 65 ans a progressé. En 2010, elle est de 22,8 ans pour les femmes, soit 1,6 an de plus qu'en 2000, et de 18,6 ans pour les hommes, soit 1,9 an de plus qu'en 2000 (tableau 1). Si l'on observe les autres pays européens, il apparaît que l'espérance de vie à 65 ans en France est la plus élevée d'Europe, pour les hommes comme pour les femmes. Chez les hommes, le décalage observé entre le positionnement très favorable de l'espérance de vie après 65 ans et plutôt moyen de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés. Si l'on observe les autres pays européens, il apparaît que l'espérance de vie à 65 ans en France est la plus élevée d'Europe, pour les hommes comme pour les femmes. (voir tableau § stats)

Les tumeurs malignes restent la première cause de mortalité devant les maladies de l'appareil circulatoire et les morts violentes.

Si l'on considère l'ensemble de la population en 2008, les causes de décès les plus fréquentes restaient les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire (près de 30 % des décès pour chacune de ces deux causes), les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès, un décès sur quatorze) et les maladies de l'appareil respiratoire autres que les tumeurs (un décès sur dix-sept). Ces quatre groupes de maladies représentent toujours près des trois quarts des décès.

➤ **Mortalité infantile et maternelle : note d'orientation pour les ARS suite au plan périnatalité 2005-2007**

Afin de poursuivre les actions engagées dans le cadre du plan périnatalité pour la période 2005-2007, une **note d'orientation** a été adressée aux Agences régionales de santé en **janvier 2011** définissant leurs priorités à mettre en œuvre dans le domaine périnatal et dans le domaine de la santé du jeune enfant en articulation au

niveau régional avec les actions relatives à la santé mentale et celles concernant le handicap et le vieillissement. Chacune de ces priorités est déclinée sous la forme d'un ou de plusieurs objectifs pour lesquels des actions sont proposées et suivies par des indicateurs.

Pour mener à bien ces missions au niveau régional, un référent du domaine périnatalité et petite enfance est désigné dans les Agences régionales de santé.

Dans le domaine périnatal :

→ Améliorer la santé maternelle en réduisant :

- la part de décès évitables parmi les décès des causes obstétricales ;
- la fréquence globale des accouchements par césarienne pour les femmes à bas risque de complication obstétricale ;

→ Réduire la mortalité et la morbidité péri et néonatales, et dans les DOM, réduire en outre la mortalité infantile

- ❖ Identifier et orienter précocement les femmes enceintes présentant une situation à risque de complication de la grossesse
- ❖ Organiser au niveau régional le suivi des enfants présentant un risque de handicap à la naissance

→ Personnaliser et individualiser l'accompagnement et le suivi de la grossesse, et de la naissance et de la période post-natale.

Dans le domaine de la santé du jeune enfant :

→ Réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels de l'enfant :

- En développant le dépistage de la surdité permanente néonatale
- En améliorant le dépistage de la prise en charge précoces des troubles sensoriels dans les zones socialement défavorisées ou médicalement sous dotées

→ Organiser le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des troubles du langage et des apprentissages

→ Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les jeunes enfants, en lien avec les actions définies dans le cadre du PNNS3 et du plan obésité

→ Améliorer les taux de couverture vaccinale des enfants et des mères, conformément aux recommandations du calendrier vaccinal.

➤ **Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice**

Pour un nombre important de pathologies, la prévalence parmi la population des personnes placées sous main de justice est significativement plus élevée qu'en population générale VIH/SIDA, Hépatite C). La santé mentale des personnes

détenues est particulièrement fragile. Enfin, des besoins de santé liés au vieillissement de la population carcérale sont à considérer.

Ainsi, ce plan d'actions stratégiques de politique de santé tient compte de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et s'accorde autour de trois grands principes :

- Garantir une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population
- Mettre en œuvre les plans et programmes de santé publique en milieu carcéral
- Contribuer à la démarche de réinsertion de la personne en maintenant ou améliorant l'état de santé des individus pendant la période de leur incarcération.

Ce plan d'actions comporte 18 mesures réparties en 6 axes :

- Connaissance de l'état de santé
- Prévention et promotion de la santé
- Accès aux soins
- Dispositif de protection sociale
- Formation
- Hygiène, sécurité et salubrité des établissements publics.

Les cinq mesures phares de ce plan sont :

- Le renforcement d'une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants
- Le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé
- L'accessibilité des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé
- L'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires
- La définition des modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagement de peine.

➤ **Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux » 2010-2014**

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un enjeu majeur de santé publique tant par le nombre de personnes qui en sont atteintes et les conséquences médicales, sociales et économiques qui en résultent, que par la mise en jeu obligatoire de l'ensemble de la filière de soins.

Il représente en France la troisième cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme, la première cause de handicap acquis de l'adulte. Le risque de mortalité par AVC est majoré pour des populations ou des personnes défavorisées matériellement ou socialement.

Il est accessible à la prévention : maîtriser les facteurs de risque permet de diminuer la mortalité et la morbidité évitables, et en particulier chez les personnes de moins de 65 ans qui constituent 25 % des patients.

L'objectif principal figurant dans le rapport annexé à la loi relative santé publique est de « réduire la fréquence et la gravité des séquelles, avec pour sa mise en œuvre, les objectifs connexes suivants :

- une politique de la prise en charge des AVC

- développer la prévention et l'information pour prévenir les AVC et en limiter les séquelles
- améliorer l'organisation de la prise en charge des AVC, de l'urgence au retour à domicile ou au secteur médicosocial
- améliorer (adapter et valoriser) l'offre de rééducation, de réadaptation et de réinsertion ;
- mettre en oeuvre une politique de recherche dans le domaine de l'AVC
- développer la réflexion éthique ;
- faciliter l'accompagnement des malades et l'action des associations de patients ;
- contribuer à faire changer le regard social sur le handicap.

Les principales mesures prévues par ce plan s'articule autour de 4 axes :

- Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC
 - Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral
 - Informer la population sur l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap
 - Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP)
 - Poursuite de la participation des ministères et des agences régionales de santé à des actions de sensibilisation du public, en lien avec les **associations de patients** »

- Mettre en oeuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'informations adaptés
 - Placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé ; la mettre en oeuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale »
 - Définir le contenu d'une consultation « bilan » post AVC, l'expérimenter et la mettre en oeuvre »
 - Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant
 - Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux
 - Faire évoluer les outils techniques et réglementaires
 - Conduire des projets pilotes et des expérimentations organisationnelles, permettre leur analyse et leur mutualisation

- Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels
 - Développer les formations relatives à l'AVC pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé
 - Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnels, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC »
 - Améliorer les pratiques des professionnels de santé »
 - Développer la réflexion éthique pluri professionnelle des acteurs de l'AVC »

- Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques
 - Soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC
 - Soutenir et valoriser le développement de la recherche sur l'accident vasculaire cérébral
 - Contribuer à réguler la démographie des professions de santé

Les trois dimensions du « plan d'actions national AVC 2010-2014 » (la politique de santé concernant les AVC, les objectifs du plan, les actions mises en oeuvre) sont suivies annuellement par des indicateurs ad hoc.

Une équipe projet anime le réseau des correspondants AVC. Un Comité de suivi, comprenant l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs concernés déjà impliqués dans le Comité de pilotage du rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC en France, accompagne les services du ministère dans la déclinaison et le suivi du plan AVC.

Le Haut conseil de la santé publique procédera à une évaluation externe du plan AVC en 2012 et à son échéance.

➤ **Plan cancer**

En France, en vingt-cinq ans, le nombre de nouveaux cas de cancers a presque doublé. En 2005, l'incidence annuelle du cancer était estimée à 320 000 alors qu'elle était de 170 000 cas en 1980. Les tumeurs sont désormais la première cause de décès dans notre pays. Le doublement de l'incidence des cancers est dû aux évolutions démographiques ainsi qu'aux progrès du dépistage. Cependant, d'autres déterminants liés aux modes de vie, aux pratiques diagnostiques et à l'environnement, sont à l'oeuvre. Le nombre de cas de cancers continuera d'augmenter au cours des prochaines années.

Le Plan cancer 2009-2013 s'inscrit dans la continuité du Plan cancer 2003-2007 qui a permis des avancées significatives en matière de prévention et de qualité des soins.

À partir des acquis, ces nouvelles propositions permettent d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition, en mettant l'accent :

- sur de nouveaux efforts de recherche et d'innovation intégrant leur « transfert » au système de santé
- sur une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en oeuvre de mesures, visant leur correction
- sur le renforcement de la coordination des soins et de son extension au-delà de l'hôpital par une meilleure implication des médecins traitants
- sur de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans la « vie pendant et après le cancer ».

Ce plan comporte 5 axes avec pour chacun un objectif et les mesures phares suivantes :

- Recherche

→ Objectif : Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades

- Renforcer les moyens de la recherche disciplinaire
- Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

- Observation

→ Objectif : Mieux connaître la réalité des cancers en France

- Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et la cancérologie
- Prévention – Dépistages
 - Objectif : Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité
 - Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages
- Soins
 - Objectif : Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace
 - Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant
- Vivre pendant et après un cancer
 - Objectif : Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion
 - Développer un prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer

Le pilotage de la mise en oeuvre du Plan cancer 2009-2013 est assuré par le comité de pilotage interministériel qui assure un suivi des mesures (suivi des indicateurs de résultats, suivi de l'avancement des actions et suivi de l'exécution budgétaire) à travers un rapport de synthèse comprenant 30 fiches mesures.

➤ **Plan national maladies rares 2**

Une maladie est dite rare lorsque moins d'une personne sur 2 000 en est atteinte, soit pour la France, moins de 30000 personnes. On estime que les maladies rares touchent entre 4 et 6 % de la population, soit près de 3 millions de personnes concernées en France et plus de 27 millions de malades en Europe. Plus de 7 000 maladies rares sont identifiées à ce jour, et de nouvelles maladies sont régulièrement décrites dans la littérature médicale. Ces maladies sont essentiellement (près de 80 %) d'origine génétique, le reste étant des maladies infectieuses et des maladies auto-immunes.

Le premier plan national maladies rares faisait partie des 5 plans stratégiques figurant dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ce plan a été élaboré pour la période 2005/2008 puis évalué par le Haut Conseil de la Santé Publique en avril 2009. Parmi ses principales conclusions, le HCSP recommandait de consolider les centres de référence, développer la plateforme Orphanet et poursuivre l'effort de développement de la recherche. En outre, le HCSP recommandait de nouvelles actions : progresser dans le recueil des données épidémiologiques, simplifier la rédaction des protocoles nationaux de diagnostic et de soins et enfin développer les liens avec les acteurs du champ médico-social.

Ainsi, un deuxième plan national « maladies rares » a été mis en œuvre, répartis en trois axes, comprenant 15 mesures et 47 actions :

- Améliorer la qualité de la prise en charge du patient
 - Améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge des patients atteints de maladie rare
 - Optimiser les modalités d'évaluation et de financement des centres de référence maladies rares

- Intensifier la rédaction de protocoles nationaux de diagnostic et de soins
- Garantir la qualité de prise en charge médicamenteuse adaptée à chaque patient atteint de maladie rare
- Développer les liens entre les acteurs de la prise en charge et l'accompagnement
- Améliorer les pratiques des professionnels de santé
- Rendre accessible l'information et la diffuser
- Orphanet : outil pour l'information et la recherche
- Développer la recherche sur les maladies rares
 - Créer une structure nationale d'impulsion de la recherche en interface avec les acteurs publics et privés
 - Promouvoir les outils permettant d'augmenter les connaissances sur les maladies rares et inscrire dans les programmes de l'ANR un montant minimum dédié à la recherche maladies rares
 - Promouvoir le développement des essais thérapeutiques
 - Favoriser la recherche clinique et thérapeutique translationnelle
- Amplifier les coopérations européennes et internationales
 - Promouvoir le partage de l'expertise au niveau international via les réseaux européens de référence
 - Améliorer la capacité à conduire des essais cliniques multinationaux, l'accès aux tests diagnostiques disponibles au niveau européen et le contrôle de qualité des tests
 - Améliorer l'accès au diagnostic, aux soins et à la prise en charge, la recherche et l'information sur les maladies rares en structurant les coopérations européennes et internationales

Le plan distingue 4 actions « focus » qui sont :

- l'alimentation d'une banque nationale de données sur les maladies rares
- la prise en compte des besoins spécifiques des patients Outre-mer
- le soutien de l'action des associations maladies rares
- La fondation « maladies rares ».

Le dispositif de suivi du plan est structuré autour d'un Comité de suivi et de prospective, présidé par la Directrice générale de l'offre de soins et d'un secrétaire général chargé de la mise en oeuvre du plan. Deux vice-présidents « santé » et « recherche » sont garants de la coordination et de la cohérence des actions menées dans chacun de leur domaine respectif.

- **Plan alzheimer et maladies apparentées (voir art 23)**
- **Programme de développement des soins palliatifs**

La loi du 9 juin 1999 garantit le droit à l'accès aux soins palliatifs au sein des institutions sanitaires ou médicosociales comme à domicile. Le caractère obligatoire de la réponse aux besoins de soins palliatifs est réaffirmé par l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui les inscrit dans les schémas d'organisation sanitaire. La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie précise les obligations en la matière pour les établissements de santé et les étend aux « établissements et

services sociaux et médico-sociaux ». Au sein des établissements de santé, les prises en charge en soins palliatifs s'organisent en plusieurs niveaux, auxquels viennent s'ajouter si besoin le recours à une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) intervenant en appui des professionnels.

Le premier niveau est un accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié. Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) constituent le deuxième niveau, par l'application d'une démarche palliative spécifique au sein des services non totalement dédiés aux soins palliatifs mais confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents. Le recours aux unités de soins palliatifs (USP) concerne les personnes présentant les situations les plus complexes de fin de vie, en termes de soins ou d'éthique.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un acteur essentiel de l'organisation des soins palliatifs au domicile qui peut également être amenée à intervenir, de même que les EMSP, dans les établissements accueillant des personnes âgées. Les réseaux de santé ayant une activité en soins palliatifs jouent un rôle central dans l'organisation de l'offre, ils coordonnent les acteurs et facilitent la fluidité des passages entre les niveaux de prise en charge.

Au-delà des aspects quantitatifs, il convient de rappeler que le développement de la démarche palliative implique de disposer de personnels de santé fortement motivés et formés aux soins palliatifs et à la douleur. On peut ainsi avancer l'idée que le développement des soins palliatifs relève moins des structures que d'une culture.

Le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 comporte trois axes :

1. La poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extra-hospitaliers
2. L'élaboration d'une politique de recherche et de formation
3. L'accompagnement offert aux proches

Les quatre thématiques des mesures du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 sont :

- Le développement de la démarche palliative en dehors des structures hospitalières : augmentation ou renforcement des réseaux de santé ayant une activité en soins palliatifs, de même que des équipes mobiles de soins palliatifs intervenant au sein des établissements médicosociaux
- L'expérimentation de maisons d'accompagnement traduit également l'attention accordée au souhait légitime des Français de choisir le lieu de leur fin de vie
- En parallèle, les dispositifs hospitaliers doivent poursuivre leur développement pour permettre des prises en charge graduée adaptée aux patients
- La recherche et la formation constituent des leviers essentiels du développement de la démarche palliative. La politique de formation concerne la formation initiale et continue des professionnels, mais elle vise également les bénévoles, de même que les aidant et les proches
- L'amélioration de la qualité de l'accompagnement notamment en matière de soins palliatifs pédiatriques qui restent actuellement peu structurés au plan national et régional.

- L'amplification de la diffusion de la culture palliative grâce à l'utilisation d'outils de communication et d'information à destination des professionnels et du grand public.

Le comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie est chargé de suivre la mise en oeuvre du programme.

➤ **Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011**

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Dans le cadre de ce plan, les maladies chroniques sont définies par la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, une ancienneté de plusieurs mois et le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne. Les conséquences d'une maladie chronique sur la vie quotidienne d'une personne sont considérables : elle peut entraîner des difficultés à suivre la scolarité ou une formation, un refus d'assurance ou d'emprunt, une limitation de la pratique du sport et d'autres activités nécessaires à l'équilibre personnel ainsi que des handicaps parfois lourds. Le traitement ou la prévention de certaines de ces maladies ont fait l'objet de plans nationaux de santé publique, mais la qualité de vie des patients n'avait pas été prise en compte de façon spécifique. L'originalité de ce plan tient donc à sa transversalité.

Pour répondre à ces défis, le plan a quatre objectifs stratégiques :

- Aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer
- Mieux intégrer la prévention dans la pratique
- Faciliter la vie quotidienne des malades
- Mieux connaître les besoins

Selon le dernier rapport d'activité paru, daté du mois de juin 2010, 80% des actions prévues dans le plan ont été menées ou initialisées.

L'une des mesures phares du plan est le développement de l'éducation thérapeutique, en ville et à l'hôpital.

Depuis la loi du 21 juillet 2009, l'éducation thérapeutique du patient dispose d'un cadre structuré et harmonisé au plan national (articles L1161-4 du Code de la Santé Publique).

Les mesures correspondantes sont :

- impliquer les patients et associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants ;
- intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient ;
- rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville ;
- mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants.

Le plan agit aussi sur :

- l'amélioration des conditions sociales, de l'insertion professionnelle et de l'accès aux droits des patients, avec notamment l'expérimentation de l'élargissement des missions du correspondant handicap dans les entreprises aux personnes atteintes de maladies chroniques ;

- le développement des prises en charge à domicile et du rôle des aidants autres que familiaux: doubler le nombre de places en appartements de coordination thérapeutique (jusqu'à 1800), porter le nombre de places en HAD à 15000, élargir le droit à la réalisation de certains gestes techniques par les aidants familiaux et les professionnels de santé ;
- la recherche sur le plan épidémiologique et sur la « qualité de vie » des personnes atteintes de maladies chroniques, par le biais du programme hospitalier de recherche clinique, la production de données épidémiologiques (personnes greffées d'un rein, personnes diabétiques, personnes souffrant d'hémophilie...).

Modalités de suivi

Le comité de suivi se réunit au moins deux fois par an. Il suit la mise en oeuvre des mesures du plan, il analyse les éventuelles difficultés et fait des propositions d'actions au ministre chargé de la Santé. Un rapport annuel est remis par le comité de suivi au ministre chargé de la Santé.

➤ **Plan autisme 2008-2010**

L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés constituent un ensemble de syndromes regroupés sous le terme de « troubles envahissants du développement » (TED). En l'état actuel des connaissances, nul ne prétend guérir l'autisme et les autres TED. Il est possible, par une éducation, un accompagnement et des soins adaptés, particulièrement s'ils sont instaurés de façon précoce, d'en orienter l'évolution et d'en limiter considérablement les conséquences pour la personne et ses proches.

Les estimations dans les études internationales font état d'estimation de prévalence plus élevée entre 0,1% et 0,3% pour l'autisme et 0,7% pour l'ensemble des TED, positionnant ainsi ces syndromes parmi les problèmes de santé publique importants. Ce plan répond donc à des enjeux qualitatifs et quantitatifs forts, articulant le champ éducatif, pédagogique et sanitaire.

Les huit objectifs de ce plan sont répartis selon trois axes stratégiques :

→ Mieux connaître pour mieux former avec pour objectifs :

- élaborer et actualiser régulièrement le corpus de connaissances sur l'autisme
- améliorer le niveau de formation des professionnels et des familles
- définir des critères de qualité des pratiques professionnelles en direction des personnes autistes.

→ Mieux repérer pour mieux accompagner avec pour objectifs :

- améliorer le repérage des troubles et l'accès au diagnostic.
- orienter mieux les personnes avec autisme et leur famille.
- favoriser la vie en milieu ordinaire à tous les âges de la vie.

→ Diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne avec pour objectifs :

- promouvant une offre d'accueil, de services et de soins cohérente et diversifiée.
- expérimentant de nouveaux modèles de prise en charge, en garantissant le respect des droits fondamentaux de la personne.

Parmi les trente mesures des objectifs précités, les cinq mesures phares sont les suivantes :

- Élaborer un corpus de connaissances commun sur l'autisme et développer la recherche en matière d'autisme
- Actualiser et développer les contenus de la formation des professionnels (professions sanitaires, médico-sociales et pédagogiques)
- Développer le diagnostic précoce chez l'enfant et expérimenter un dispositif d'annonce du diagnostic qui facilite l'orientation et l'accompagnement des familles
- Renforcer l'offre d'accueil en établissements et services
- Promouvoir une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles d'accompagnement

Le suivi et l'évaluation du plan sont assurés en appui sur les organes consultatifs nationaux.

➤ **Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur**

Parmi les douleurs, les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie. La douleur physique et la souffrance morale ressenties à tous les âges de la vie rendent plus vulnérables encore les personnes fragilisées par la maladie.

En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a reconnu le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Il est inscrit parmi les objectifs à atteindre dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004, qui constitue une priorité des pouvoirs publics.

Sa prise en charge est un critère de qualité pour l'évolution d'un système de santé.

La transversalité de la problématique « douleur » fait que son intégration avec d'autres plans de santé publique (maladies chroniques, cancer, santé mentale, Alzheimer, etc.) est prise en compte au travers de ces plans.

Parmi les objectifs de la loi de santé publique de 2004, deux visent à :

- prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en postopératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants,
- réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.

Ainsi, les objectifs du plan sur cette base législative prévoient les quatre priorités comme suit :

- Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie
- Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients
- Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité

- Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles

Les principales mesures figurant dans ce plan sont :

- la formation initiale et continue
- la recherche et diffusion de bonnes pratiques
- la réalisation de recherches cliniques sur des méthodes non pharmacologiques de prise en charge des douleurs
- l'élaboration, par la HAS de recommandations sur les principes de fonctionnement des consultations de prise en charge de la douleur chronique rebelle et sur l'éligibilité des patients à bénéficier d'un traitement à visée antalgique spécifique à leur domicile
- la création d'un outil de diagnostic de la douleur pour la médecine de ville
- la prise en charge thérapeutique
- le renforcement en personnels et amélioration des locaux des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle,
- la création d'un GHS (Groupe homogène de séjour) «douleur chronique rebelle».
- le renforcement de la prise en charge pédiatrique grâce au financement de vacances pédiatriques
- le renforcement général des structures spécialisées de prise en charge de la douleur chronique en ressources humaines
- la réalisation d'études sur l'évolution de la consommation des médicaments de la douleur et suivi des médicaments traceurs de la prise en charge de la douleur à l'hôpital et en ville – - la généralisation d'un indicateur national d'évaluation de la traçabilité de la douleur chez les patients hospitalisés

Le comité national de suivi du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur a pour mission le suivi des actions du plan, l'articulation avec les mesures existant dans d'autres plans de santé publique, notamment des plans « cancer », «maladies chroniques », « soins palliatifs». Le comité de suivi émet également des propositions pour le renforcement des actions et sur les méthodes d'évaluation du plan.

Le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) procède à l'évaluation du plan et à l'élaboration de propositions. Le 7 mai 2010, le HCSP a été saisi par la directrice générale de l'Offre de soins pour réaliser l'évaluation du 3^e plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefdo-main=6&clefr=211&ar=a&menu=09>

- **Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive**

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est une maladie respiratoire chronique. Longtemps peu symptomatique, elle débute par une toux et une expectoration matinale, progressivement s'installe une diminution irréversible des débits aériens à l'effort puis au repos. À un stade avancé, la maladie entraîne une insuffisance respiratoire. En France, elle concerne plus de 3 millions de personnes de plus de 45 ans, dont 100 000 présentent des formes sévères de BPCO nécessitant une oxygénothérapie et/ou une ventilation à domicile. Cette maladie est responsable de 16000 décès chaque année. Cette pathologie est liée au tabagisme dans 80% des cas, et aux expositions professionnelles pour 20% des cas.

Cette maladie impose une prévention ciblée, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

L'objectif 76 de la loi de santé publique notamment prévoit de « réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de la vie.

Ce programme définit ainsi deux objectifs généraux :

- Diminuer, à terme, la fréquence de la BPCO dans la population générale, par la mise en place d'une politique de prévention visant à réduire les facteurs de risque de la maladie, particulièrement l'exposition tabagique et professionnelle.
- Diminuer la mortalité évitable, les hospitalisations, réduire le handicap respiratoire et améliorer la qualité de la vie et l'insertion socioprofessionnelle des malades par un dépistage, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Il est articulé autour de six axes stratégiques

- Développer les connaissances épidémiologiques sur la BPCO
- Soutenir la recherche sur la BPCO
- Prévenir la BPCO dans la population générale
- Renforcer la formation et l'information des professionnels de santé sur la BPCO
- Améliorer l'accès aux soins, le diagnostic précoce et la qualité de la prise en charge des malades atteints de BPCO
- Développer l'information, l'accompagnement et le soutien des malades et de leur entourage, en lien avec les associations de patients

Les principales mesures qu'il contient sont :

- l'amélioration des connaissances épidémiologiques
- des campagnes de sensibilisation ciblant le grand public et les professionnels de santé en lien avec les professionnels de santé et les associations de patients
- la formation
- l'amélioration de la prise en charge et de l'éducation thérapeutique
-



Réponses au CEDS :

Le comité s'interroge sur l'engorgement des services d'urgence.

Les causes d'engorgement des services d'urgence sont multiples. Une partie a trait à la problématique de la gestion des lits d'aval et une autre vient de l'amont (absence ou difficultés pour trouver une réponse en ville versus gratuité des soins à l'hôpital, accueil de tous les patients, possibilité de réaliser tous les examens sur place etc.). Lorsque l'ensemble de ces facteurs se conjuguent, ils conduisent à un sentiment d'engorgement.

Par ailleurs, une difficile anticipation des flux de patients en provenance des urgences qui nécessitent une hospitalisation confronte les services des urgences à la difficulté de leur trouver un lit d'hospitalisation dans l'établissement. Outre la situation de tension que cela provoque pour tout l'établissement, la recherche de lit va mobiliser des ressources, le plus souvent médicales, pour que soit assurée la bonne orientation des patients.

Ces patients, en attente de lits d'hospitalisation, voient leur délai de prise en charge s'allonger. Ils génèrent de fait une augmentation du nombre de patients présents aux urgences ce qui entraîne un allongement des délais de prise en charge de l'ensemble des patients. Le service est alors en état d'engorgement.

Trois axes de travail sont envisagés, concernant les services des urgences et l'aval :

1. L'amélioration de la gestion des lits dans tout l'établissement qui permettra de fluidifier l'aval des urgences grâce à une anticipation des flux de patients et de leurs besoins.
2. La diffusion de bonnes pratiques sur l'organisation internes des structures des urgences
3. La mise en place et la diffusion d'indicateurs de qualité dans les urgences. Des travaux relatifs à la production d'indicateurs d'activité et de qualité des structures des urgences sont en cours. Parmi eux figure un indicateur relatif au temps de passage aux urgences qui doit permettre de mieux rendre compte des situations vécues dans les services des urgences. Le développement des indicateurs a débuté fin 2011 et sera poursuivi jusqu'en 2013.

Le Comité demande des informations sur les délais de traitement dans les services de radiothérapie

Au total, 175 centres de radiothérapie sont comptabilisés en France début 2011 :

- 165 centres de radiothérapie de droit commun soumis notamment à une obligation de disposer d'au moins deux appareils à particule et de respecter un seuil d'activité minimale de 600 patients par an.
- 10 centres de radiothérapie dérogatoires pour exception géographique et garantir une offre de proximité (un seul appareil à particule et non obligation de respect du seuil).

Les effectifs de radiothérapeutes sont en augmentation constante depuis 2003. En effet, le nombre de professionnels est passé de 613 en 2003 à 742 en 2011 (+21%). Cette progression est un peu plus marquée sur les 5 dernières années. Parallèlement, la densité de spécialistes s'est accrue de 1,05/100.000 habitants en 2007, à 1,15/100.000 habitants en 2011.

Dans le cadre des mesures nationales pour la radiothérapie visant le renforcement de la qualité et de la sécurité des prises en charge en radiothérapie et pour faire face au besoin important en physiciens médicaux dans les centres de radiothérapie, le ministère chargé de la Santé a conduit des actions déterminantes pour augmenter le nombre de professionnels en exercice. Pour garantir un fonctionnement optimal des centres de radiothérapie, les besoins en radiophysiciens ont été estimés à 600 professionnels en exercice, impliquant ainsi la formation d'environ 105 étudiants par an. Le nombre de radiophysiciens exerçant en radiothérapie est passé de 410 ETP en 2009 à 491 ETP en 2010 soit une augmentation de près de 35%. Si la tendance se poursuit et en tenant compte des effectifs dans les promotions entrante de 2010 et de 2011 et des postes vacants disponibles en radiothérapie, on prévoit d'atteindre

l'objectif de 600 radiophysiciens en exercice dédiés à la radiothérapie au plus tôt fin 2012, début 2013.

En France, l'activité de traitement du cancer est soumise à autorisation de l'agence régionale de santé ARS au titre de l'article R.6122-25 du code de la santé publique. Cette activité de soins, qui comprend la chimiothérapie, la chirurgie du cancer et la radiothérapie, est régie par les décrets du 21 mars 2007 fixant leurs conditions d'implantation et leurs conditions techniques de fonctionnement ainsi que par des critères d'agrément (ayant valeur réglementaire) de l'Institut national du cancer INCa pour chacune des pratiques de traitement du cancer. Ces textes réglementaires fondent les principes fondamentaux d'organisation du traitement du cancer : consultation d'annonce ; pluridisciplinarité de la décision du choix du traitement du cancer avec l'instauration obligatoire de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) associant des médecins oncologues, des chirurgiens et des radiothérapeutes ; remise d'un programme personnalisé de soins au patient. Les schémas régionaux d'organisation des soins, publiés par les agences régionales de santé, déterminent les besoins en implantation des centres de radiothérapie en tenant compte de situations d'exception géographique prévues réglementairement en vue de garantir un accès effectif à cette prise en charge en proximité mais sous-conditions afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. L'instruction DGOS/INCa /2010/267 du 13 juillet 2010 à l'attention des directeurs généraux des ARS incite à l'organisation de coopérations entre établissements de radiothérapie afin notamment de développer des RCP communes entre établissements de santé autorisés au traitement du cancer et d'engager des accords en termes de flux territoriaux des patients favorisant l'accès aux soins de proximité.

La radiothérapie s'inscrit en France dans une programmation personnalisée de traitement du cancer, fixée dans un contexte pluridisciplinaire, et est souvent réalisée après une chirurgie du cancer voire après ou concomitamment à une chimiothérapie. Dans le cadre des RCP, les médecins définissent des préconisations thérapeutiques individualisées qui vont prendre en compte les délais thérapeutiques souhaitables et organiser en conséquence le parcours de soins du patient pour répondre aux exigences de la prise en charge.

L'INCa a réalisé en 2011 une étude sur l'analyse des délais dans la prise en charge du cancer du sein et du cancer du poumon (8 régions étaient concernées). Les résultats de cette étude ont été publiés en 2012 et concluent à une hétérogénéité des programmations de traitement et confirment que les délais respectent les recommandations internationales et sont similaires aux autres pays européens.

L'étude INCa conclue que *« Le délai global mammographie-radiothérapie est en moyenne, tout cas confondus, de cinq mois : un peu plus de trois mois en l'absence de chimiothérapie postopératoire et un peu plus de sept mois dans le cas contraire. Pour la moitié des sujets, le délai global mammographie-radiothérapie est inférieur à 4,5 mois alors que pour un quart des sujets, il est inférieur à trois mois et pour un autre quart supérieur à sept mois.*

En moyenne, il faut un peu plus de deux semaines pour avoir accès au diagnostic, puis trois semaines pour l'accès à la chirurgie. L'accès à la proposition thérapeutique postopératoire se fait en moyenne en un peu plus de deux semaines. Enfin, l'accès à la radiothérapie est, en absence de chimiothérapie, de 8 semaines en moyenne alors que ce délai atteint près de 26 semaines en cas de chimiothérapie. »

Ces travaux devraient être poursuivis par la Haute Autorité de Santé qui a été missionnée par le ministère de la santé pour la définition d'indicateurs de qualité, notamment en termes de délais, autour du parcours de soins des patients atteints du cancer du sein ou du cancer du poumon.

Le Comité demande les mesures prises contre la « désertification médicale »

Détail des actions menées en faveur de la démographie médicale et de l'implantation des médecins dans les zones sous-dotées.

La démographie médicale française se caractérise par une inégale répartition des professionnels, avec un écart de 242 à 410 médecins pour 100 000 habitants entre la région la moins dotée et la région la mieux dotée. De plus, après avoir atteint un niveau historiquement élevé dans les années 2000, toutes les prévisions indiquent une diminution des effectifs de médecins dans les dix prochaines années.

Dans le but d'assurer à tous les citoyens des soins de proximité de qualité, des soins nécessaires à la préservation de la santé des usagers, plusieurs mesures sont mises en œuvre.

1. Les mesures visant à anticiper les déséquilibres démographiques globaux

- Le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études en médecine (**numerus clausus**) a doublé en 10 ans : fixé à 3 700 en 1999, il s'établit en 2012 à 7 500 pour le numerus clausus principal et 500 pour les passerelles (professionnels paramédicaux, diplômés de master, etc.). Ces places supplémentaires ont été prioritairement affectées dans l'inter-région dont la densité médicale est inférieure à la moyenne nationale, en l'espèce l'ouest, le nord ouest et le nord est.
- Les choix faits au niveau du numerus clausus ont un impact sur les **effectifs d'internes** en médecine, avec un délai de 5 ans. Ainsi, les postes offerts aux épreuves classantes nationales (ECN), régissant l'entrée dans le 3^{ème} cycle des études médicales, ont été augmentés au sein des régions et des spécialités ciblées en fonction des besoins de prise en charge spécialisée, avec un objectif de rééquilibrage entre les régions (voir infra). A ce titre, l'attractivité de la médecine générale est plus que jamais un objectif prioritaire. Entre 2004 et 2012, près de 27 200 postes ont ainsi été offerts en médecine générale.
- L'arrêté du 10 juillet 2012 détermine pour la période 2012-2016 le **nombre d'internes à former** par subdivision et spécialité. Il s'agit du troisième arrêté pluriannuel glissant. Ainsi, les flux d'internes sont progressivement adaptés aux besoins démographiques. Ces quotas sont établis en fonction des besoins de prise en charge spécialisée, à partir d'une proposition de l'**Observatoire National des Professions de Santé (ONDPS)**. Cela permet un pilotage fin des flux de médecins formés pour chaque spécialité.
- Des outils d'information et de pilotage ont été mis en place. L'ONDPS et ses comités régionaux permettent de disposer d'études objectives et fiables en vue d'analyses ciblées. Le projet de répertoire partagé des professions de santé (**RPPS**), en permettant un enregistrement unique des professionnels de santé puis des internes, améliorera la connaissance statistique de ces professions.

- **La procédure d'autorisation d'exercice de la médecine** en France pour les praticiens à diplôme hors Union européenne, permet notamment de cibler les postes ouverts au concours annuel dans les spécialités dans lesquelles il existe des besoins de santé.

2. Les mesures visant à corriger les inégalités géographiques

Les mesures prises à l'échelle nationale relèvent soit de l'Etat, soit de l'assurance-maladie et prennent essentiellement la forme d'incitations financières. Les mesures prises au niveau régional visent quant à elles plutôt la formation et les conditions d'exercice.

- A l'échelle nationale, **la régulation de la démographie médicale par la formation** s'opère à deux niveaux. Il s'agit du numerus clausus, qui détermine le nombre d'étudiants accédant à la deuxième année des études médicales et pharmaceutiques, et des épreuves classantes nationales (ECN) qui répartissent les étudiants en médecine entre les différentes spécialités, comme indiqué ci-avant. Cette régulation s'opère en termes quantitatifs, géographiques et par spécialités.

L'action du gouvernement consiste à favoriser les régions les moins bien dotées en médecins en augmentant les effectifs de postes offerts, tout en stabilisant les effectifs de postes dans les régions les mieux dotées. Il a été tenu compte des besoins régionaux en professionnels.

- Ces mesures de répartition des médecins en formation doivent améliorer la future répartition territoriale des médecins. Le **post-internat** est facteur majeur de fidélisation de ces professionnels. A ce titre, 200 postes d'assistants spécialités partagés ont été créés en 2009 et répartis dans les régions les moins bien dotées. Ce dispositif, consistant à financer l'équivalent de 200 postes sur 2 ans de post-internat, a été pérennisé depuis lors. Ainsi, chaque année, ce sont l'équivalent de 400 postes qui sont financés au sein des établissements.

- **Le contrat d'engagement de service public (CESP)**

Afin d'inciter les étudiants en médecine à s'installer dans des zones sous-denses, le Gouvernement s'appuie également sur le contrat d'engagement de service public (CESP) créé par l'article 46 de la loi HPST. Il s'agit d'un levier, qui vise à d'inciter les étudiants en médecine à s'installer dans des zones fragiles identifiées dans le SROS. La signature d'un CESP se traduit par le versement une allocation mensuelle brute de 1200 € jusqu'à la fin des études. En contrepartie, les étudiants signataires s'engagent, à compter de la fin de leur formation, à exercer leurs fonctions dans des lieux d'exercice spécifiques, proposés par les ARS, au sein des zones où la continuité des soins fait défaut. La durée de leur engagement est égale au nombre de mois de versement de l'allocation, avec un minimum de 2 ans d'engagement. À ce jour, près de 340 futurs professionnels se sont inscrits dans ce dispositif et plus d'une douzaine seront installés cet automne.

Afin de marquer la volonté du Gouvernement de le voir monter en charge, 429 nouveaux contrats seront offerts à la rentrée 2012. Par ailleurs, en vue une meilleure adéquation entre le nombre de contrats offerts et le nombre de contrats signés, des ateliers de formation à destination des structures concernées et des actions de communication à destination des étudiants et des internes ont été organisées, sans oublier la mise en ligne des informations sur les sites régionaux

des PAPS (cf. infra).

- **Le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) et zonage :**

La partie ambulatoire du SROS, dont l'élaboration est en cours, donne le cadre de la politique régionale en identifiant les projets structurant de nature à consolider l'offre de proximité dans des zones considérées comme fragiles.

Elle intègre en outre un zonage dit « pluri-professionnel » qui servira de référence à la mise en œuvre des dispositifs visant à améliorer la répartition des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sur le territoire (mesures conventionnelles, CESP, aides fiscales, aides émanant des collectivités territoriales).

L'arrêté du 21 décembre 2011 et l'instruction du 4 janvier 2012 ont précisé les modalités de mise en œuvre de ce zonage. Une part maximale de la population régionale pouvant être considérée comme vivant en zone fragile est déterminée au niveau national. Dans le respect de ce seuil, les ARS peuvent positionner librement leurs zones prioritaires, sous réserve qu'elles recouvrent des entités reconnues par l'INSEE et qu'elles soient cohérentes avec les points d'implantation prioritaires définies dans la partie ambulatoire des SROS.

A ce jour, 23 régions ont publié leur zonage pluri professionnel et les 3 régions restantes devraient publier avant la fin de l'année.

- **Le développement des structures d'exercice coordonné** est un des axes privilégié pour agir sur l'accès aux soins. On constate une montée en charge de ce type de structures et, notamment, des maisons de santé : on dénombrait 193 maisons de santé en fonctionnement en juin 2011 et 235 au 31 décembre 2011 auxquelles s'ajoutent 450 projets.

Cette croissance est liée d'une part à l'attractivité de la formule pour les professionnels (mutualisation des tâches administratives, meilleure gestion des emplois du temps, réponse à l'isolement de certaines zones sous-denses, absence d'engagement foncier, cadre favorable aux initiatives innovantes) et, d'autre part, à un ensemble de mesures d'accompagnement (financières, juridiques, organisationnelles...) :

- Des mesures financières dans le cadre du *plan de déploiement de 250 maisons de santé pluri-professionnelles en territoires ruraux* lancé conjointement par les ministères de l'Intérieur, de la santé et de l'espace rural, en juillet 2010 pour trois ans (2010-2013). Ce plan mobilise :

. des financements de l'État : 10 M€/an au titre du fonds national d'aménagement et de développement du territoire -FNADT- (100 000 € forfaitaires par maison), 15 M€/an au titre de la dotation d'équipement des territoires ruraux -DETR- et 2.6 M€ en 2010 et 4.3 M€ en 2011 au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins -FIQCS national- (aujourd'hui remplacé par le fonds d'intervention régional laissé à la libre appréciation des ARS).

. des fonds européens (8 M€ en 2011) et la contribution des collectivités territoriales.

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (2008-2013) offre aux 148 maisons et centres de santé concernés, l'opportunité de bénéficier d'une rémunération pour leurs activités de coordination des soins et d'éducation thérapeutique. L'enveloppe annuelle de cette mesure est estimée à 7 M€. Pour permettre aux structures de percevoir ces rémunérations sans risque fiscal, un statut juridique spécifique a été créé par la loi du 11 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

- A noter également l'introduction d'un *dispositif législatif de partage d'information médicale* propre aux maisons et centres de santé (loi du 11 août 2011 susmentionnée) favorisant la coordination entre les professionnels ; un guide méthodologique sera mis à la disposition des professionnels de santé d'ici à la fin de l'année afin de les aider dans la mise en application de ce dispositif.
 - Parallèlement, une *expérimentation* a été initiée sur la base d'une étude fonctionnelle élaborée, à la demande du ministère, par l'agence des systèmes d'information partagés de santé (fin 2011) pour définir *les fonctionnalités attendues du système d'information au sein des structures d'exercice coordonné*. Cette expérimentation permettra la labellisation de logiciels médicaux en vue du partage d'information au sein d'une équipe pluri professionnelle. La vingtaine de sites (maisons et centres de santé dans 5 régions) engagés dans cette expérimentation bénéficient d'un accompagnement à hauteur de 400 000 euros.
 - Enfin, des « *facilitateurs* » recrutés au sein des fédérations des centres et des maisons de santé ont été formés *pour accompagner sur fin 2012 et 2013 des projets de création de ces structures en Zones Urbaines Sensibles et dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville* : le financement de ce dispositif est assuré par le ministère de la ville à hauteur de 58 000 € et par le FIQCS national pour 50 000 €. Cette mesure complète l'accompagnement que les professionnels peuvent solliciter auprès de « Plateforme d'Appui aux Professionnels de santé » mise en place dans chaque ARS
- **La plateforme d'appui aux professionnels de santé :**

Instaurées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les Plates-formes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) sont destinées à faciliter l'orientation et l'accès à l'information des professionnels de santé, en exercice ou en formation, sur les questions liées à l'installation et aux conditions d'exercice.

Basée sur un véritable partenariat entre les différents acteurs régionaux (agences régionales de santé, caisses d'assurance maladie, ordres professionnels, unions régionales des professionnels de santé, facultés et écoles de formations, collectivités territoriales...) les PAPS ont vocation à rendre lisible et cohérente l'offre de services à destination des professionnels de santé qui sont mis en place, proposée par chacun.

Elles poursuivent ainsi 4 objectifs :

- informer les étudiants et futurs professionnels de santé sur les formations initiales et les sensibiliser aux différents modes d'exercice,
- aider au choix du mode d'exercice et informer sur les aides à l'installation
- faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné
- suivre le développement des professionnels de santé au cours de leur carrière.

Elles constituent un vecteur privilégié de la politique régionale en matière de démographie pour faire connaître les incitations à l'installation et les zones prioritaires d'installation.

Les 26 sites internet régionaux, qui constituent un des volets du dispositif, ont été mis en service en juillet 2011. Ils doivent désormais être enrichis des contributions des partenaires pour devenir d'authentiques plates-formes de services aux professionnels.

3. Les mesures portant sur les conditions d'exercice

Dans un contexte tendu de la démographie médicale, il est souhaitable de poursuivre l'effort d'aide et de soutien à l'installation des professionnels dans les zones sous médicalisées. Les jeunes générations en particulier aspirent à d'autres conditions d'installation permettant un exercice regroupé, pluridisciplinaire, une mutualisation des charges administratives inhérentes au fonctionnement du cabinet et plus de maîtrise du temps de travail et des charges de permanence des soins. Pour les jeunes médecins (mais pas seulement), la pratique de la médecine doit être compatible avec un niveau élevé de qualité de vie.

Ces nouveaux modes d'exercice peuvent prendre les formes suivantes :

- Les structures d'exercice coordonnées comme les maisons de santé pluridisciplinaires (cf. supra)
- L'exercice en groupe : encourager l'exercice en groupe notamment dans les zones sous denses par la mise à disposition des cabinets de consultation aux médecins qui le souhaitent.
- La simplification de la pratique quotidienne : encourager dans les zones sous denses, la mutualisation et la simplification des tâches administratives inhérentes au fonctionnement du cabinet à la charge du médecin.
- Le statut de collaborateur libéral : promouvoir le statut de collaborateur libéral pour encourager une pratique multi-site dans les zones sous dotées.
- Concernant les modes de rémunérations, les médecins semblent avoir 2 aspirations : un mode de rémunération qui les sécurise quasi autant que le salariat et qui les incite à ne pas faire du « tout curatif ». Actuellement, les réflexions portent sur des modes de rémunération mixtes, avec une partie paiement à l'acte et une partie capitation.

4. Mesures conventionnelles destinées aux médecins

Dans le cadre de la nouvelle convention nationale des médecins généralistes et spécialistes signée le 26 juillet 2011, les partenaires conventionnels ont prévu de

reconduire en l'adaptant le dispositif d'aides à l'installation précédent (avenant n°20 à la convention médicale de 2005).

La nouvelle convention prévoit deux options destinées à améliorer la répartition des professionnels dans les territoires de santé :

- L'option démographie s'adresse aux médecins libéraux conventionnés exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé, et assurant les deux tiers de leur activité dans les zones identifiées comme fragiles dans la partie ambulatoire du SROS. Les médecins choisissant l'option s'engagent à exercer au même endroit et à ne pas cesser leur activité pendant 5 ans, et à participer à la permanence des soins. En contrepartie, ils bénéficient d'une aide à l'installation et d'une aide à l'activité.
- L'option santé solidarité s'adresse, quant à elle, aux médecins libéraux conventionnés n'exerçant pas dans une zone identifiée comme fragile par l'ARS mais ayant leur résidence professionnelle dans une zone située à 50 km au maximum de celle-ci et souhaitant y assurer des consultations. En adhérant à l'option, le médecin s'engage à exercer au minimum 40 jours par an dans une des zones où les besoins en professionnels de santé ne sont pas satisfaits. En contrepartie, les médecins adhérant à cette option bénéficient d'une rémunération complémentaire et d'une prise en charge des frais de déplacement.

La mise en œuvre de ces options est conditionnée à la définition des zones fragiles par les ARS.

Par ailleurs, des dispositifs conventionnels de régulation démographique pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les orthophonistes libéraux, visent à limiter les installations dans les zones identifiées comme sur-dotées et à proposer des aides pour les installations dans les zones en sous-densité.

5. Les mesures visant à développer les coopérations entre professionnels de santé

Les données démographiques conjuguées aux progrès techniques et aux évolutions des métiers de la santé, conduisent à développer la coopération entre les professionnels médicaux et paramédicaux, en redéfinissant le périmètre de compétence de certaines professions. Les cinq premières expérimentations de coopération préconisées par le rapport du Professeur Berland d'août 2003 et mises en œuvre dans le cadre de l'article 131 de la loi de santé publique du 9 août 2004, ont été menées à leur terme. La Haute Autorité de Santé a été chargée par le ministre de la santé de procéder à l'évaluation des 10 expérimentations suivantes. L'ensemble de cette démarche a abouti au printemps 2008 à un ensemble de recommandations formulées par la HAS permettant de créer des conditions favorables à de nouvelles formes de coopération, notamment :

- Réviser simultanément les trois piliers de l'organisation des professions de santé : le système de formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice ;
- Construire des référentiels métiers et compétences permettant de répondre aux besoins identifiés ;
- Définir les professions de santé par les missions qui leur sont confiées ;
- Inciter au développement des nouvelles formes de coopération, par des conditions de financement et de rémunération adéquates, dans le secteur ambulatoire, et à l'hôpital ;

- Evaluer l'impact des nouvelles formes de coopération sur l'ensemble du système de santé en termes de qualité des soins et d'efficience.

La coopération entre professionnels de santé a connu des progrès récents :

- **Entre médecins et infirmiers** : le décret du 29 août 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières est venu préciser les conditions de réalisation de la vaccination.
- **Entre ophtalmologistes et orthoptistes** : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a autorisé la délégation de tâches en faveur des orthoptistes.
- **Entre ophtalmologistes et opticiens lunetiers** : la loi prévoit que ces derniers pourront « dans le cadre d'un renouvellement, adapter les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes de moins de seize ans ».
- **Surtout, l'article 51 de la loi HSPT** étend le principe des coopérations entre professionnels en les sortant du cadre expérimental. Il permet de favoriser de nouvelles organisations des soins et de prise en charge ou des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé. Le cadre réglementaire est achevé depuis 2010, avec des améliorations apportées en 2012 sur la procédure d'instruction. Un système d'information a été élaboré, afin de faciliter le dépôt des demandes de protocoles de coopération et des adhésions par les professionnels de santé auprès de l'ARS et simplifier les instructions, l'applicatif sera opérationnel en octobre prochain. A ce jour, une quinzaine de protocoles de coopérations ont reçu un avis favorable du collège de la HAS, ce qui a permis aux ARS de prendre une vingtaine d'arrêtés d'autorisation. Une cinquantaine de projets est en préparation en région. .

6. Les mesures visant à favoriser le choix de la médecine générale

Dans l'objectif d'une rénovation de l'offre de soins de premier recours, les Etats généraux de l'organisation de la santé ont souligné la nécessité de rendre la médecine générale de premier recours plus attractive et de sensibiliser les étudiants en médecine à cet exercice. L'enjeu est aujourd'hui de garantir une offre de soins ambulatoires de premier recours organisée, efficiente et accessible.

Ceci sera rendu possible grâce aux mesures suivantes :

- a) La loi HPST définit à l'article 36 les missions du médecin généraliste de premier recours (MGPR) dans l'offre de soins de premier recours ;
- b) La généralisation du stage de médecine générale en deuxième cycle et du stage chez le praticien libéral au cours du DES de médecine générale ;
- c) La structuration de la filière universitaire de médecine générale ;
- d) L'effort particulier porté sur la médecine générale lors des épreuves classantes nationales (ECN), où plus de 50% des postes sont proposés.

Un stage d'initiation à la médecine générale

Dans un contexte d'évolution de la démographie médicale connu pour les quinze prochaines années, il s'avère essentiel de développer des stages en zones sous-

denses, en cabinet libéral et au sein de maisons de santé pluridisciplinaires, voire au sein de services d'hospitalisation à domicile.

L'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales prévoit que chaque étudiant doit effectuer pendant la 2e partie du 2e cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale.

L'accès de tous les étudiants au stage de médecine générale durant le 2e cycle des études médicales constitue ainsi un élément essentiel de leur sensibilisation à la médecine générale de premier recours, pivot de notre système actuel de soins actuel.

Suite à un travail de refonte mené en lien avec la conférence des doyens et le collège des enseignants de médecine générale, un arrêté du 18 juin 2009 fixe la durée précise du stage (6 semaines) et précise le contenu pédagogique des stages. Il ajoute en outre la possibilité pour le maître de stage libéral de se faire indemniser à hauteur de 2 journées de formation par l'Université.

La mise en application de la nouvelle réglementation nécessite un effort important des facultés de médecine, notamment en termes de recrutement et de formation des praticiens-maîtres de stage, accueillant les étudiants.

Dans l'ensemble, un réel effort de mise en place a été constaté (34 facultés sur 36 prévoient actuellement ce stage) avec des durées inégales et un nombre d'étudiants variables selon les contraintes locales et les moyens logistiques de chaque UFR.

La structuration de la filière universitaire de médecine générale doit permettre de reconnaître la spécificité d'enseignants chercheurs dans une filière qui a directement vocation à exercer en ambulatoire.

Depuis novembre 2007, deux promotions d'internes sont sorties diplômées de la spécialité médecine générale. A cette occasion, 46 postes de chefs de clinique en médecine générale ont été créés ou redéployés depuis 2007, 36 nouveaux devraient être redéployés en 2010. Cela s'inscrit dans la démarche de structuration de la filière universitaire de médecine générale.

Un statut universitaire des personnels enseignants titulaires et non titulaires de médecine générale a été créé par la loi du 8 février 2008. Les premiers emplois offerts concernent la rentrée 2009-2010 avec 10 emplois de Professeurs des universités de médecine générale.

La LFSS 2009 a mis en place un contrat URCAM spécifique aux enseignants de médecine générale. Proposé exclusivement aux enseignants de médecine générale, et plus particulièrement aux chefs de clinique, il servira de support au versement d'une rémunération par l'assurance maladie, complémentaire aux revenus issus de l'exercice de leur fonction de soins en médecine générale (paiement à l'acte en libéral ou salariat en centre de santé) et s'effectuera en échange d'engagements qui pourraient porter notamment sur la prévention et la santé publique. Ce contrat officialise dans la loi le contrat transitoire mis en place à la rentrée 2007 dont l'évaluation a été jugée positive par les intéressés.

Par ailleurs, l'article 47 de la loi HPST prévoit pendant quatre années universitaires, un nombre minimum annuel d'emplois créés dans chacune des catégories suivantes:

- 20 emplois pour les professeurs des universités de médecine générale ;
- 30 emplois pour les maîtres de conférence des universités de médecine générale ;

- 50 emplois pour les chefs de clinique des universités de médecine générale.

La situation de la **médecine générale aux ECN** dans les choix des étudiants s'améliore : le pourcentage des postes choisis aux épreuves classantes nationales en médecine générale avoisine 50% (51,0% en 2008, 49,3% en 2009).



3) Prière de fournir toutes statistiques ou autres informations pertinentes sur les principaux indicateurs de santé et sur les services et professionnels de santé (données OMS et/ou Eurostat, par exemple).

Réponse

En 2009, la France a consacré 11.8% de son PIB aux dépenses de santé, soit plus de 2 points de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE. Les dépenses de santé par habitant en France sont également plus élevées qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE.

• **Tableau : Espérances de vie* à la naissance et à 65 ans, par sexe (France entière)**

	Hommes		Femmes	
	À la naissance	A 65 ans	À la naissance	A 65 ans
1994	73,6	16,2	81,8	20,7
1996	74,1	16,1	82,0	20,7
1998	74,7	16,4	82,4	20,9
2000	75,2	16,7	82,8	21,2
2001	75,4	16,9	82,9	21,4
2002	75,7	17,1	83,0	21,4
2003	75,8	17,1	82,9	21,3
2004	76,7	17,7	83,8	22,1
2005	76,7	17,7	83,8	22,0
2006	77,1	18,0	84,1	22,4
2007	77,4	18,1	84,4	22,5
2008	77,6	18,2	84,3	22,5
2009 (p)	77,7	18,4	84,4	22,6
2010 (p)	78,0	18,6	84,7	22,8
2011 (p)	78,2		84,8	

(p) résultats provisoires

Champ : France entière

* Espérance de vie : durée de vie moyenne d'une génération fictive qui aurait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Lecture : en 2010, l'espérance de vie des hommes à 65 ans est de 18,6 ans.

Ce chiffre représente le nombre moyen d'années restant à vivre aux hommes de 65 ans avec les conditions de mortalité à chaque âge observées en 2010.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil



Réponses au CEDS :

Espérance de vie selon les régions: En 2009, il existait en France métropolitaine des disparités régionales avec un gradient nord-sud. Ce gradient était plus marqué pour les hommes: leur espérance de vie à la naissance s'élevait à 74,5 ans dans le Nord - Pas-de-Calais et 79,5 ans en Île-de-France, juste avant les régions Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. Le gradient était moins net pour les femmes et l'amplitude des variations était également moindre : de 82,3 ans dans le Nord - Pas-de-Calais à 85,2 ans en Pays de Loire et 85,0 en Île-de-France et Midi-Pyrénées.

Tableau : espérances de vie à la naissance selon les régions (année 2009, données provisoires arrêtées à fin décembre 2011)

Départements	Espérance de vie à la naissance	
	Hommes	Femmes
Île-de-France	79,5	85,0
Champagne-Ardenne	76,3	83,2
Picardie	75,8	82,8
Haute-Normandie	76,0	83,7
Centre	77,7	84,2
Basse-Normandie	76,9	84,3
Bourgogne	77,3	84,2
Nord-Pas-de-Calais	74,5	82,3
Lorraine	76,8	83,5
Alsace	77,8	83,9
Franche-Comté	77,7	84,1
Pays de la Loire	77,9	85,2
Bretagne	76,7	84,0
Poitou-Charentes	77,7	84,8
Aquitaine	78,1	84,9
Midi-Pyrénées	79,1	85,0
Limousin	77,6	84,3
Rhône-Alpes	79,0	84,9
Auvergne	76,8	83,9
Languedoc-Roussillon	77,8	84,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	78,5	84,7
Corse	77,8	84,9
France métropolitaine (b)	77,8	84,5
Départements d'outre-mer	75,8	83,2
France (c)	77,7	84,4

b. Sous-total des événements ayant eu lieu en France Métropolitaine

c. Total des événements ayant eu lieu en France (96 départements métropolitains +

Champ : France, territoire au 31 décembre 2010

Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population

La mortalité : 4 décès pour 1000 habitants en 2010

En 2010, 551 218 personnes sont décédées en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer (DOM). Le taux brut de mortalité est stable depuis 2008. La hausse du nombre de décès observée en 2005 (+3,6%) a été rapporté à deux phénomènes : une forte épidémie de grippe début 2005 et un net recul de la mortalité en 2004, en partie expliqué par les décès anticipés dus à la canicule de 2003.

En 2008, comme pour l'ensemble des pays européens, le taux de mortalité standardisé en France a diminué par rapport à l'année précédente (tableau 4). Pour les femmes, la France enregistre le plus bas taux de mortalité de l'Europe des 27, devant l'Espagne (3,9 décès pour 1 000 habitants). Seules la Suède, l'Italie et Chypre se placent en meilleure position pour la mortalité des hommes (avec respectivement 6,5 et 6,6 et 7,0 décès pour 1 000 habitants). En 2001, la France se situait en 8e position pour la mortalité masculine.

Les principales causes de mortalité générale

Les données concernant l'espérance de vie et les causes de mortalité ne sont pas disponibles selon la distinction zones urbaines/zones rurales.

Tableau : Nombre et taux standardisé de décès pour les principales causes de décès en France en 2008



Causes de décès
2008.xlsx (23 ...

La mortalité infantile et maternelle

La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années. Avec 3,7 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes en 2010, le taux de mortalité infantile est stable depuis 2006.

Tableau : Évolution du taux de mortalité infantile en France depuis 1996

Année	Taux de mortalité infantile pour 1000 enfants nés vivants *
1996	4,9
2000	4,5
2001	4,6
2002	4,2
2003	4,2
2004	4,0
2005	3,8
2006	3,8
2007	3,8
2008	3,8
2009	3,9
2010 (p)	3,7

(p) résultats provisoires

Champ : France entière

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil

Pour répondre au CEDS, les principales causes de mortalité infantile sont les suivantes :

50% des décès sont causés par des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, 21% sont liées à des malformations congénitales et anomalies chromosomiques. La liste détaillée des causes de décès est présentée dans le tableau.

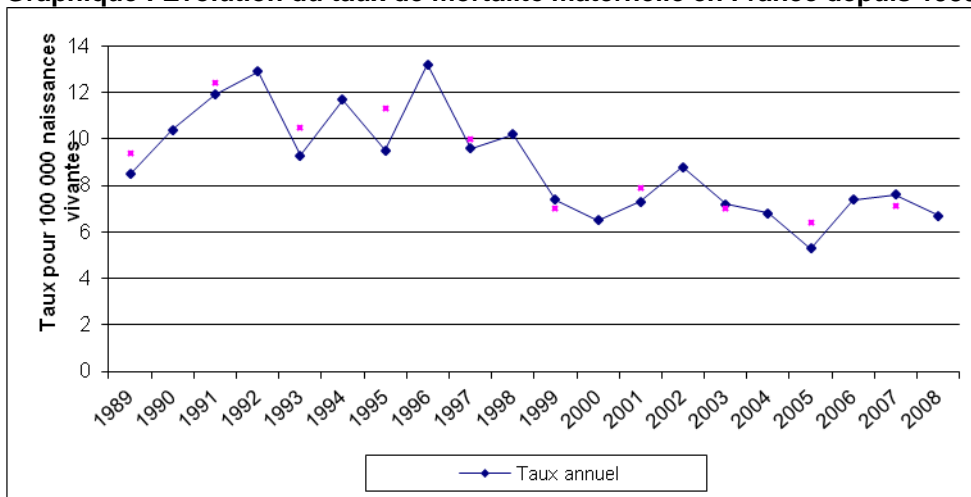


Causes mortalité
infantile2008...

Le taux de mortalité maternelle (CEDS)

En 2007-2008, le taux de mortalité maternelle s'établit à 8,1 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle de la France entière est toujours plus élevé que celui de la France métropolitaine (8,1 contre 7,1 pour 100 000). Après la baisse enregistrée depuis le début des années 1990, période où a commencé la surveillance systématique de cet indicateur, on observe une stagnation depuis le milieu des années 2000. Une variation aléatoire ne peut être exclue, compte tenu du nombre peu élevé de décès et des fluctuations annuelles régulièrement constatées dans notre pays.

Graphique : Évolution du taux de mortalité maternelle en France depuis 1989



Champ : France métropolitaine

Source : statistique nationale des causes de décès, Inserm-CepiDc et Inserm U953

Caractéristiques selon les régions et les causes

Les données concernant la mortalité maternelle ne sont pas disponibles selon la distinction zones urbaines/zones rurales. Il s'agit en outre d'effectifs faibles ne permettant pas une déclinaison très détaillée.

Le risque de mort maternelle augmente avec l'âge, et demeure supérieur chez les femmes de nationalité étrangère. Il existe en France des disparités régionales qui ont été analysées sur plusieurs années, tant en termes de taux de mortalité maternelle qu'en termes de causes de décès. Ni l'âge ni la nationalité des femmes n'expliquent le sur-risque de mortalité maternelle qui caractérise l'Île-de-France et les départements d'outre mer.

D'autres facteurs que la région géographique sont impliqués. Tout d'abord, le nombre des décès maternels est sous-estimé dans la statistique des causes médicales de décès : les premières recherches menées en France ont établi que cette sous-estimation était de l'ordre de 50 % en 1988-1989 ; elle était ramenée à 30 % dans une étude relative à l'année 1999 (Bouvier-Colle, 2004). Depuis 2001, la sous-estimation fluctue entre 15 et 30 % selon les années, d'après la méthode de correction élaborée par l'INSERM U149/953. Depuis dix ans, l'enregistrement des

décès maternels s'est donc amélioré en France. D'autres recherches ont montré que, compte tenu de l'évolution démographique : nombre de femmes en âge de procréer et structure par âge, puis élévation régulière de l'âge maternel moyen à la naissance, atteignant 30 ans, la mortalité maternelle ne pouvait qu'augmenter. Le constat inverse fait sur les données enregistrées conduit à penser que la baisse observée a été réelle jusqu'en 2005.

En 2004-2006, les causes obstétricales directes représentaient 73,2% des décès maternels en raison des hémorragies qui restaient le premier diagnostic (25,8%), la deuxième cause étant représentée par les embolies amniotiques (16%) suivies des thrombo-embolismes (9,9%) et des complications de l'hypertension artérielle. Les causes obstétricales indirectes représentaient 26,8% des causes de décès maternel.

Le taux de mortalité périnatale se définit quant à lui comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie. L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant maintenant plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, il est également nécessaire de prendre en compte l'ensemble de la mortalité néonatale (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile (nombre de décès avant 1 an d'enfants nés vivants rapporté à l'ensemble des naissances vivantes).

Des changements de réglementation intervenus en 2001 et en 2008 rendent les analyses temporelles délicates. Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). La circulaire de novembre 2001 a modifié cette disposition en abaissant les seuils d'enregistrement pour se caler sur une définition commune au niveau international : un acte d'enfant sans vie pouvait être établi après vingt deux semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pesait au moins 500 grammes. Cependant la notion d'enfant sans vie a encore été modifiée en 2008 par un autre changement législatif : désormais, depuis un jugement de la cour de Cassation de 2008, **l'établissement d'un acte d'enfant sans vie n'est subordonné ni au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse**. Cette dernière disposition ne permet donc plus, outre ses effets sur l'analyse des évolutions annuelles, de comparer les indicateurs de mortalité périnatale et de mortinatalité au niveau international en raison des variations qui peuvent exister quant à la définition de la mortinatalité.

Entre 1995 et 2001, la mortalité périnatale a continué de diminuer, à l'instar des années précédentes, passant de 7,7 enfants sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances à 7,1 (tableau 1). Les brusques augmentations observées en 2002 (10,2 pour 1 000) et en 2008 (12,3 pour 1 000) sont dues à des changements de réglementation (voir supra).

En France, en 2008, la situation variait de 9,1 décès pour 1 000 naissances en Basse-Normandie à plus de 14,3 pour 1 000 en Île-de-France. La situation était beaucoup moins favorable dans les départements d'outre-mer, avec une moyenne de 19,3 décès pour 1 000 naissances, particulièrement en Guadeloupe et en Martinique où les taux atteignaient respectivement 21,8 et 25,5 pour 1 000.

La mortalité néonatale a peu évolué entre 1995 et 2001 (3,0 enfants décédés à moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes). Elle s'est stabilisée à compter de 2005 (2,6 pour 1 000 naissances vivantes en 2008). Le taux observé dans les départements d'outre-mer (6,4 pour 1 000 en 2008) était plus de deux fois supérieur à celui de la France métropolitaine.

Tableau : Évolution de la mortalité périnatale, néonatale et infantile entre 1995 et 2008

* La forte évolution des taux de mortalité périnatale et de mortinatalité en 2002 et 2008 est liée à la forte augmentation du

	Taux de mortalité périnatale (enfants décédés à moins de 7 jours ou sans vie)	Taux de mortinatalité (enfants sans vie ou morts-nés)	Taux de mortalité néonatale (enfants décédés à moins de 28 jours)	Taux de mortalité infantile (enfants décédés à moins d'un an)
	Taux pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie		Taux pour 1 000 enfants nés vivants	
1995	7,7	5,4	3,0	5,0
2000	6,9	4,8	2,9	4,5
2001	7,1	4,9	3,0	4,6
2002*	10,2	8,3	2,7	4,2
2003	11,1	9,2	2,8	4,2
2004	11,1	9,3	2,7	4,0
2005	10,8	9,1	2,5	3,8
2006	11,2	9,5	2,5	3,8
2007	11,0	9,3	2,5	3,8
2008*	12,3	10,6	2,6	3,8

nombre d'enfants sans vie enregistrée du fait d'un changement législatif. Selon une circulaire de novembre 2001, un acte d'enfant sans vie correspond désormais au terme de 22 semaines d'aménorrhée ou à un poids de 500 grammes. Ces critères se substituent au délai de 180 jours de gestation prévu dans l'état civil. Selon un arrêté d'août 2008, il n'y a plus de critère de poids ou de durée pour l'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

Champ : France (métropole et départements d'outre-mer).

Sources : INSEE, statistiques de l'état civil.

L'accès aux soins de santé (réponse au CEDS, voir également art 13)

Les bénéficiaires de la CMU de base (CMU-B)

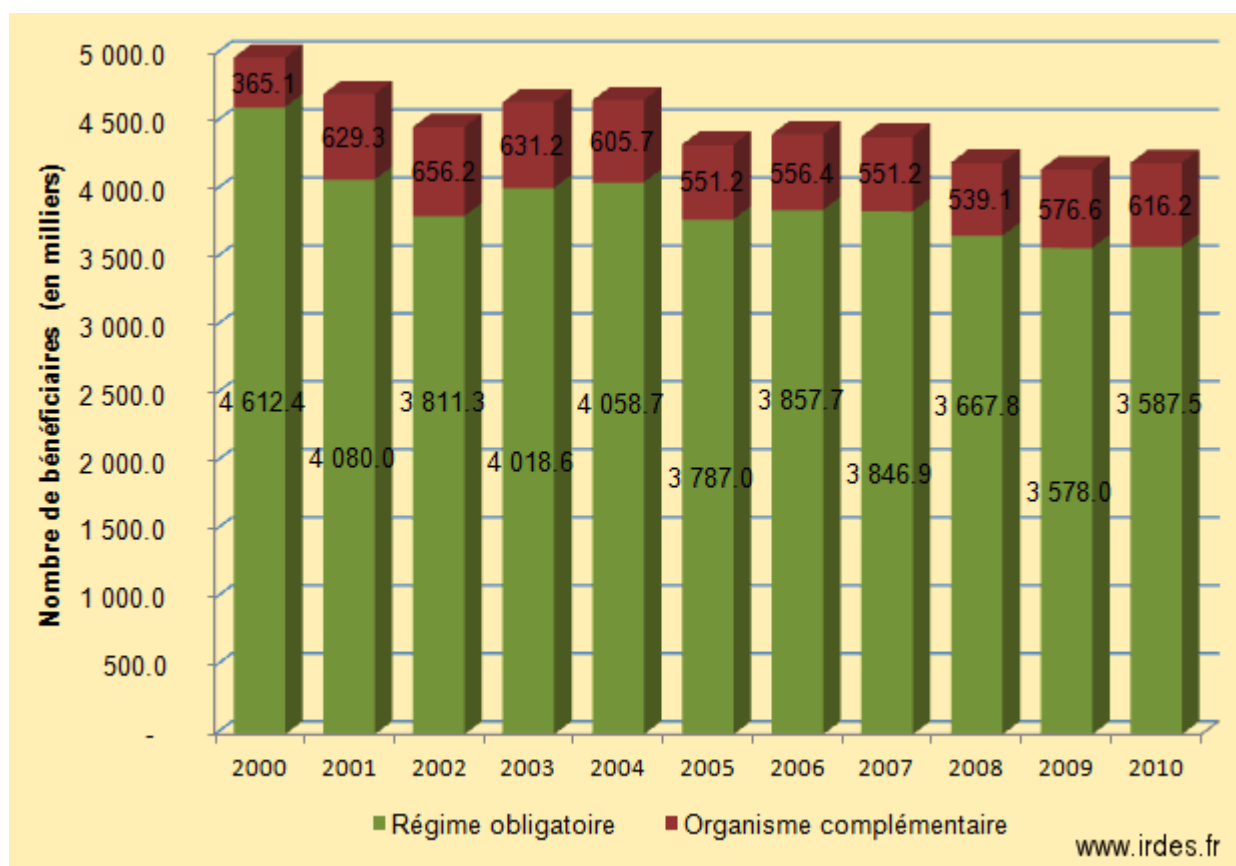
Depuis décembre 1999, toute personne résidant en France de façon stable et régulière (depuis plus de trois mois) et n'ayant pas de protection maladie a droit à la CMU de base. L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès de la caisse d'assurance maladie (caisse de sécurité sociale).

La CMU de base est gratuite pour toute personne dont le foyer n'est pas imposable ou bénéficiaire du RSA (Revenu de solidarité active – anciennement RMI) ou de la CMU complémentaire. Pour les autres personnes, la CMU de base est payante à hauteur de 8 % de leurs revenus fiscaux.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C)

La couverture maladie universelle complémentaire permet aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil mensuel de 647,58 € pour une personne seule et de 971,42 € pour un couple de bénéficiaire gratuitement et en tiers payant de la prise en charge de la part des soins non pris en charge par la sécurité sociale : le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier et, dans certaines limites, certains dépassements des tarifs de sécurité sociale (lunettes, prothèses dentaires). A noter que les ménages bénéficiaires du RSA ont *de facto* droit, à condition qu'ils en fassent la demande, à la CMU-C.

Au 13 décembre 2010, 2,159 millions de personnes étaient affiliées à l'assurance maladie par la CMU de base dont 1,849 million en France métropolitaine avec un taux de CMUistes de base de 2,9 % et 310 699 personnes dans les Dom avec un taux de CMUistes de base de 16,7 %.



En France, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne, en 2008, 15,4% de la population adulte en ménage ordinaire. En 2008, 15,4% de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité. Il concerne 10% de la population, devant la lunetterie (4,1%) et les consultations de médecins (3,4% généralistes et spécialistes confondus).

L'impact de la **couverture maladie universelle** sur le niveau de renoncement aux soins pour raisons financières est très significatif, comparable à l'effet d'une couverture complémentaire offrant des garanties élevées. S'ils en étaient dépourvus, les bénéficiaires de la CMU seraient 40% à déclarer un renoncement aux soins, alors qu'ils ne sont en réalité que 22% à le faire. Pour autant, ce taux reste supérieur à celui des autres assurés disposant d'une couverture complémentaire (15%), ce qui suggère que donner le droit d'accès aux soins ne garantit pas un accès effectif.

L'aide médicale d'État (AME)

À côté de la couverture maladie universelle (CMU) qui s'adresse aux Français et aux étrangers en situation régulière, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 a instauré l'aide médicale de l'état (AME), un dispositif de prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière.

L'AME répond à un double objectif humanitaire et de santé publique (éviter la propagation de maladies contagieuses). Depuis la création de l'AME, le nombre de ses bénéficiaires a progressé de 70 000 à 230 000 entre 2000 et fin 2010. Cette évolution a été marquée par la montée en charge du dispositif mais apparaît également liée aux fluctuations du nombre d'étrangers en situation irrégulière. Elle reflète par ailleurs les modifications législatives et réglementaires qui ont restreint les

conditions d'admission à l'AME. Depuis fin 2003, une condition de résidence ininterrompue sur le territoire d'au moins trois mois est nécessaire pour bénéficier de l'AME, et en application des décrets de fin juillet 2005, il faut fournir des justificatifs d'identité et de domicile. À compter du 1er mars 2011, chaque bénéficiaire majeur doit s'acquitter d'un droit annuel de 30 euros pour bénéficier des prestations de l'AME (mesure abrogée voir art 13).

Les autres dispositifs pour les étrangers ne pouvant bénéficier de l'AME

Depuis 2003, un dispositif spécifique permet de prendre en charge des soins urgents (« dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ») pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence requises pour bénéficier de l'AME.

L'état participe également, par le biais de subventions, au financement d'associations humanitaires dont les centres de santé accueillent des personnes qui ne bénéficient pas ou pas encore de l'AME.

Enfin, les étrangers atteints d'affections graves qui ne pourraient recevoir de traitement approprié dans leur pays d'origine peuvent obtenir un titre de séjour en vertu du droit au séjour pour raison médicale institué en 1998 et avoir accès à une couverture maladie de droit commun.

Professionnels et équipements de santé, mise à jour

L'activité des établissements de santé en 2009 en hospitalisation complète et partielle

En 2009, les établissements de santé publics et privés situés en France (France métropolitaine et DOM) ont enregistré 25,4 millions de séjours répartis en 12,0 millions d'hospitalisations à temps complet et 13,4 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins d'un jour. Ces derniers prennent une part de plus en plus importante dans l'activité, notamment en moyen séjour. Le nombre de journées d'hospitalisation diminue de 4 %, suite à une forte baisse en soins de longue durée.

La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) concerne 87 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) 8 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent maintenant une part négligeable de l'activité.

Près de 40 % des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur dans lequel les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 1970. Les soins de courte durée représentent quant à eux 44 % des venues et le moyen séjour 17 %.

Depuis une vingtaine d'années, on enregistre une diminution de l'activité d'hospitalisation à temps complet, même si le nombre d'entrées en hospitalisation complète s'est globalement stabilisé ces dernières années (-0,2 % en 2009). Dans le même temps, se sont développées les prises en charge à temps partiel, avec des disparités toutefois selon le statut juridique et la discipline d'équipement. En 2009, l'activité à temps partiel a augmenté dans l'ensemble de 3,5 % : +11,3 % en moyen séjour, +3 % en médecine, chirurgie et obstétrique et +0,9 % en psychiatrie.

Psychiatrie

L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé

La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales: faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé est prise en charge en ambulatoire. Les autres prises en charge, dites à temps partiel et à temps complet, reposent essentiellement sur les 57 600 lits d'hospitalisation à temps plein, les 28 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit et les 1 700 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Toutefois, d'autres types d'alternatives à l'hospitalisation ont également été plus ou moins développés.

Une offre majoritairement publique et spécialisée

En 2009, sur 586 établissements de santé (voir définitions) assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, la moitié d'entre eux sont des établissements publics. Ils représentent les deux tiers de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et les quatre cinquièmes des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées, ces dernières ayant essentiellement une activité d'hospitalisation à temps plein. L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif. Près de deux tiers des établissements ayant une activité de psychiatrie sont monodisciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline. Les établissements privés à but lucratif sont quasiment exclusivement spécialisés en psychiatrie. Les établissements pluridisciplinaires sont, en revanche, en grande majorité des établissements publics.

Une prise en charge réalisée en grande partie en ambulatoire

Les patients de psychiatrie en établissements de santé sont essentiellement pris en charge en ambulatoire. En effet, 70 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme, notamment dans les 3800 centres médico-psychologiques (CMP) et unités de consultation. Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, près de 20 % des actes sont réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique, en établissement social ou médico-social ou encore en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI).

Un poids plus important du temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile

Le nombre de places en hôpital de jour et hôpital de nuit est de 28 000 places pour 5,1 millions de venues en 2009. À ces formes d'hospitalisation partielle, il convient d'ajouter les 2,2 millions de venues dans les 1 700 CATTP ou ateliers thérapeutiques.

La psychiatrie infanto-juvénile est caractérisée par une part beaucoup plus forte des prises en charge à temps partiel. Les places en hôpital de jour et de nuit représentent ainsi 75 % des capacités d'accueil (en lits et places) en psychiatrie infanto-juvénile contre 24 % en psychiatrie générale. En particulier, l'hospitalisation de jour est la forme d'activité, hors ambulatoire, la plus importante en nombre de journées réalisées en psychiatrie infanto-juvénile (57% des journées) alors qu'elle ne représente que 13 % des journées de prise en charge en psychiatrie générale.

Des prises en charge à temps complet réalisées principalement en hospitalisation à temps plein.

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ne cessent de diminuer. Cette diminution a toutefois ralenti ces dernières années et le nombre de lits installés s'établit à environ 58 000 en 2009 pour près de 19 millions de journées. Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes d'activité à temps complet ont été développées, essentiellement en psychiatrie générale, les enfants et adolescents étant plus souvent pris en charge à temps partiel ou en ambulatoire qu'à temps complet. Ainsi, en 2009, les établissements de santé déclarent disposer de 8 000 lits ou places en placement familial thérapeutique, centres de postcure, appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile et centres de crise et structures d'accueil d'urgence. Dans ces structures, 2,1 millions de journées de prises en charge ont été réalisées, soit 10 % de l'activité à temps complet.

De fortes disparités départementales

La densité nationale d'équipement en lits et places à temps complet et en places d'hôpital de jour et de nuit est de 146 pour 100 000 habitants en 2009. Elle est à compléter par 2,6 CATTP ou ateliers thérapeutiques pour 100 000 habitants. Ces taux d'équipement sont très variables d'une région à l'autre. Les mêmes disparités sont observables pour l'activité dénombrée en journées à temps complet comme à temps partiel qui varie de 364 à 686 journées pour 1 000 habitants (voir carte).

Carte : Nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie pour 1000 habitants au 1^{er} janvier 2009.



Carte journées psy
2009 .pdf (...)

Tableau : Capacités et activité au 31 décembre 2009



Activité ES
2009.xlsx (22 Ko)



Capacités et
activité au 31 dé...

Article 11§2 services de consultation et d'éducation sanitaires

1) Pour les Etats qui n'ont pas accepté le paragraphe 1, prière de décrire la politique générale de santé publique et le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique de santé publique et le cadre juridique.

Réponse :

Les réformes contenues dans la loi HPST du 21 juillet 2009 en matière de prévention et santé publique.

Actions de prévention

L'article 81 de la loi traite de la prévention des facteurs de risques pour la santé. Une fondation va contribuer à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à promouvoir la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions (article L. 1171-1 CSP). Autre aspect, un rapport précisant le nombre des malades de l'alcool, du tabac et des drogues en France sera transmis au Parlement avant le 31 décembre 2010 (article 82 de la loi).

Education thérapeutique

En matière d'éducation thérapeutique, l'article L. 1161-1 CSP précise qu'elle n'est pas opposable au malade. Elle ne peut donc pas conditionner le taux de remboursement des actes et des médicaments afférents à sa maladie. Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret. Les programmes d'éducation thérapeutique seront mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils seront proposés au malade par le médecin prescripteur, donneront lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé et seront évalués par la Haute Autorité de santé (article L. 1161-2 CSP). En l'absence de l'autorisation de l'ARS, des sanctions pénales sont précisées à l'article L. 1162-1 (30 000 euros d'amende).

Les programmes d'action thérapeutique ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par des laboratoires pharmaceutiques, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Ces entreprises peuvent toutefois prendre part à ces programmes, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations les élaborent et les mettent en œuvre (article 84 de la loi, article L. 1161-4 CSP). Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient déjà mis en œuvre ont jusqu'au 1er janvier 2011 pour obtenir l'autorisation auprès des agences régionales de santé compétentes. Un rapport devait être présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur la mise en œuvre de ces programmes et sur leurs financements.

Examen prénatal

L'article 86 de la loi prévoit qu'à l'occasion du premier examen prénatal, le médecin ou la sage-femme proposent un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Compétences nouvelles des sages-femmes

Parmi les nouvelles compétences des sages-femmes, figure la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique – article L. 4151-1 CSP), la prescription des contraceptifs intra-utérins, des diaphragmes et des capes, la première pose du diaphragme ou de la cape. Mais si les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les

contraceptifs hormonaux, la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.

Contraception et contraception d'urgence

L'article 87 de la loi précise que dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception, et notamment la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements d'enseignement du second degré, dans les services de la protection maternelle et infantile et dans les centres de planification ou d'éducation familiale. S'agissant des contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée, le pharmacien peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement, s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois.

Registre national des psychothérapeutes

L'article 52 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a été modifié par l'article 91 de la loi. Un décret en Conseil d'Etat devait préciser les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir les professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définit les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur agréent les établissements autorisés à délivrer cette formation. L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse. Ce décret précisera également les possibilités de dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique pour certains professionnels et les dispositions transitoires dont peuvent bénéficier les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret.

Accueil familial

L'instruction de la demande, la délivrance et le renouvellement de l'agrément aux accueillants familiaux, ainsi que le contrôle et le suivi social et médico-social des personnes accueillies, peuvent être assumés par l'établissement ou le service de soins. Les accueillants familiaux thérapeutiques employés par cet établissement ou service sont des agents non titulaires de cet établissement ou service (article 92 de la loi).

Lutte contre l'alcool

L'interdiction de délivrer de l'alcool à des mineurs a été renforcée. Un modèle spécifique d'affiche rappelant cette interdiction doit par exemple être apposé dans les débits de boissons à emporter (article L. 3342-4 CSP). Les sanctions en cas de vente à des mineurs de boissons alcooliques ont été durcies (articles L. 3353-3 et s. CSP), ainsi que les conditions de vente d'alcool dans les points de vente de carburant. L'article 95 prévoit que sans préjudice du pouvoir de police générale, le maire peut fixer par arrêté une plage horaire, qui ne peut être établie en deçà de 20 heures et au-delà de 8 heures, durant laquelle la vente à emporter de boissons alcooliques sur le territoire de sa commune est interdite. La pratique des « Happy Hours » a également été encadrée (article 96) : si le débitant propose des boissons alcooliques à prix réduits pendant une période restreinte, il doit également proposer à prix réduit les boissons non alcooliques.

Lutte contre le tabac

En matière de lutte contre le tabagisme, l'article 98 de la loi prévoit que la distribution à la vente ou l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret sont interdites. Il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, des produits du tabac ou ses ingrédients à des mineurs de moins de 18 ans (au lieu de 16 ans).

Lutte contre le plomb et l'amiante

Dans les zones délimitées pour la réalisation d'une opération d'amélioration de l'habitat, l'autorité administrative compétente prescrit aux propriétaires bénéficiant de subventions de travaux pour sortie d'insalubrité la réalisation et la communication d'un constat de risque d'exposition au plomb dans les immeubles affectés à l'usage d'habitation construits avant le 1er janvier 1949 (article 104 de la loi). L'article 105 précise pour sa part les obligations des propriétaires ou à défaut des exploitants en matière de détection de présence d'amiante.

Propagation internationale des maladies

Les obligations dans le cadre de la lutte contre la propagation internationale des maladies ont été renforcées par l'article 107 de la loi. En cas de voyage international, les exploitants de moyens de transport, d'infrastructures de transport et d'agences de voyages sont tenus d'informer leurs passagers ou leurs clients des risques pour la santé publique constatés par les autorités sanitaires dans les lieux de destination ou de transit. Ils les informent également des recommandations à suivre et des mesures sanitaires mises en place contre ces risques.

En cas d'identification d'un risque sanitaire grave postérieurement à un voyage et pour permettre la mise en place des mesures d'information et de protection nécessaires, ces exploitants doivent communiquer aux autorités sanitaires les données permettant l'identification des passagers exposés ou susceptibles d'avoir été exposés au risque.

Prévention de l'obésité

L'article 112 de la loi présente la prévention de l'obésité et du surpoids comme « une priorité de la politique de santé publique ». Il revient à l'Etat d'organiser et de coordonner la prévention, le traitement et la lutte contre l'obésité et le surpoids. Les campagnes d'information sont validées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Elles doivent également porter sur « l'acceptation des personnes obèses ou en surpoids et la lutte contre les discriminations qui leur sont faites ». Par ailleurs, l'utilisation du titre-restaurant a été étendue auprès des détaillants en fruits et légumes dans des conditions qui seront fixées par décret (article 113).

Mise en oeuvre

A. Education à la santé

1. Promotion d'une alimentation saine : le programme national nutrition santé (PNNS 3) 2011-2015

Ce troisième plan permet la poursuite des objectifs précis et quantifiés, tant en matière de consommation alimentaire que d'activité physique, fixés dans les premier et deuxième plans. Il a établi les conditions d'un dialogue permanent entre les acteurs développant des actions nécessaires à l'atteinte des objectifs : secteurs publics de la santé, éducation, agriculture, consommation, mais aussi secteur privé de la production à la distribution, consommateurs et collectivités territoriales.

De plus, ces PNNS ont défini un socle de repères nutritionnels qui constitue désormais la référence française officielle. Conformément à la culture alimentaire française, ces repères associent à l'objectif de santé publique les notions de goût, de plaisir et de convivialité. Ils ont été validés scientifiquement et sont désormais largement reconnus pour leur pertinence. Ces repères ont été promus notamment grâce à un effort massif de communication par le biais de guides (plus de 5 millions d'exemplaires) et de campagnes de communication de grande ampleur. Les PNNS évitent toute stigmatisation qui pourrait s'exercer à l'encontre de personnes en situation de surpoids ou d'obésité, il n'édicte aucun interdit alimentaire et évite la culpabilisation.

Neuf objectifs nutritionnels prioritaires :

1. augmenter la consommation de fruits et de légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et de légumes d'au moins 25 % (soit environ 45% de la population).
2. augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en-dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % la prévalence des déficiences en vitamine D.
3. réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses).
4. augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments

- sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples ajoutés, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres.
5. diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20% afin de passer en-dessous de 8,5 l/an/habitant.
 6. réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population des adultes
 7. réduire de 2-3 mm de mercure la moyenne de la pression artérielle systolique chez les adultes
 8. réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes (atteindre une prévalence inférieure à 33%) et interrompre la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants.
 9. augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine (soit 75% des hommes et 50% des femmes).

Les principales mesures du programme s'articulent autour des quatre thèmes prioritaires suivants :

- implication des différents acteurs de la nutrition
- éducation, information et communication ciblées
- prévention, dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de soins
- formation.

2. Education à la santé bucco-dentaire

Les affections bucco-dentaires – principalement la carie et les maladies parodontales (gencives et os alvéolaires) – sont extrêmement fréquentes. La carie touche en 2006 plus d'un tiers des enfants de 6 ans et environ 45% des enfants de 12 ans. Dans la population adulte, les données épidémiologiques sont rares mais on estime à plus des trois quarts la proportion de personnes atteintes, avec un indice carieux (nombre de caries traitées ou actives) moyen voisin de 15 dans la tranche d'âge 35-44 ans. Les maladies parodontales sont responsables de la plupart des pertes dentaires dans la deuxième moitié de la vie. En 1993, le nombre moyen de dents absentes était de 3 dans la tranche d'âge 35-44 ans et de 16,9 dans la tranche d'âge 65-74 ans. Enfin, la France a l'incidence de cancers buccaux la plus élevée d'Europe : 7705 cas en 2000.

Conformément à la LPSP, l'objectif est de réduire de 30% en 5 ans l'indice carieux des enfants de 6 et 12 ans.

Ainsi, l'article L. 2132-2-1 du Code de la Santé Publique qui prévoit l'instauration d'un examen bucco-dentaire de prévention à 6 et 12 ans, pris en charge à 100% sans avance de frais, de même que les soins dispensés pendant les 6 mois suivant l'examen, comme le prévoyait la mesure-phare du plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 est pérenne. Cette mesure est accompagnée de :

- séances d'information dans les classes de CP et de 6e pour inciter les enfants et leur famille à bénéficier de l'examen.
- campagne d'information grand public autour du slogan : « M' T dents ».
- campagne d'information auprès des professionnels.

En outre, elle a été étendue et bénéficie désormais aux enfants de 9 ans, 15 ans et 18 ans et figure dans la convention de gestion signée entre l'Etat et l'Assurance Maladie pour la période 2010-2013.

Des actions régionales complémentaires ont également été mises en place à titre expérimental dans quelques départements français et concernent :

- une action de dépistage pour les enfants de 4 ans ;
- la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents de 12 EHPAD ;
- la prise en charge de la santé bucco-dentaire des femmes enceintes au quatrième mois de grossesse.

B. Enfants et adolescents

Plan Santé des jeunes 16-25 ans

Bien que les données concernant la tranche d'âge des moins de 25 ans indiquent, fort heureusement, que la majorité de ces jeunes sont en bonne santé, certains sont concernés par des affections et des troubles susceptibles d'altérer plus ou moins gravement leur santé à court, moyen ou long terme. Plusieurs études révèlent en effet une situation préoccupante en termes de souffrance psychique, de conduites à risque, dans le domaine de l'alimentation et de la sexualité, de consommations de substances psychoactives.

Pour les jeunes en situation précaire, marginalisés ou en voie d'insertion, des difficultés d'accès à la prévention et aux soins viennent aggraver la situation.

Les réponses à ces constats reposent sur une prise de conscience des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, de l'insertion sociale et familiale, et sur une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs pour des actions adaptées, coordonnées, visant à la fois l'insertion et le bien-être du jeune.

Les principales mesures des quatre axes de ce plan sont :

Lutter contre les comportements à risque

- Lutter contre les pratiques addictives
- Prévenir les déséquilibres alimentaires / Lutte contre l'anorexie

Répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables

- Développement des maisons des adolescents
- Amélioration de l'accessibilité du Fil Santé Jeunes
- Programme expérimental de prévention et d'éducation à la santé en milieu scolaire
- Lutte contre les souffrances psychiques des jeunes
- Lutte contre les souffrances psychiques liées à l'homophobie
- Repérage et prise en charge de la crise suicidaire
- Développement d'une campagne «contraception » ciblant les jeunes

Développer les activités physiques et sportives

- Passage de 3 à 4 heures hebdomadaires d'activités sportives à l'école
- Développement du sport à l'université

Permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé

- Versement fractionné des cotisations maladie pour les prochaines inscriptions universitaires
- Mise en place d'une consultation annuelle sans avance de frais pour tous les jeunes de 16 à 25 ans
- Organisation d'une conférence biennale sur la santé des jeunes

Un suivi des différentes mesures mises en œuvre dans le cadre de ce plan est assuré par la Direction générale de la Santé.

Prise en charge et prévention des addictions 2007-2011

Ce plan prend en compte toutes les addictions, qu'elles soient liées ou non aux substances : tabac, alcool, drogues illicites, médicaments ou jeu. Elles peuvent mettre en difficulté toute personne qui les consomme, mais aussi son entourage et l'ensemble de la société.

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%
- réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance
- abaisser la prévalence du tabagisme chez les hommes et chez les femmes

Le plan a identifié 6 priorités :

- mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé
- mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux
- articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social
- développer la prévention
- renforcer la formation des professionnels en addictologie
- coordonner davantage la recherche en addictologie.

Une commission dite « addictions » a été créée pour le suivi de ce plan.

C. Consultation et dépistage

Dépistage des maladies : le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 et plan de lutte en direction des populations d'outre-mer

Un plan spécifique adapté aux personnes des territoires ultramarins.

Près de 7000 nouvelles contaminations par le VIH se produisent chaque année, dont la quasi-totalité à la suite d'un contact sexuel, qu'il s'agisse d'un rapport hétérosexuel ou homosexuel. La contamination par usage de drogue injectable concerne pour sa part 1% des cas de nouvelles contaminations sans le savoir.

Ce plan vise à permettre la banalisation du dépistage en direction de la population générale et de renforcer l'action publique spécifique en faveur de certains publics particulièrement vulnérables en raison de la variété des populations touchées et des modes de contamination.

Il a également pour objectif de réduire la transmission d'autres infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonococcies, infections à chlamydiae...) dont la prévalence tend à augmenter ces dernières années.

Ce plan retient 8 objectifs à atteindre à partir des propositions formulées par le Haut Conseil de Santé Publique :

- Réduire de 50% l'incidence de l'infection par le VIH
- Réduire de 50% en 5 ans l'incidence du SIDA
- Réduire de 50% la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade SIDA
- Réduire de 20% la mortalité liée au SIDA
- Réduire l'incidence des gonococcies
- Réduire l'incidence de la syphilis
- Réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à Herpes Simplex Virus
- Réduire l'incidence et la prévalence de contaminations par papillomavirus

Les mesures du plan sont réparties dans les 5 axes stratégiques suivants :

- Prévention, Information et éducation pour la santé
- Dépistage
- Prise en charge médicale
- Prise en charge sociale, et lutte contre les discriminations
- Recherche et observation

Ces mesures sont également regroupées dans 4 programmes populationnels qui déclinent les axes stratégiques en direction de publics spécifiques :

- les populations migrantes
- les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), les lesbiennes, bi et transsexuel(le)s
- les personnes usagères de drogues
- les personnes qui se prostituent.

Pour les personnes détenues, il convient de se référer au plan spécifique.

Pour les populations des départements d'outre-mer, les actions sont précisées dans un plan spécifique et complémentaire à ce plan national.

La gouvernance du plan est organisée à travers deux comités, un comité de pilotage restreint et un comité de suivi. Ce dernier associe le comité de pilotage et l'ensemble des parties prenantes en particulier les associations et les professionnels.

Ce comité contribue à une analyse régulière de l'état d'avancement des mesures et actions du plan et propose les ajustements nécessaires. Il se réunit deux fois par an.

D. Education à la santé en milieu scolaire

L'École a deux responsabilités complémentaires :

- le suivi de santé des élèves assuré par les personnels de santé de l'Éducation nationale (médecins et infirmiers) ;
- la promotion de la santé, l'éducation à la santé, aux comportements responsables et à la citoyenneté sont prises en charge par les équipes éducatives.

1. Le suivi de la santé des élèves

- **Le cadre législatif et réglementaire**

- l'article L. 541-1 du code de l'éducation concerne la réalisation de visites médicales à différents âges de l'enfant : dans leur 6^{ème}, 9^{ème}, 12^{ème} et 15^{ème} année ;
- l'article D. 4153-43 du code du travail relatif aux dérogations accordées pour les élèves apprentis mineurs désigne le médecin chargé de la surveillance des élèves pour l'avis médical nécessaire ;
- le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap précise le rôle des personnels de santé dans l'accueil des malades et handicapés.

- Etat des lieux de la mise en œuvre de ces dispositions et pistes d'amélioration

➤ ***Les visites médicales***

Actuellement, le bilan de santé de la 6^{ème} année est réalisé par les personnels de santé de l'éducation nationale. Il vise à détecter, de façon précoce, les troubles du langage et les pathologies susceptibles d'entraver les apprentissages.

Le taux de réalisation de ce bilan pour l'année 2010-2011 est de 70,9 % pour 74 départements dans 27 académies (en raison d'une grève administrative des médecins et infirmiers). Ce taux passe à 81,3% des élèves de l'éducation prioritaire.

L'organisation de la passation de ce bilan de santé varie selon les académies : un dépistage infirmier et une visite médicale dans 27% des cas ; uniquement un dépistage infirmier dans 37% des cas ; uniquement une visite médicale dans 38% des cas.

Le dépistage infirmier est défini dans le cadre de la circulaire des missions de 2001 des infirmiers de l'éducation nationale.

Certaines académies ont élaboré une stratégie associant le repérage fait par les enseignants dans leur pratique quotidienne et le dépistage infirmier. Ces éléments, associés à l'examen du carnet de santé de l'enfant, permettent au médecin de disposer d'une « synthèse » et de poursuivre, s'il l'estime nécessaire un examen médical plus approfondi.

➤ ***Les avis d'aptitude pour travail sur machines « dangereuses »***

Conformément à l'article R. 4153-43 du code du travail, « les autorisations sont accordées par l'inspecteur du travail, après avis favorable du médecin du travail *ou du médecin chargé de la surveillance des élèves* » pour les élèves devant avoir accès à des machines ou produits dangereux dans leur formation.

➤ ***Le suivi des élèves handicapés et malades***

Pour les élèves handicapés : en 2010-2011 près de 201 400 élèves handicapés sont scolarisés dans les écoles et établissements relevant du ministère de

l'éducation nationale (public + privé sous contrat), 126 294 dans le premier degré, 75 094 ans le second degré. Depuis l'année scolaire 2004-2005 un accroissement des effectifs de +44,6% est constaté (133 838 élèves en 2004-2005, 201 388 élèves en 2010-2011, soit 67 550 en plus).

L'adaptation à la scolarité pour ces élèves (dans le cadre des projets personnalisés de scolarisation - PPS) a entraîné une augmentation significative du temps mobilisé pour les personnels de santé. Les médecins sont particulièrement impliqués dans les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et dans les équipes pluridisciplinaires.

Pour les élèves malades : un nombre élevé de projets d'accueil individualisé (PAI) est mis en place (près de 120 000 en 2010-2011) et le temps consacré à chacun est important.

L'élaboration des PAI avec le concours du médecin de l'éducation nationale, à la demande de la famille, en y associant le directeur d'école ou le principal constitue donc une part non négligeable du temps de travail des médecins.

2- La promotion de la santé, l'éducation à la santé et aux comportements responsables

L'éducation à la santé participe, de la maternelle au lycée, à l'acquisition progressive de savoirs et de compétences qui doivent permettre aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé.

La politique éducative de santé constitue un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité. Dans ce cadre, l'École joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information et l'orientation.

Référence : circulaire n°2011-216 du 2 décembre 2011 relative à la « Politique éducative de santé dans les territoires académiques »

(http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640)

Les orientations de la politique éducative de santé définies par la circulaire précitée s'appuient sur **trois principes essentiels** :

- la **mise en œuvre systématique de la démarche de projet** adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques de chaque école ou établissement ;
- la **responsabilisation de l'ensemble des acteurs** du système éducatif (personnels d'inspection, de direction, d'enseignement, d'éducation, d'orientation, sociaux, de santé, TOS) ;
- **l'ouverture à de nouveaux partenaires.**

La circulaire définit un cadre de mise en œuvre en **quatre axes principaux** :

- **Une politique éducative de santé intégrée au projet académique et aux projets d'école et d'établissement**

La démarche de projet est une condition de l'accomplissement de la mission éducative de l'École. Dans le domaine de l'éducation à la santé et de la prévention, comme dans les autres domaines, elle doit donc mobiliser les acteurs, à tous les niveaux de responsabilité : national, académique et local.

Chaque projet académique comporte un programme éducatif de santé construit notamment autour des priorités retenues au niveau national, tout en prenant en compte les spécificités de leurs territoires. Le projet de l'académie trouve ensuite sa déclinaison dans chaque projet d'école ou d'établissement et se concrétise ainsi au plus près des élèves. Chaque établissement scolaire dispose d'un **comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté** (CESC) qui associe l'ensemble de la communauté éducative et les partenaires locaux de l'établissement (collectivités locales, services de police et de justice, associations). Ce comité conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé, intégré au projet d'établissement.

➤ **Une politique éducative de santé en cohérence avec la politique publique de santé**

La politique mise en œuvre se caractérise par une approche globale, portant sur l'ensemble des déterminants de santé comme sur les principaux besoins des élèves. Elle s'inscrit dans une logique de promotion de la santé - associant le milieu scolaire et les partenaires locaux - ainsi que de repérage, de dépistage et d'orientation.

La politique éducative de santé contribue, par la recherche continue d'une forte cohérence avec les autres politiques de santé, à l'amélioration de la santé des populations, au premier rang desquelles celles qui disposent le moins d'un accès aux modes de prévention ou aux soins libéraux.

➤ **Un pilotage, un accompagnement et un partenariat renforcés aux différents échelons**

La politique éducative doit notamment s'appuyer sur un pilotage et un accompagnement, tant au niveau national et académique qu'au niveau des écoles et des établissements scolaires, clairement identifiés par tous les acteurs du système éducatif et leurs partenaires.

➤ **Un programme d'actions construit autour de sept priorités**

Sept domaines prioritaires sont retenus pour être programmés dans **le projet éducatif de chaque école ou chaque établissement**, selon des inflexions liées à l'analyse spécifique des besoins identifiés dans le cadre de la démarche de projet.

La stratégie mise en œuvre s'appuie ensuite sur deux niveaux :

- des actions d'information et d'éducation conçues à l'aide de ressources existantes ;
- une orientation vers des dispositifs extérieurs lorsqu'une prise en charge ou un accompagnement s'avère nécessaire.

Les sept priorités retenues dans le cadre de la circulaire sont :

- faire acquérir aux élèves des bonnes habitudes d'hygiène de vie ;
- généraliser la mise en œuvre de l'éducation nutritionnelle et promouvoir les activités physiques (intégrant la prévention du surpoids et de l'obésité) ;
- généraliser l'éducation à la sexualité (accès à la contraception et prévention des IST et du sida) ;
- généraliser la prévention des conduites addictives ;
- organiser la prévention des « jeux dangereux » et participer à la prévention et à la lutte contre le harcèlement entre élèves ;

- repérer les signes d'alerte témoignant du mal-être et organiser le cas échéant la prise en charge des élèves repérés, notamment des victimes ou des auteurs de harcèlement ;
- renforcer l'éducation à la responsabilité face aux risques (formation aux premiers secours).

Chacun de ces axes prioritaires fait l'objet d'une fiche thématique présentée en annexe de la circulaire précitée rappelant les objectifs, les modalités de mise en œuvre, les ressources et des indicateurs de suivi au niveau national et au niveau de l'établissement. Ces fiches sont complétées par des dispositions législatives et réglementaires en vigueur qui s'inscrivent dans des politiques interministérielles et les différents plans qui les mettent en œuvre.

Partenariats

Des partenariats nouveaux et/ou renouvelés sont mis en œuvre à travers des conventions spécifiques avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) (*projet en cours*), la MAIF, la Croix Rouge, le Planning familial (*projet en cours*), le Comité national contre le tabagisme.



Réponse au CEDS :

2010- Présentation de la campagne de lutte contre le SIDA

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_campagne_lutte_Sida_2010.pdf

L'INPES, la MILDT (Mission interministérielle de **lutte contre la drogue et la toxicomanie**) et le ministère de la Santé ont lancé le **13 décembre 2010** une nouvelle campagne télé.

La campagne « Contre les drogues, chacun peut agir » entend soutenir les parents et les adultes en général dans leur rôle de prévention de la consommation de drogue chez les adolescents. Elle les encourage à intervenir en cas de consommation, à engager le dialogue avec leur enfant, sans dramatisation ni banalisation, et à demander une aide extérieure si c'est nécessaire. Trois spots ont été diffusés à partir du 13 décembre pendant trois semaines.

3) Prière de fournir toutes statistiques ou autres informations pertinentes, y compris sur les services de consultation et de dépistage en milieu scolaire et pour le reste de la population.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf

Article 11§3 prévention des maladies

1) Pour les Etats qui n'ont accepté ni le paragraphe 1 ni le paragraphe 2, prière de décrire la politique générale de santé publique et le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs,

programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique de santé publique et le cadre juridique.

Réponse : prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents

A. Environnement : le plan national Santé Environnement (PNSE2) 2009-2013

Les impacts de l'environnement sur notre santé sont manifestes. Environ 30.000 décès anticipés par an sont liés à la pollution atmosphérique urbaine. En 20 ans, la prévalence des maladies allergiques respiratoires a doublé. Seules 50% des ressources en eau potable disposent aujourd'hui de périmètres de protection. 7 à 20% des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux. 14% des couples consultent aujourd'hui pour des difficultés à concevoir, lesquelles difficultés pourraient être liées à des expositions à des substances toxiques pour la reproduction.

Les deux axes du plan sont :

- Réduire les inégalités environnementales
- Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé

Ce plan comporte 16 fiches thèmes d'intervention regroupant 58 actions dont 12 mesures phares :

➤ les 16 thématiques :

- Plan particules • Réduction des substances toxiques dans l'air et dans l'eau • Qualité de l'air intérieur • Réduction de l'exposition aux substances ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique en milieu de travail • Santé et transports • Protéger la santé et l'environnement des enfants • Protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables du fait de leur état de santé • Lutte contre l'habitat indigne • Protéger la population des contaminations environnementales liées à l'eau • Lutter contre les «points noirs environnementaux»
- Diminuer l'impact du bruit • Réduire l'exposition au radon et à l'amiante naturellement présents dans l'environnement • Risques émergents • Recherche • Expertise • Formation et information.

➤ Les 12 mesures phares :

- Réduire de 30% – les concentrations dans l'air ambiant en particules fines PM 2,5 (particules de taille inférieure à 2,5 µm) d'ici à 2015 – les émissions dans l'air et dans l'eau de 6 substances toxiques d'ici à 2013 (mercure, arsenic, hydrocarbures aromatiques polycyclique (HAP), benzène, perchloroéthylène et PCB/dioxines)
- Mettre en place un étiquetage sanitaire des produits de construction, de décoration ainsi que des produits les plus émetteurs de substances dans l'air intérieur des bâtiments, et rendre obligatoire l'utilisation des produits et matériaux les moins émissifs dans les écoles et crèches
- Favoriser les mobilités douces pour diminuer à la fois l'impact environnemental des transports et développer l'activité physique, qui est un élément essentiel en matière de santé
- Assurer la protection des aires d'alimentation des 500 captages d'eau les plus menacés.

- Améliorer la connaissance et réduire les risques liés aux rejets de médicaments de l'environnement, en engageant dès le mois de juillet 2009 les travaux en vue de l'élaboration d'un plan d'action national, en installant le comité de suivi et de pilotage de ce plan
- Mettre en place dès 2010 un programme de biosurveillance sanitaire de la population.
- Expérimenter un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles dans 4 régions.
- Renforcer le contrôle des substances, préparations et articles mis sur le marché en France, notamment sur les produits destinés aux enfants
- Réduire l'exposition aux substances préoccupantes dans l'habitat et les bâtiments accueillant des enfants: une expérimentation de surveillance de la qualité de l'air dans 300 crèches et écoles sera lancée dès la rentrée 2009 et un programmes d'identification et de traitement des crèches et des écoles construites sur des sols pollués sera également engagé, en accord avec les collectivités locales concernées
- Développer des conseillers «Habitat santé », pouvant se rendre au domicile des personnes souffrant de certaines maladies, pour leur proposer des mesures ciblées destinées à améliorer leur environnement de vie
- Poursuivre le programme de lutte contre l'habitat indigne, avec un objectif de 20000 logements traités par an
- Identifier et gérer les «points noirs environnementaux », qui sont des zones susceptibles de présenter une surexposition à des substances toxiques, en particulier en mettant en place des actions d'identification de ces zones

Pour assurer la mise en oeuvre du PNSE au plus près des réalités locales, chaque région élabore un plan régional santé environnement (PRSE).

- Prévention des accidents de la vie courante

Un plan de prévention des accidents de la vie courante est en vigueur depuis 2007. Il comprend 10 actions réparties en trois axes comportant les principales mesures suivantes :

- Actions destinées à prévenir les accidents à l'intérieur des habitations
 - Brûlure et intoxication en cas d'incendie domestiques
 - Prévenir les risques de chute et de défenestration
- Actions destinées à prévenir les accidents survenant à l'extérieur
 - Les mesures de prévention face à deux types de risques, les traumatismes crâniens et les noyades.
- Actions transversales
 - Un portail Internet d'information grand public <http://www.stopauxaccidentsquotidiens.fr/> a été ouvert le 1^{er} janvier 2009

Afin de suivre et d'orienter la mise en oeuvre des actions du PNSE 2, un comité de pilotage a été créé. Il réunit les 5 collèges du Grenelle de l'Environnement : État, collectivités territoriales, associations.

Ce groupe a la possibilité de faire évoluer les actions au fur et à mesure de leur avancée et des nouvelles connaissances.

B. Vaccination : le plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010 (Echéance 2010 repoussée par l'OMS-Europe à 2015)

Outre la mise à jour annuelle du calendrier vaccinal général, un plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010 a été mis en place (repoussé à 2015). Il s'intègre dans une démarche de l'OMS qui vise à éliminer la rougeole et la rubéole congénitale à horizon 2010.

L'incidence nationale de la rougeole était de 300.000 cas par an en 1985 et a progressivement chuté pour atteindre un nombre estimé de 10.400 cas en 2003 et 4.448 cas en 2004, soit respectivement 16 et 7 cas pour 100.000 habitants. Le vaccin contre la rougeole est pris en charge à 100% par l'assurance maladie jusqu'à 13 ans. La couverture vaccinale était en 2005 de 85% à 24 mois. Cette couverture est insuffisante pour éliminer la circulation du virus.

La rubéole est une maladie bénigne mais sa survenue au cours d'une grossesse peut entraîner une atteinte très grave du fœtus. Le nombre de nouveau-nés atteints de rubéole congénitale malformative a été de 6 en 2001, 1 en 2002 et 2 en 2003. La stratégie de lutte contre la rubéole a privilégié la prévention chez la femme en âge de procréer. Depuis 1992, un décret impose un dépistage sérologique de la rubéole lors du premier examen prénatal.

L'objectif fixé par la LPSP en 2004 est d'atteindre ou maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés en 2008.

Pour cela, un plan a été élaboré dont les objectifs sont les suivants :

- atteindre un taux d'incidence de la rougeole inférieur à un cas confirmé par million d'habitants par an, en excluant les cas confirmés importés
- atteindre une incidence nulle pour les syndromes de rubéole congénitale
- atteindre un taux d'infections rubéoleuses maternelles chez les femmes vivant en France <1 cas pour 100 000 naissances vivantes
- atteindre un pourcentage de personnes réceptives au virus de la rougeole inférieur à 15% chez les 1-4 ans, inférieur à 10% chez les 5-9 ans, inférieur à 5% entre 10 et 14 ans et inférieur à 5% dans chaque cohorte annuelle d'âge au-delà de 15 ans
- atteindre un niveau de couverture vaccinale à 24 mois d'au moins 95% pour la première dose et d'au moins 80% pour la seconde dose, dans l'ensemble des départements et pour les deux maladies
- atteindre un niveau de couverture vaccinale d'au moins 90% à 6 ans pour la deuxième dose, dans l'ensemble des départements et pour les deux maladies

—

Les principales mesures du plan visent les stratégies de vaccination, les stratégies de promotion de la vaccination, l'amélioration de la surveillance de la maladie, l'amélioration de la connaissance de l'évolution de la couverture vaccinale et l'élaboration de protocoles.

C. Plan des infections associées aux soins

Depuis vingt ans, la lutte contre les infections nosocomiales a permis de grands progrès dans les établissements de santé.

Une compréhension plus claire de la circulation des patients entre la prise en charge en ville, l'admission en établissement de santé puis, le cas échéant, l'hébergement transitoire ou définitif dans un établissement médico-social, conduit aujourd'hui à une vision moins purement nosocomiale des infections associées aux soins (IAS), la prévention de celles-ci devant donc se concevoir dans le champ plus large du parcours de soins.

Ce plan comporte trois programmes sectoriels permettant de décliner les orientations stratégiques :

- un programme national de prévention des infections nosocomiales
- un relatif à la prévention des infections associées aux soins en établissements médicosociaux prévoyant une évaluation de la maîtrise du risque infectieux associé aux soins dans chaque établissement
- et des protocoles d'aide à sa gestion, le dernier concernera l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville.

Les objectifs fixés par la loi de santé publique sont déclinés dans un plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS définit la stratégie nationale en fixant le cadre de la prévention des IAS aux niveaux national, régional et local. Il comprend les modalités d'organisation et les actions structurantes de ces différents niveaux. Il couvre les trois secteurs de soins : établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville.

La stratégie nationale est complétée par un programme national spécifique à chaque secteur de soins.

Les trois axes stratégiques :

- Développer une politique globale de prévention des IAS, prenant en compte les spécificités sectorielles et territoriales
- Mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS
- Agir sur les déterminants du risque infectieux associé aux soins.

La mise en oeuvre du Plan stratégique national de prévention des IAS a vocation à être progressive, au cours de la période 2009-2013.

Un comité stratégique est chargé de procéder à une évaluation de la mise en oeuvre du plan stratégique, de faire des recommandations à l'administration pour son adaptation et celle de la politique nationale de prévention des IAS, en fonction des résultats et de l'évolution du contexte national, ainsi que de veiller à la cohérence des plans et programmes nationaux avec le plan stratégique et entre eux.

D. Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013

Ce programme constitue la déclinaison dans les établissements de santé du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins. Il s'inscrit dans le prolongement du Programme national de lutte contre les infections

nosocomiales 2005-2008 sur la base de l'évolution des indicateurs nationaux pour les établissements.

Les actions du programme de prévention des IN seront réalisées par les établissements de santé (échelon local) et les échelons régional, inter régional et national :

- Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins pour améliorer la prévention et la maîtrise du risque infectieux
- Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance pour prioriser les infections nosocomiales et évaluer les actions de prévention
- Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique pour prévenir et maîtriser leur diffusion
- Maintenir l'usager au centre du dispositif pour améliorer la transparence et la prise en charge des patients infectés
- Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales pour accroître l'efficacité de la gestion du risque infectieux
- Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales pour mieux comprendre la survenue des infections et adapter les mesures de prévention.

E. Plan national de lutte Hépatites B et C

Les deux exercices précédents de programmation nationale (1999-2002, puis 2002-2005) ont permis d'enregistrer des progrès notables dans la lutte contre les hépatites B et C.

Toutefois, la situation rend nécessaire un nouveau Plan de lutte contre les hépatites chroniques B et C.

Conformément aux objectifs fixés par la loi de santé publique de 2004 qui sont de réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques et de maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC, ce plan comprend cinq axes stratégiques, quinze objectifs et cinquante-cinq actions.

Les principales mesures de ces cinq axes stratégiques sont :

- Réduction de la transmission des virus B et C
 - Renforcer l'information et la communication, notamment en direction des professionnels de santé et par un soutien des associations communautaires
 - Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B
 - Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues
 - Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque
- Renforcement du dépistage des hépatites B et C
 - Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des hépatites B et C
 - Améliorer les pratiques de dépistage et diagnostic biologique des hépatites B et C et celles de rendu des résultats

- Renforcement de l'accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie
 - Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge des hépatites B et C
 - Promouvoir les programmes d'éducation thérapeutique du patient
 - Soutenir l'ensemble des actions hors soins pôles de référence «hépatite C»
 - Améliorer la formation des professionnels de santé
- Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral
 - Amélioration de l'incitation au dépistage des hépatites lors de la visite « entrant » et définition des conditions de son renouvellement
- Surveillance et connaissances épidémiologiques ; évaluation, recherche et prospective
 - Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques
 - Renforcer l'évaluation: évaluation des pratiques professionnelles et de la formation professionnelle en matière de prise en charge de l'hépatite C; évaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention pour usagers de drogues; expérimentation des outils de réduction des risques pour usagers de drogues hors injection
 - Développer la recherche et la prospective : modélisation de la morbi-mortalité des hépatites chroniques B en fonction des scénarios thérapeutiques
 - Suivre et évaluer le plan national.

Un comité de suivi et de prospective a été mis en place. À ce titre il accompagne le déploiement du plan en région en lien avec la mise en place des agences régionales de santé et des nouveaux plans régionaux de santé. Ce comité est également chargé d'apporter au ministre chargé de la Santé des éléments d'orientation et de stratégie sur la lutte contre les hépatites B et C.

Il assure par conséquent, une veille sur les nouvelles méthodes de préventions (primaire et secondaire), de traitements et de prises en charge.

Une évaluation du plan sera programmée en 2011 pour réalisation en 2012.

F. Programme de lutte contre la tuberculose en France

La tuberculose est une maladie infectieuse due au bacille tuberculeux *Mycobacterium tuberculosis*, aussi appelé bacille de Koch (BK).

Il existe un vaccin contre la tuberculose, le BCG (Bacille de Calmette et Guérin) dont l'efficacité est estimée entre 75 et 85% pour les formes graves du nourrisson et du jeune enfant, et entre 50 et 75% pour la tuberculose de l'adulte mais n'est plus obligatoire pour l'entrée en collectivités depuis 2007.

Ce plan répond au besoin de s'adapter à l'évolution des données épidémiologiques relatives à la tuberculose. La faible prévalence de cette maladie a entraîné une baisse de l'expérience des professionnels de santé. Cette diminution est néanmoins très hétérogène selon les groupes de population et les territoires. Les personnes les

plus défavorisées et celles originaires de zones de forte endémie (Afrique subsaharienne, Asie et Europe de l'Est) présentent une incidence très élevée.

Un des enjeux majeurs du plan est de stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque, comme cela est inscrit dans la loi de santé publique de 2004.

De plus, l'évolution de la politique vaccinale (suspension de la vaccination obligatoire et vaccination ciblée des populations à risques) envisagée au moment de la mise en place du comité chargé de l'élaboration de ce plan ne peut se concevoir sans un renforcement des autres axes de la politique de lutte contre la tuberculose.

Il a vocation également à permettre d'harmoniser les pratiques de soins et de prévention dans le contexte de la recentralisation de la lutte contre la tuberculose.

Les deux objectifs stratégiques du plan sont :

- de stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en France ;
- et de réduire les inégalités socio-démographiques et territoriales.

Il est structuré autour de 6 axes déclinés en 13 objectifs avec les principales mesures suivantes :

- Assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie :
 - Sensibiliser et informer sur la tuberculose
 - information et la sensibilisation sur cette maladie les professionnels de santé, les professionnels concernés et les populations
 - Favoriser l'accès aux soins et renforcer la confiance dans le dispositif de soins
 - maintien de l'accès aux soins par la diffusion d'informations sur les droits des populations cibles et des malades
 - Garantir la qualité des soins
 - Renforcer l'éducation thérapeutique et faciliter l'observance du traitement.
 - accompagnement des malades dans la prise des traitements
- Améliorer le dépistage de la tuberculose (tuberculose maladie et infections tuberculeuses latentes relevant d'un traitement)
- Optimiser la stratégie vaccinale par le BCG (prévenir les formes graves)
 - suspension de la vaccination obligatoire et recommandation forte de vaccination des populations à risques
- Maintenir la résistance aux antibiotiques à un faible niveau
- Améliorer la surveillance épidémiologique et les connaissances sur les déterminants de la tuberculose
 - développement des outils de pilotage régional de la lutte contre la tuberculose
- Améliorer le pilotage de la lutte antituberculeuse
 - développement de partenariats locaux afin d'articuler la lutte contre la tuberculose avec la politique de la ville et les politiques sociales

Le comité de suivi du programme assure le suivi du programme et se réunit en séance plénière au moins deux fois par an.

G. Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010

L'apparition de bactéries pathogènes résistantes et leur diffusion dans les populations humaines constituent un des phénomènes majeurs des vingt dernières années alors même que les perspectives de découverte de nouvelles classes d'antibiotiques sont réduites. Afin de limiter la consommation en antibiotiques, le plan 2007-2010 a été mis en place autour des axes stratégiques suivants :

- Améliorer les pratiques médicales
- Améliorer les connaissances du grand public et du personnel de la petite enfance
- Intégrer la politique antibiotique dans une gestion plus globale du risque infectieux et médicamenteux
- Décliner le plan dans les établissements de santé
- Mettre en place le système d'information du plan
- Communiquer et valoriser les actions et les résultats du plan
- Favoriser la recherche.

Les principales mesures qu'il comporte vise l'information avec des actions de sensibilisation et de mobilisation du grand public, de formation initiale et continue des professionnels de santé, de définition et diffusion de bonnes pratiques et d'épidémiologie et de recherche visant à recueillir et analyser les informations concernant les résistances bactériennes, les consommations d'antibiotiques, et l'incidence de certaines infections dans l'optique de mesurer l'impact du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques et en participant aux projets européens et à encourager la recherche de nouvelles thérapeutiques anti-infectieuses et de nouveaux tests de diagnostic rapide.

Le comité national de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques dégage les actions prioritaires du plan, définit des objectifs à long terme et des objectifs intermédiaires, détermine un calendrier de mise en oeuvre, effectue un bilan régulier des avancées.

Le suivi s'effectue sur la base de trois indicateurs principaux, les résistances bactériennes, les consommations d'antibiotiques et l'incidence de certaines infections.

Ce plan est suivi d'un nouveau plan de lutte pour la période 2011-2016, qui prend en compte les propositions du comité de suivi et de ses groupes de travail et les éléments de l'évaluation du HCSP.

Préparation et gestion des alertes sanitaires

A. Règlement sanitaire international

Le RSI révisé a ainsi été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé le 23 mai 2005 et est entré en vigueur le 15 juin 2007.

Le règlement sanitaire international vise à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.

Deux axes de travail sont privilégiés dans ce plan :

- Un renforcement des systèmes nationaux de surveillance et d'action
- Un renforcement de la surveillance sanitaire mise en place, en routine et en cas d'alerte, dans les ports, aéroports et poste frontières terrestres désignés.

Autour de ces deux axes, les états signataires doivent :

- identifier les acteurs intervenant dans la détection, l'évaluation et la gestion d'une alerte ;
- optimiser les circuits de transmission entre eux ;
- désigner un point focal national chargé de centraliser les alertes au niveau national et de faire le lien avec l'OMS.

Au niveau des points d'entrée internationaux désignés dans le cadre du RSI, chaque État partie doit être en mesure :

- d'assurer l'accès à un service médical approprié ;
- d'assurer la prise en charge des passagers suspects (contrôles à l'entrée et à la sortie, isolement, mise en quarantaine...) ;
- d'assurer l'inspection des moyens de transport ;
- de maintenir l'hygiène des services utilisés par les voyageurs
- d'assurer un programme de lutte contre les vecteurs et les réservoirs...

Au niveau national, un comité de pilotage interministériel a été institué afin de suivre la mise en œuvre progressive du RSI jusqu'en 2012

B. Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale »

Les plans se succèdent périodiquement tous les 2 ans.

Après 2003 et la menace persistante que constituent les pandémies grippales, la grippe H5N1 en tête, la France, en appliquant les recommandations internationales de l'OMS, a décidé de mettre en place un plan. En effet, outre son impact sanitaire majeur, une pandémie pourrait provoquer durablement :

- une désorganisation du système de santé en raison de la saturation rapide des services de soins
- une désorganisation de la vie sociale et économique

Les principaux objectifs du plan sont de protéger la population en métropole et en outre-mer, ainsi que les ressortissants français à l'étranger, contre une menace de pandémie grippale, que ce soit l'épizootie d'influenza aviaire (virus H5N1) ou la pandémie déclarée par l'Organisation mondiale de la santé le 11 juin 2009, liée au virus H1N1, et de préserver le fonctionnement aussi normal que possible de la société et des activités économiques.

Derrière ce but global se trouvent des objectifs plus concrets

- de préparer le pays à faire face à une pandémie grippale de grande ampleur
- en période d'alerte pandémique, de détecter l'apparition d'un nouveau virus grippal et de contenir sa diffusion
- en période pandémique, de freiner autant que possible la diffusion du virus,
- de remplir les engagements internationaux de la France;
- de maintenir le lien de confiance entre la population et les pouvoirs publics ;
- d'exploiter le retour d'expérience d'événements réels et d'exercices nationaux ou internationaux

Pour atteindre ces objectifs, les mesures prises, qui se veulent très opérationnelles, s'articuleront autour des thèmes suivants :

- organisation de l'État et dispositions particulières ;
- mesures liées à la santé animale ;
- mesures de santé publique ;
- conduite à tenir face à une suspicion de cas humain ;
- organisation des soins ;
- suivi épidémiologique ;
- organisation de la vie collective ;
- information, formation et communication.

C. Plan blanc et plan blanc élargi

Les situations de crises exceptionnelles récemment rencontrées (tempêtes, inondations, SRAS, canicule) ont mis en évidence, de par leur impact et leur intensité, tant sur la population que sur les structures sanitaires et sociales, la nécessité de s'appuyer sur un dispositif structuré afin de mettre en œuvre une politique de prévention et de gestion de crise. Tout établissement de santé doit, depuis une loi datée de 2004, élaborer un plan blanc lui « permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature pour faire face à une situation d'urgence sanitaire »

L'objectif de ces plans blancs est donc de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Le plan blanc doit permettre d'assurer le fonctionnement des services par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles en fonction des besoins. Cette démarche garantit que les établissements de santé aient des capacités mobilisables à tout moment.

Le plan blanc élargi est, quant à lui, établi au niveau départemental. L'objectif de ces plans est de permettre aux préfets de disposer d'un outil de réponse aux menaces sanitaires de toute nature.

Chaque établissement de Santé créer son propre plan blanc, Il est arrêté par l'instance délibérative de l'établissement de santé, sur proposition du directeur, puis transmis au préfet et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Chaque Plan blanc d'établissement définit les éléments suivants :

- les modalités de son déclenchement et de sa levée ;
- les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;

- des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ;
- les modalités de communication interne et externe ;
- un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- un plan de confinement de l'établissement ;
- un plan d'évacuation de l'établissement ;
- des mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

D. Plan National Canicule

Ce plan est actualisé annuellement.

L'exposition d'une personne à une température extérieure élevée pendant une période prolongée, sans possibilité de récupération nocturne, est susceptible d'entraîner de graves complications par dépassement des capacités de régulation thermique du corps humain. Les périodes de fortes chaleurs sont alors propices aux pathologies directes de la chaleur (hyperthermies notamment) et/ou à l'aggravation de pathologies préexistantes, surtout chez les personnes fragiles.

L'objectif du plan est de définir les actions de court et de moyen terme dans les domaines de la prévention et de la gestion de crise afin de réduire les effets sanitaires d'une vague de chaleur.

Ce plan comporte trois niveaux :

- Le niveau de veille saisonnière, déclenché de manière systématique du 1^{er} juin au 31 août de chaque année.
- Le niveau de « mise en garde et actions (MIGA) », lorsque les conditions météorologiques l'exigent.
- Le niveau de mobilisation maximale, lorsque la canicule est aggravée par des effets collatéraux (ruptures de l'alimentation électrique, pénurie d'eau potable, saturation des établissements de santé...).

Les principales mesures de ce plan concernent les points suivants :

- La mise en œuvre de mesures de protection des personnes à risques en institutions
- Le repérage des personnes à risques isolées
- L'alerte
- La solidarité
- La communication

E. Plan Grand froid et plan hiver

Le plan est réactualisé chaque année avant la période hivernale.

Trois facteurs contribuent à mettre le système de santé sous tension durant la période hivernale: la manifestation d'épidémies saisonnières, la possibilité d'épisodes de froid extrême et la baisse des effectifs de professionnels de santé au

travail du fait des périodes de congés. Chaque année des centaines de personnes sont victimes de pathologies provoquées par le froid. Le froid agit directement en provoquant gelures et hypothermies. Il favorise le déclenchement de syndromes de Raynaud, crises d'asthme, ou d'insuffisance coronarienne aiguë (angine de poitrine). Il favorise aussi le développement d'infections broncho-pulmonaires. Enfin, une des conséquences indirectes du froid est l'intoxication par le monoxyde de carbone, première cause de mortalité par toxique en France.

Le principal objectif de ce plan est de préciser, à l'approche de l'hiver, les grandes orientations en matière de prévention, de prise en charge médico-sociale, d'organisation et de permanence des soins, et de communication. Ce plan intègre l'ensemble des composantes du dispositif mis en place afin de prévenir et gérer les conséquences sanitaires d'une vague de froid : la veille sanitaire, la permanence des soins hospitalière comme ambulatoire, la prise en charge médico-sociale et sociale, les mesures de prévention, les recommandations pour adapter au mieux les traitements médicamenteux en période de froid et les actions de communication.

Les domaines suivants sont concernés par les mesures de ce plan :

- Communication préventive et information
- Vaccination des personnels de santé, mesures barrières et d'hygiène
- Permanence des soins ambulatoires et hospitaliers
- Renforcement du réseau des urgences et outils de réponse hospitaliers
- Veille sanitaire, alerte et remontées d'informations
- Interfaces avec les dispositifs médico-sociaux et sociaux

3) Prière de fournir toutes statistiques ou autres informations pertinentes sur la proportion de fumeurs par rapport à l'ensemble de la population, sur l'évolution de la consommation d'alcool, ainsi que sur les taux de couverture vaccinales concernant les maladies infectieuses et épidémiques.

L'état de santé de la population en France, rapport 2011

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf

Interprétation de ces dispositions par le CEDS

Paragraphe 1 : Dans le cadre de l'article 11, conformément à la définition de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui a été acceptée par tous les Etats parties à la Charte, la santé s'entend en tant que bien-être physique et mental. Le dispositif sanitaire doit être apte à réagir de manière appropriée aux risques sanitaires évitables, c'est-à-dire contrôlables par l'homme. Un tel système de santé doit être accessible à toute la population, sans distinction. Le coût des soins de santé doit être pris en charge, en tout ou en partie, par la collectivité dans son ensemble. Il ne doit pas y avoir de retards indus dans la fourniture des soins. L'accès aux traitements doit être fondé sur des critères transparents. Les professionnels et équipements de santé doivent être en nombre suffisant. Les conditions de séjour dans les hôpitaux doivent être adéquates et conformes à la dignité humaine.

Paragraphe 2 : Des mesures de sensibilisation doivent être mises en place pour prévenir des activités nuisibles pour la santé (tabac, alcool, drogue) et pour développer un sens de la responsabilité individuelle (alimentation saine, éducation sexuelle, environnement). L'éducation à la santé à l'école doit être assurée tout au long de la scolarité. Les femmes enceintes et les enfants doivent avoir accès à des consultations et dépistages gratuits et réguliers. Une surveillance médicale gratuite doit être organisée pendant la scolarité. Il doit y avoir des dépistages des maladies responsables des taux élevés de mortalité prématurée.

Paragraphe 3 : Le cadre législatif doit être suffisamment développé et précis et des mesures de prévention et de protection relatives à la pollution de l'air, de l'eau et du bruit, aux risques nucléaires, à l'amiante, à la sécurité alimentaire et aux normes de santé publique au sein de l'habitat doivent être adaptées (pour les Etats parties qui n'ont pas accepté l'article 31). Il doit également exister une politique de prévention à l'égard du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie. La mise en place d'un programme de vaccination largement accessible et de mesures de réaction face aux maladies contagieuses. Enfin, des mesures de prévention des accidents (accidents de la route, domestiques, durant les loisirs et sur les lieux de travail), autres que les accidents de travail (examen sous l'angle de l'article 3), doivent exister.

Instruments internationaux traitant du même sujet

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)
Déclarations de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement de Stockholm (1972) et de Rio de Janeiro (1992)
Convention internationale relative aux droits de l'enfant (1989)
Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (1992) et Protocole de Kyoto à la Convention (1998)
Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (2003)
Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1950)
Directives communautaires sectorielles (pollution, bruit, santé publique notamment)

Article 12 – Droit à la sécurité sociale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties s'engagent :

1. à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale ;
2. à maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale ;
3. à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut ;
4. à prendre des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens, et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords, pour assurer :
 - a. l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties et les ressortissants des autres Parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale, y compris la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements que les personnes protégées pourraient effectuer entre les territoires des Parties ;
 - b. l'octroi, le maintien et le rétablissement des droits à la sécurité sociale par des moyens tels que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies conformément à la législation de chacune des Parties.

Annexe à l'article 12§4

Les mots « et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords » figurant dans l'introduction à ce paragraphe sont considérés comme signifiant que, en ce qui concerne les prestations existant indépendamment d'un système contributif, une Partie peut requérir l'accomplissement d'une période de résidence prescrite avant d'octroyer ces prestations aux ressortissants d'autres Parties.

Informations à soumettre

Article 12§1- existence d'un système de sécurité sociale

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.



Réponses aux observations et demandes formulées en 2009 par le Comité européen des droits sociaux de la Charte

Caractère suffisant des prestations

- « La pension minimale d'invalidité se situe en dessous de 40 % du revenu médian tel que calculé par Eurostat..., cas également de la pension de réversion au titre d'une pension minimale d'assurance vieillesse..... dans ce

cas son cumul avec des prestations servies sous conditions de ressources... ne rend pas la situation conforme à l'article 12§1 »

Les montants minimaux des prestations de retraite et d'invalidité des anciens salariés du secteur privé ne figurant pas dans le 8^{ème} rapport d'application de la France, le Comité européen des droits sociaux les a recherchés dans les tableaux Missoc (année 2007). Sur la base des chiffres trouvés, il a conclu à la non-conformité des minima relatifs à la pension d'invalidité (« 255,30 € ou 366 € sous conditions de ressources ») et à la pension de réversion de retraite (« 308 € ») au motif que ceux-ci seraient inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de pauvreté établi par Eurostat pour la France (522 € en 2007).

En réalité, les minima de ces deux prestations de retraite et d'invalidité dépassaient très nettement les 40 % du revenu médian en 2007 si l'on prend en compte d'une part l'existence d'une retraite complémentaire obligatoire et d'autre part, de manière générale, les prestations non contributives de retraite et d'invalidité accordées sous condition de ressources.

Le montant minimal de la pension de réversion de retraite de base contributive, en réalité 258,58 € en 2007, pouvait être porté- en fonction des ressources de la personne, pension de retraite complémentaire obligatoire incluse- jusqu'à un montant maximal mensuel de 621 € (pour une personne seule) par *l'allocation de solidarité aux personnes âgées*, non contributive, soit donc environ 44 % du revenu médian.

Quant au montant minimal de la pension d'invalidité contributive, il s'élevait effectivement à 225,30 € en 2007. Toutefois, en fonction des ressources de la personne, ce montant minimal pouvait être complété par *l'allocation supplémentaire d'invalidité*, non contributive, d'un montant maximum de 366 €, soit un total de 621 €, à laquelle ajoutaient les compléments qui sont associés à cette prestation depuis 2007 la *Majoration pour vie autonome* (103,63 €) ou le *Complément de ressources* (179,31 €), ce qui correspond au total à plus de 50 % du revenu médian.

- Vu le montant de la pension minimale versée au titre de l'assurance vieillesse et celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées qui se situe *entre 40 et 50 % du revenu médian établi en 2007 pour la France par Eurostat....préciser quelles autres prestations peuvent être prises en compte pour accroître la pension minimale de vieillesse. Entre temps, il (le Comité) réserve sa position sur le caractère suffisant de cette prestation*

Il est confirmé que l'engagement pris en 2007 de relever progressivement de 25 % jusqu'en 2012 le montant de différentes pensions et allocations minimales non contributives, s'applique à *l'Allocation de solidarité des personnes âgées (ASPA)* et à *l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)*, sans modifier le bénéfice des compléments associés à l'invalidité supplémentaire, ni celui des aides au logement.

A toutes fins utiles, un tableau récapitulatif des prestations minimales contributives et non contributives en matière d'invalidité et de retraite figure sur la page suivante. Des informations sur les règles et modalités d'attribution de ces prestations peuvent être consultées sur :

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N392.xhtml>
<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/votre-pension-d-8217-invalidite/comment-demander-votre-pension-d-invalidite.php>

Par ailleurs, les personnes dont les revenus sont faibles, et notamment les bénéficiaires de l'ASI et de l'ASPA, peuvent avoir accès à des aides au logement locatif sous réserve de remplir des conditions techniques et/ou de ressources : *Aide personnalisée au logement* pour les personnes dont les logements font l'objet de prêts aidés par l'Etat en accession à la propriété ou sont conventionnés dans le secteur locatif, *Allocation de logement à caractère social* et *Allocation de logement familiale*. Le montant mensuel moyen de ces différentes prestations est de l'ordre de 200 €.

S'agissant du montant minimum de l'allocation de chômage, le Comité note qu'il s'établissait à 637,75 € par mois (25,51 € par jour). Puisque ce montant se situe entre 40% et 50% du revenu médian ajusté tel que défini plus haut, le Comité demande quelles autres prestations peuvent être prises en compte pour augmenter le montant minimum de l'allocation chômage.

Les allocations chômage ont été revalorisées de 2 % au 1^{er} juillet 2012. Le Conseil d'administration de l'Unédic a voté en ce sens, lors de sa réunion du mercredi 27 juin 2012.

La partie fixe de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) est ainsi passé de 11,34 euros à 11,57 euros par jour. Le montant minimum de l'ARE est de 28,21 euros par jour (soit 856 euros par mois) contre 27,66 euros avant le 1^{er} juillet 2012.

L'allocation d'assurance chômage peut se cumuler avec d'autres prestations. Un tel cumul est possible avec :

- le revenu de solidarité active (RSA), mais l'ARE est alors intégrée dans les ressources du foyer et le montant du RSA en sera diminué d'autant (selon les règles de calcul du montant forfaitaire).

Le RSA est en effet un complément de revenus permettant de porter les ressources du foyer au niveau d'un revenu garanti, dont le montant varie en fonction de la composition du foyer et du nombre d'enfants à charge. Il est majoré pour les personnes isolées avec enfants à charge. Dans le cas d'une personne sans revenu d'activité, le RSA prend la forme d'un revenu garanti égal à un montant forfaitaire diminué du montant de ses allocations chômage.

Le RSA représente donc un complément aux allocations chômage dans le cas où ces allocations sont d'un montant inférieur au montant forfaitaire du RSA.

- l'allocation équivalent retraite dite de complément (AER-C) : l'AER peut en effet être versée, en substitution de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) ou du revenu de solidarité active (RSA), aux personnes sans emploi ayant épuisé leurs droits à l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) ou ne remplissant pas les conditions pour en bénéficier. On parle alors d'AER de remplacement.

Mais elle peut aussi être versée aux personnes sans emploi, en complément de l'ARE afin de leur assurer un niveau de revenu minimum. On parle alors d'AER de complément.

L'AER (de remplacement et de complément) a été supprimée définitivement le 31 décembre 2010. Il n'y a plus d'entrées dans le dispositif depuis le 1^{er} janvier 2011.

Enfin, depuis le 1er juillet 2011, il est également possible de cumuler sous certaines conditions l'allocation transitoire de solidarité (ATS) avec l'ARE. L'ATS est un dispositif exceptionnel et transitoire destiné à certains demandeurs d'emploi indemnisés au titre de l'ARE, pour lesquels les mesures de report de l'âge légal de départ à la retraite adoptées dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 ont pu créer un défaut d'allocation imprévu entre leur période d'indemnisation chômage et la liquidation de leurs droits à la retraite. Ce dispositif s'éteindra à la fin de l'année 2014.

2-Le Comité ne perçoit pas clairement dans quels cas une allocation versée sous condition de ressources se substitue à une allocation contributive. Il demande également **quelles ressources sont prises en compte pour le calcul du droit à une allocation minimale**:

L'allocation de solidarité spécifique (ASS) est subsidiaire à l'allocation d'assurance chômage (ARE) :

L'ASS peut être versée :

- aux demandeurs d'emploi qui ont épuisé leurs droits à l'allocation d'assurance chômage,
- aux bénéficiaires de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) âgés de 50 ans ou plus et qui optent volontairement pour l'ASS,
- aux demandeurs d'emploi appartenant à certaines professions comme les artistes non salariés, les marins pêcheurs ou les dockers occasionnels.

Pour en bénéficier, le demandeur doit satisfaire trois conditions cumulatives :

- être inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi et être à la recherche d'un emploi ;
- justifier de 5 ans d'activité salariée dans les 10 ans précédant la fin du contrat de travail ;
- ne pas dépasser un plafond de ressources qui est de 1094,10 € pour une personne seule et de 1719,30 € pour un couple.

Les ressources prises en compte pour la détermination du droit à l'allocation comprennent toutes les ressources personnelles de l'intéressé déclarées à l'administration fiscale (y compris les revenus mobiliers et immobiliers), ainsi que celles du conjoint ou du concubin ou de la personne avec laquelle un PACS a été conclu.

3-En outre, pour ce qui concerne les prestations de chômage, le Comité demande au Gouvernement de préciser si les **décisions de suspendre définitivement le versement des allocations de chômage** à la suite du refus, sans raisons valable, d'une offre d'emploi compatible avec les qualifications de l'intéressé **sont fréquentes**.

Le demandeur peut être sanctionné en cas de non respect de ses obligations, notamment pour refus d'accepter un emploi ou de définir et d'actualiser le projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE) : dans ces cas, il peut être radié temporairement par Pôle emploi de la liste des demandeurs d'emploi (ce qui implique en pratique la suspension temporaire de son revenu de remplacement) et peut également voir son revenu de remplacement réduit ou supprimé par décision du Préfet.

Le contrôle opérationnel de la recherche d'emploi est désormais exercé uniquement par les agents de Pôle emploi. Les services déconcentrés sont compétents uniquement pour prendre les décisions de réduction ou de suppression du revenu de remplacement suite aux radiations et signalements transmis par Pôle emploi. Une commission tripartite est chargée, à la demande du demandeur d'emploi, de donner un avis sur la décision de suppression du revenu de remplacement envisagée par le Préfet.

Le PPAE établi conjointement par Pôle emploi (ou un organisme participant au SPE) et le demandeur d'emploi définit le champ de la recherche d'emploi en tenant compte :

- de la formation, des qualifications et des compétences du demandeur d'emploi acquises au cours de ses expériences professionnelles,
- de sa situation personnelle et familiale,
- de la situation du marché local de l'emploi.

Le PPAE définit par ailleurs l'offre raisonnable d'emploi (ORE) que le demandeur d'emploi est tenu d'accepter : le DE est sanctionné en cas de refus sans motif légitime de deux ORE. La nature et les caractéristiques de l'emploi recherché, la zone géographique privilégiée et le salaire attendu définissent les éléments constitutifs de l'offre raisonnable d'emploi.

En dépit de l'introduction par la loi de 2008 de cette définition objective de l'ORE, largement inspirée des pratiques étrangères notamment allemandes et scandinaves, le dispositif n'a pas reçu d'application effective : seuls 40 DE ont en effet été sanctionnés par une radiation de la liste des demandeurs d'emploi pour refus de deux ORE au cours de l'année 2010.

Nous n'avons pas eu connaissance de jurisprudence relative à la suppression du revenu de remplacement pour refus d'ORE.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Montant minimal des prestations françaises d'invalidité et de retraite au regard du seuil de pauvreté (pour une personne seule) Septembre 2012

Montant minimal mensuel des prestations pour une personne seule	Données Conseil Europe)	2007	2008	2010 (au 1 ^{er} avril)	2012 (au 1 ^{er} avril)
Montant minimum de la pension d'invalidité de base contributive (toutes catégories)	(255,3 €)	255,30 €	258,10€	265,01 €	276,37 €
Pension d'invalidité contributive avec Allocation supplémentaire d'invalidité non contributive (ASI) ou portée au montant de l' Allocation adultes handicapé + ses compléments associés + Possible aide au logement locatif	(366 €)	621,27 € + 103,63 ou 179,31€ + AI Log	628,10 € + 104,77 ou 179,31€ + AI Log	645,08 € + (ou 696,63 €) 104,77 ou 179,31€ + AI Log	688,86 € + (ou 759,98 €) 104,77 ou 179,31€ + AI Log
Montant minimum de la Pension de retraite de base contributive, directe	(608,5 €)	608,47 €	633,61 €	650,87 €	678,51 €
Montant minimum de la Pension de retraite de base contributive, réversion	(308 €)	258,58 €	261,43 €	266,15 € + possible maj. (9)	279,95 € + possible maj.(9)
Pension de retraite de base contributive + pension complémentaire obligatoire (directes ou réversion) portées au Minimum non contributif (ASPA) + Possible aide au logement locatif	(621 €)	621,21 € + AI Log	628,10 € + AI Log	708,95 € + AI Log	777,16 € + AI Log
Seuil de pauvreté pour une personne seule (Insee en € de l'année considérée) :					
40 % Revenu médian	(522 €)	552,1 €	585,5 €	643 €	-
50 % Revenu médian	(690 €)	690,2 €	731,8 €	803 €	-
60 % Revenu médian		828,2 €	878,2 €	964 €	-

NB : les éléments relatifs à des prestations non contributives et accordées sous conditions de ressources **figurent en gras dans le tableau.**

Article 12§2 respect de la Convention 102 de l'OIT (sécurité sociale, norme minimum)

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer toutes mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour améliorer et/ou limiter le système de sécurité sociale.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, en particulier, précisant dans quelle mesure les branches de la sécurité sociale de votre pays satisfont aux prescriptions du Code européen de sécurité sociale (ou vont au-delà ou sont en-deçà de ces prescriptions).

Réponse :

Dans le cadre de l'examen du dernier rapport d'application du code européen de sécurité sociale, la commission d'experts de l'OIT constate que la législation et la pratique de la France continuent à donner plein effet aux parties du Code qui ont été acceptées.

Article 12§3 Evolution du système de sécurité sociale

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Réponse :

Dans le domaine de la protection en cas de maladie, la *loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* a, entre autres dispositions, instauré une consultation de prévention annuelle auprès d'un généraliste pour les personnes de 16 à 25 ans. Celle-ci se fera sans avance de frais de la part des intéressés et la *loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010* a étendu l'exonération totale ou partielle du ticket modérateur dont bénéficient les personnes atteintes d'une affection de longue durée aux actes et examens de suivi durant les périodes de rémission.

Pour aider les personnes dont le revenu est modeste à acquérir une assurance maladie complémentaire, la *loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012* a relevé le plafond de ressources ouvrant droit à cette prestation de 26 à 36 % au dessus plafond de bénéfice de la CMU-C. Ce dispositif qui finance environ 50 % du coût du contrat individuel d'assurance complémentaire privée, s'adresse aux personnes dont les ressources sont supérieures au plafond d'accès à la couverture maladie universelle complémentaire

gratuite tout en étant suffisamment modestes pour permettre de financer une assurance complémentaire privée.

Du côté de la maîtrise des dépenses de santé, *l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)* resserre progressivement la hausse des dépenses annuelles : + 3,0 % en 2010, + 2,9 % en 2011. Ce resserrement est compensé chaque année de nouvelles mesures de maîtrise des dépenses (baisses sur les tarifs de certains actes, médicaments et produits, autres mesures sur les professionnels, déremboursement de médicaments à service rendu insuffisant, promotion.... Le plafond de calcul des indemnités journalières de maladie a été également baissé par la *loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012* : le salaire de base servant au calcul de ces prestations est désormais pris en compte dans la limite de 1,8 fois le salaire minimum (SMIC) au lieu du « plafond de la sécurité sociale ».

Dans le domaine des pensions de retraite, deux importantes étapes ont eu lieu pendant la période de référence. Tout d'abord, le "rendez vous des retraites de 2008", prévu par la réforme de 2003, s'est traduit par de nouvelles mesures incitant les travailleurs à prolonger leur activité professionnelle. Ainsi, la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2009* a renforcé la négociation sur l'emploi des seniors dans les entreprises de plus de 50 salariés et instauré une pénalité financière en l'absence d'accord ou de plan d'action en 2010 (1% des rémunérations ou gains concernés au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse). La *loi sur les droits et les devoirs des demandeurs d'emploi* a progressivement relevé la dispense de recherche d'emploi accordée aux demandeurs d'emploi âgés (de 57,5 ans à 60 ans en 2011) pour la supprimer en 2012.

La *loi de financement de la sécurité sociale* et le *décret n° 2008-1515 du 30 décembre 2008* ont assoupli les possibilités de cumul emploi/retraite : l'activité cumulée est possible y compris chez le dernier employeur si toutes les retraites sont liquidées à taux plein. La possibilité pour l'employeur de mettre d'office un salarié à la retraite avant l'âge de 70 ans, a été supprimée. La "surcote" (majoration de pension en fonction de l'activité poursuivie au-delà de la durée d'assurance requise pour une pension à taux plein) est portée à 1,25 % par trimestre supplémentaire de cotisation. Enfin, les conditions de départ anticipé à la retraite pour carrière longue ont été resserrées (non prise en compte de certaines périodes ayant fait l'objet de rachats de cotisations). Les modalités de calcul de la pension minimale contributive ont été réajustées (plancher de durée de cotisation et, pour les nouvelles pensions à compter de 2011, prise en compte des autres pensions perçues).

Le « rendez vous de 2008 » s'est enfin traduit, via la *loi de financement de la sécurité sociale* par des mesures de solidarité envers les retraités les plus modestes : revalorisation de 25% entre 2007 et 2012 de *l'Allocation de solidarité aux personnes âgées* pour les personnes vivant seules, majoration des pensions de réversion pour les titulaires d'une petite pension et majoration des petites pensions agricoles).

De son côté, dans le but de se conformer parfaitement au principe de l'égalité entre hommes et femmes, la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2010* a adapté une majoration de la durée d'assurance de huit trimestres par enfant jusqu'alors réservée aux mères de famille salariées. Cette disposition est désormais remplacée

par deux majorations de quatre trimestres chacune, l'une accordée à la mère au titre de la naissance de chaque enfant et l'autre, aux parents (choix ou partage), au titre de l'éducation de chaque enfant né ou adopté après le 1^{er} janvier 2010. Des mesures transitoires s'appliquent aux naissances ou adoptions avant cette date.

La « réforme de 2010 », fixée par la *loi n° 2010-1330 portant réforme des retraites* du 9 novembre 2010 a eu pour objectif de répondre à la dégradation structurelle du régime de retraite (baisse du ratio démographique en raison de l'allongement de l'espérance de vie et de l'arrivée à la retraite de la génération du baby boom de l'après guerre) aggravée à court terme par le choc brutal de la crise financière et économique. La réforme a introduit trois mesures pour allonger la durée de vie active :

- hausse progressive de 2 ans de l'âge légal d'ouverture des droits avec condition de durée d'assurance, porté de 60 ans à 62 ans en 2018 ;
- hausse progressive de 2 ans également de l'âge d'obtention d'une pension complète sans condition de durée d'assurance, porté de 65 à 67 ans en 2023 ;
- poursuite du principe d'indexation de la durée d'assurance requise pour l'obtention du taux plein sur les gains d'espérance de vie, selon les principes définis par la réforme de 2003. La durée d'assurance passe de 40 années pour la génération née en 1948 à 41,25 années pour les générations 1953 et 1954 et continuera d'évoluer par la suite au rythme des gains d'espérance de vie.

Ces mesures s'appliquent, à compter du 1^{er} juillet 2011, à toutes les catégories de travailleurs (salariés du privé, fonctionnaires, agents des régimes spéciaux et travailleurs indépendants). La réforme tient toutefois compte des particularités de certaines carrières. La possibilité de partir plus tôt, ouverte aux salariés ayant eu des « carrières longues » par la réforme de 2003 (début d'activité précoce et durée de cotisation élevée), est élargie -avec des conditions strictes sur la durée de cotisation- à ceux ayant commencé à travailler avant 18 ans afin de tenir compte du recul de l'âge d'entrée sur le marché du travail.

La réforme de 2010 a aussi continué à renforcer l'équité entre le secteur public et le secteur privé, en harmonisant certaines règles : suppression de la possibilité de départ anticipé pour les parents de trois enfants ayant quinze années de service effectif ; fermeture du dispositif des cessations progressives d'activité dans la Fonction publique ; alignement progressif du taux de cotisation des fonctionnaires sur celui des salariés du privé (soit un relèvement de 7,85% à 10,55%) ; rapprochement des règles du minimum garanti et de celles du minimum contributif.

En ce qui concerne le financement des régimes de retraite, des mesures de recettes ciblées ont été préférées à une hausse généralisée des prélèvements pour ne pas pénaliser la croissance et l'emploi. Ainsi pour les ménages :

- le taux le plus élevé du barème progressif de l'impôt sur le revenu a été augmenté d'un point (de 40% à 41%) ;
- les revenus du capital ont été mis à contribution : augmentation d'un point, soit de 18% à 19%, du prélèvement forfaitaire libératoire de l'impôt sur le revenu applicable aux intérêts et dividendes et du taux d'imposition proportionnelle des plus-values de cession de valeurs mobilières.

La loi du 9 novembre 2010 a aussi créé une instance de gouvernance et d'alerte, chargée d'établir chaque année un avis sur la situation financière des régimes, de proposer des mesures de redressement en cas de risque sérieux et d'organiser une

réflexion nationale sur les objectifs et les caractéristiques d'une réforme systémique de la prise en charge collective du risque vieillesse, portant notamment sur les conditions de mise en place d'un régime par points ou en comptes notionnels.

La *loi du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012* a accéléré la montée en charge de la réforme de 2010 en avançant le calendrier du relèvement de l'âge légal de la retraite. L'âge d'ouverture des droits à 62 ans et l'âge d'annulation de la décote (dit « âge du taux plein ») à 67 ans s'appliqueront à compter de la génération 1955, au lieu de 1956. Pour ce faire, les paliers d'augmentation de l'âge, initialement fixés à 4 mois par génération, sont portés à 5 mois. Les autres paramètres de la réforme demeurent inchangés pendant la période de référence.⁸

En ce qui concerne les prestations familiales, un *Haut Conseil de la famille* a été créé par *Décret du 30 octobre 2008*. Composé de représentants des partenaires sociaux, des familles, des collectivités locales, de l'Etat, des caisses de sécurité sociale concernées et de personnes qualifiées, il a pour mission d'animer le débat public sur la politique familiale, de formuler des avis et recommandations et proposer des réformes sur les prestations en cause et d'examiner l'équilibre financier de la branche famille au regard des évolutions sociales, économiques et démographiques.

La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2009* a amélioré l'offre de garde des jeunes enfants : la prestation "*Complément de libre choix du mode de garde (CMG)*" aidant à financer une "*assistante maternelle*" ou une garde à domicile prendra désormais en compte les horaires atypiques des parents (environ 14 % des familles concernées) et les assistantes maternelles sont autorisées à accueillir 4 enfants à leur domicile au lieu de 3 précédemment. Elles pourront également se regrouper dans un local autre que leur domicile sur la base d'une convention avec la caisse des allocations familiales et la collectivité locale. Et la *loi de financement pour 2012* a majoré le plafond de calcul de cette prestation, pour la rendre plus favorable pour les parents isolés ou handicapés. Elle a également amélioré l'aide versée au soutien familial par les caisses d'allocations familiales en cas de non versement ou de versement partiel de la pension alimentaire.

Enfin, la *loi n° 2010-209 du 9 mars 2010 visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie* a remanié, dans la législation du travail, le *congé de solidarité familiale* pour en faciliter et élargir l'accès. Les travailleurs peuvent désormais bénéficier de ce congé pour interrompre ou réduire leur activité professionnelle afin d'accompagner à domicile une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause. Surtout, la loi a assorti ce congé d'une allocation d'une durée de trois semaines. Le niveau journalier de l'indemnisation est comparable à celui de l'*allocation de présence parentale* accordée en cas de maladie grave d'un enfant. Cette prestation est financée et servie par le régime de base d'assurance maladie.

⁸ Au-delà et sans modifier les paramètres de la réforme de 2010, le nouveau Gouvernement mis en place en mai 2012 a élargi en juillet les modalités de maintien du départ à la retraite à 60 ans pour les personnes justifiant de longues carrières professionnelles et assuré leur financement.

Enfin, le financement de la sécurité sociale a constitué l'autre grand volet de l'activité législative de 2008 à 2011.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'aide à l'emploi ou le maintien dans l'emploi, des nouvelles mesures ont été prises pour alléger la charge administrative des petites entreprises dans le domaine social et ainsi favoriser leur développement. La *loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie* a élargi de 5 à 9 salariés le champ des petites entreprises pouvant bénéficier d'aide pour accomplir leurs obligations sociales (calcul de la rémunération et de l'ensemble des cotisations sociales, déclarations obligatoires...) et elle a créé un *Titre Emploi Service Entreprise (Tese)* qui succèdera aux actuels TPE et TEE. La même loi a étendu la procédure de "rescrit social" (procédure de sécurisation juridique des relations entre entreprises et caisses de recouvrement des cotisations de sécurité sociale) aux exonérations de cotisations et aux exemptions d'assiette. De son côté, la *loi de modernisation de l'économie* a créé un régime "microsocial" pour favoriser le développement des "auto-entrepreneurs" : simple déclaration d'activité, taux forfaitaire d'impôt sur le revenu et de charges sociales, applicable uniquement en cas de revenu ou de chiffre d'affaire, et caractère libératoire des versements.

En ce qui concerne les allègements de charges sociales destinés à encourager l'emploi, la *loi de finances pour 2009* a reconduit pour trois années le dispositif d'exonération de charges sociales des pôles de compétition et elle a progressivement élargi celui des zones franches urbaines et simplifié celui applicable dans les départements d'outre mer. La *loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008* a étendu ce dispositif d'exonération de charges sociales aux zones touchées par la restructuration de la Défense nationale. Le *Décret n° 0296 du 19 décembre 2008* a institué une aide temporaire à l'embauche dans les entreprises de moins de 10 salariés (exonération des charges patronales sur les bas salaires au titre des rémunérations versées en 2009 aux nouveaux embauchés). Et, dans le but de favoriser l'emploi dans certaines zones défavorisées, la *loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012* a prolongé l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les zones franches urbaines en renforçant toutefois l'obligation de recruter des salariés résidant dans ces mêmes zones.

Parallèlement, ces mesures font l'objet d'un encadrement plus précis : la *loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail* a conditionné le bénéfice du dispositif d'allègement des charges sur les bas salaires au respect par l'employeur de l'obligation annuelle de négocier sur les salaires. Et de son côté, la *loi de programmation des finances publiques 2009/2012* du 9 février 2009 a conditionné toute nouvelle mesure de réduction, exonération ou abattement d'assiette à la fois à une durée limitée à quatre années et à la suppression d'une mesure existante de montant équivalent. Ces nouvelles mesures comme le stock des mesures existantes font l'objet d'un suivi strict : objectif annuel de coût, bilan annuel des créations, modifications et suppressions de l'année ainsi qu'une évaluation de l'efficacité et du cout de chaque mesure.

Enfin, dans le cadre de la lutte contre la fraude aux cotisations de sécurité sociale, la *loi de financement pour 2012* a ajouté quelques nouvelles mesures dont une dite de 'flagrance sociale'. Dès lors qu'un procès verbal de travail illégal est établi et que la

situation de l'entreprise ou le comportement de l'employeur mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, cette procédure permet à l'organisme de recouvrement peut solliciter du juge l'autorisation de pratiquer des mesures conservatoires sur les biens de l'employeur.

D'autre par, de nouvelles ressources ont été affectées à la sécurité sociale par les *lois annuelles de financement de la sécurité sociale*. Ainsi, en 2009, les indemnités de départ des dirigeants ("parachutes dorés" d'un montant supérieur à 1 million €) ont intégralement été soumises aux prélèvements sociaux. Une contribution de 2 % à la charge des employeurs, dénommée "*forfait social*" et portant sur leurs cotisations d'épargne salariale et de retraite supplémentaire d'entreprise a été affectée à l'assurance maladie. Son taux de 2% a été porté à 4 % en 2010 et 6 % en 2011 avec des élargissements d'assiette. La *taxe sur le chiffre d'affaires des organismes d'assurance complémentaire maladie* affectée au financement de la *Couverture maladie universelle complémentaire* finance également l'*Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé*. A cette fin, son taux a été augmenté de 2,5 à 5,9 %.

En 2010, une *contribution sociale salariale* spécifique de 30 % sur les gains et distributions auxquels donnent droit les parts, actions ou droits à rendement subordonné, lorsque ces distributions et gains sont imposables comme des salaires, a été mise en place. Les plus values de cessions mobilières et droits sociaux sont maintenant assujettis aux prélèvements sociaux dès le 1^{er} euro. En 2011, les indemnités versées lors de départs volontaires dans le cadre d'accords collectifs GPEC et les sommes et avantages alloués aux salariés par des personnes autres que leurs employeurs ont été assujettis aux cotisations et contributions sociales. En lien avec les efforts demandés en matière de retraite, l'assiette de la contribution due par l'employeur sur les retraites chapeau a été élargie et les bénéficiaires doivent acquitter un prélèvement de 7 à 14 % en fonction du niveau du montant de ces pensions, de 7 à 21 % en 2012. Le taux de contribution appliqué aux stock-options et à une partie des attributions gratuites d'actions est porté de 10 à 14 % pour la part patronale et de 2,5 à 8 % pour la part salariale.

Enfin, la *loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011* a accru les efforts sur les revenus du capital : le taux du *Prélèvement social* sur les revenus du patrimoine et sur les revenus de placement a été augmenté de 2,2 à 3,4 %. Elle a aussi augmenté la taxe spécifique pesant sur les contrats privés d'assurance complémentaire maladie qui est portée, selon leur degré de « solidarité et de responsabilité » à 7 ou à 9 %. La *loi de finances pour 2012 du 28 décembre 2011* a créé deux nouvelles taxes sur les boissons contenant des sucres ajoutés ou des édulcorants de synthèse. La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 du 21 décembre 2011* a, quant à elle, augmenté la taxe sur les boissons alcoolisées. Elle a élargi l'assiette de cotisation à la CSG et la CRDS en supprimant ou réduisant certaines déductions forfaitaires sur des éléments accessoires au salaire et abaissé la limite d'exonération des indemnités de rupture du contrat de travail et de cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux. Elle a également réintégré les heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux de cotisations sur les bas salaires⁹.

⁹ Sous l'impulsion du nouveau Gouvernement, une loi de finance rectificative pour 2012, a supprimé les exonérations des cotisations et contributions sociales sur la rémunération des heures supplémentaires dans les entreprises de 20 salariés et plus.



Réponses au CEDS

Le comité constate le report continu d'une part croissante des charges de l'assurance maladie sur les assurés.... Indiquer quelles mesures ont été prises pour garantir l'accès effectif à des services de qualité pour tous.

La part du coût des soins de santé à la charge des ménages s'est stabilisée sur la période 2009/2011 (9,6 %) après une progression enregistrée entre 2005 et 2008. La France reste toutefois l'un des pays de l'OCDE où la part des soins de santé prise en charge par le régime de base d'assurance maladie est une des plus élevées : 75,8% des dépenses en 2011, les organismes complémentaires couvrant quant à eux en moyenne 13,5% des dépenses.

Les mesures prises pour garantir l'accès effectif aux soins de santé sont en France de deux ordres et s'adressent à environ 8 % de la population la plus modeste :

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) (voir art 11): en France, les régimes d'assurance maladie de base sont complétés par des couvertures complémentaires de caractère professionnel (collectives obligatoires cofinancées par l'employeur ou à adhésion volontaire) ou à caractère personnel (adhésion volontaire). Les personnes aux revenus les plus faibles qui n'ont pas les moyens de financer une assurance complémentaire bénéficient de la CMUC. Ce dispositif créé en 2000 compte 4,46 millions de bénéficiaires. Il a pour objectif d'éviter tout reste à charge pour ceux-ci : tarifs de prise en charge plus avantageux pour certaines prestations (optique, dentaire...), tarifs encadrés pour les professionnels de santé, dispense de l'avance de frais (« tiers payant »), des tickets modérateurs et des participations forfaitaires applicables aux assurés de droit commun.

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) : les personnes dont les revenus sont supérieurs, jusqu'à 35%, au plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC, peuvent recevoir une aide financière pour acquérir une assurance complémentaire privée : l'ACS dont le montant varie selon l'âge, finance en moyenne 56 % du coût de l'assurance privée et bénéficie à environ de 880 000 personnes.

-la Fédération des associations de conjoints survivants (Favec) a critiqué la décision de ramener de quatre à un an la période d'admission du survivant au bénéfice de prestations en nature...clarifier ce point

Avant 2000, le bénéfice des prestations en nature d'assurance maladie dépendait de l'affiliation du travailleur à une caisse professionnelle d'assurance maladie. Dans ce cadre, un long délai de maintien de droit en cas de changement de situation professionnelle et surtout familiale pouvait se justifier pour s'assurer que les travailleurs et surtout leurs ayants-droits restaient bien protégés pendant leur changement de statut et/ou de caisse d'assurance maladie.

A partir de 2000, cette protection ne se justifiait plus avec la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) qui a organisé une couverture prioritairement professionnelle et secondairement résidentielle pour toutes les personnes en situation stable et régulière sur le territoire français. Aussi, en 2007, la durée du

maintien du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie a-t-elle été ramenée de 4 ans à 12 mois pour la grande majorité des assurés sociaux.

Cette mesure de coordination administrative du suivi des droits par les organismes de sécurité sociale est sans effet sur le bénéfice de ces droits dont la continuité reste totalement assurée.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes sur l'amélioration du système de sécurité sociale, ainsi que sur les éventuelles mesures visant à le restreindre.

Les comptes de la santé 2011 :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er809.pdf>

Article 12§4 Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les Etats

1) Prière de décrire le cadre juridique général, en particulier, la liste complète des accords bilatéraux et multilatéraux ou tous autres moyens, tels que mesures unilatérales, textes de loi proposés ou adoptés, ou encore mesures administratives, en indiquant comment ils autorisent, pour les différentes prestations sociales, la mise en œuvre des principes énoncés aux alinéas a) et b).

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

3) Prière de fournir des données chiffrées ou toutes autres informations pertinentes. S'il y a lieu, prière d'indiquer également les éventuelles conditions de durée de résidence.



Réponse au CEDS :

➤ *Droit à l'égalité de traitement*

- *Compte tenu de l'obligation... de conclure des accords bilatéraux ou multilatéraux pour garantir l'égalité de traitement.... Fournir des informations sur les accords envisagés avec l'Albanie, l'Arménie et la Géorgie et dans quels délais.... Dire s'il est envisagé d'en conclure avec les Etats qui ont ratifié la Charte en dehors de la période de référence c'est-à-dire la Serbie, la Russie.*

L'article 12.4 de la Charte sociale révisée demande d'organiser la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi « *en prenant des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords...* ».

Comme cela a été indiqué dans les réponses antérieures, il ne peut pas découler de l'art 12.4 une obligation de contracter non plus qu'une obligation de contenu de la

convention. La passation d'une telle convention, permettant de répondre au moins partiellement aux engagements de l'article 12.4 suppose donc :

- tant l'intérêt et la volonté des Etats parties pour conclure
- que l'accord de ces Etats sur un paquet équilibré d'engagements réciproques.

La France pour sa part engage des négociations avec les Etats européens non membres de l'Espace Economique Européen qui le souhaitent et ceci dans un cadre de réciprocité des engagements des deux parties. Les contacts entrepris avec la Fédération de Russie et la Serbie n'ont donné à ce jour aucun résultat concret.

- *Droit à la conservation des avantages acquis*
 - *Dire si l'exportabilité des pensions liquidées en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle est assurée pour les ressortissants des Etats Parties non liés par un accord bilatéral avec la France ou qui n'ont pas ratifié la Convention n° 19 de l'OIT, à savoir les ressortissants de l'Albanie, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, la Moldova et l'Ukraine*

Le dernier alinéa de l'article L 434 20 du code de la sécurité sociale précise que les dispositions qui prévoient le versement d'une indemnité en capital aux travailleurs étrangers victimes d'accidents du travail cessant de résider sur le territoire français « *peuvent toutefois être modifiées par traités ou par conventions internationales dans la limite des indemnités prévues [par ce code] »*. Sur la base de cette option prise en législation interne, les pensions d'AT de travailleurs étrangers qui cessent de résider sur le territoire français sont exportées dans les Etats parties aux instruments ratifiés par la France (tels la Charte sociale révisée et la Convention n° 19 de l'OIT) ainsi que dans les Etats avec lesquels la France a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale.

- *Droit au maintien des droits en cours d'acquisition*
 - *Impossibilité pour les ressortissants non liés par la réglementation communautaire ou par des accords bilatéraux (avec la France) de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi. Non-conformité à la Charte révisée sur ce point*

A titre liminaire et comme cela a été souligné en réponse à la question 4, a) ci-dessus, l'article 12-4 n'impose pas ni une obligation de contracter, ni a fortiori de permettre la totalisation de toutes les périodes par la voie unilatérale, dans la législation interne des Etats Parties.

Sur le plan technique, il y a lieu tout d'abord de préciser que l'article 12.4 b) a une portée très réduite pour ce qui concerne la législation française de sécurité sociale puisque la plupart des prestations sont servies sans condition de durée d'assurance.

Cette condition est uniquement requise pour l'assurance vieillesse et uniquement dans le cas où la personne demande à bénéficier du départ à la retraite à l'âge légal (à partir de 60 ans, 62 ans en 2018) sans disposer du nombre de trimestres requis pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein (par exemple respectivement 163 et 166 trimestres pour les générations nées en 1951 et en 1955). Dans un tel cas, la pension de vieillesse calculée fait l'objet d'un abattement.

En revanche, à partir de 65 ans (67 ans en 2023), les assurés bénéficient d'une pension de vieillesse au taux plein, la pension est calculée en fonction de la durée de la carrière dans le régime, sans abattement et donc sans avoir recours à la totalisation des périodes d'assurance.

Il y a donc seulement nécessité d'attendre l'âge de 65 ans (67 ans en 2023) pour obtenir la liquidation d'une pension, sans qu'aucun droit acquis ne soit perdu en cas de carrière incomplète dans un régime français.

Interprétation de ces dispositions par le CEDS

Paragraphe 1 : Etablissement et maintien d'un système de sécurité sociale pour les branches traditionnelles (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, famille, maternité, invalidité et survivants); champ d'application matériel et personnel du système de sécurité sociale; prestations de sécurité sociale (contributives et non contributives) et caractère suffisant de ces prestations.

Paragraphe 2 : Maintien d'un système de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

Paragraphe 3 : Amélioration du système de sécurité sociale. Les réformes tendant à restreindre le système de sécurité sociale doivent être justifiées, notamment en termes de pérennité, et doivent préserver au minimum un régime de base obligatoire suffisamment complet.

Paragraphe 4 :

- a. Egalité de traitement en ce qui concerne les prestations de sécurité sociale pour les ressortissants des autres Etats parties qui résidaient ou résident légalement, ou qui travaillent régulièrement, sur le territoire d'un Etat partie ; interdiction de toute discrimination directe (condition de nationalité) et indirecte (condition de résidence et de durée de résidence, condition d'emploi) pour les prestations contributives ; condition de résidence et de durée de résidence non excessive pour les prestations non contributives, telles que les prestations familiales. Le champ d'application personnel de cette disposition englobe les réfugiés et les apatrides, les travailleurs indépendants et les travailleurs détachés, sauf en ce qui concerne les risques de longue durée, pour lesquels ils restent assurés dans leur pays d'origine.

Conservation des droits acquis, quels que soient les déplacements du bénéficiaire (invalidité, vieillesse, survivants, accidents du travail et maladies professionnelles) ; le respect de ces obligations passe par des accords bilatéraux ou par tous autres moyens tels que des mesures unilatérales, législatives ou administratives.

- b. Conservation des droits en cours d'acquisition par la totalisation des périodes d'emploi ou d'assurance accomplies à l'étranger; le respect de ces obligations passe par des accords bilatéraux ou par tous autres moyens tels que des mesures unilatérales, législatives ou administratives.

Instruments internationaux traitant du même sujet:

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), article 9

Code européen de sécurité sociale (1964)

Convention n° 102 de l'OIT sur la sécurité sociale (norme minimum), 1952

Règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Règlement (CE) n° 859/2003 (extension du règlement précité aux ressortissants des pays tiers)

Article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent :

1. à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état ;
2. à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux ;
3. à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial ;
4. à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953.

Annexe à l'article 13§4

Les gouvernements qui ne sont pas Parties à la Convention européenne d'assistance sociale et médicale peuvent ratifier la Charte en ce qui concerne ce paragraphe, sous réserve qu'ils accordent aux ressortissants des autres Parties un traitement conforme aux dispositions de ladite convention.

Informations à soumettre

Article 13§1– Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

Réponse

L'assistance sociale

L'assistance sociale est constituée en France :

- d'une part, de prestations d'aide sociale obligatoires financées par l'Etat ou les collectivités locales et dispensées sous forme de prestations en espèces (minima sociaux) et en nature (hébergement, aide à domicile...),
- et, d'autre part, de prestations d'action sociale facultatives délivrées par les organismes de sécurité sociale, les collectivités publiques ou les associations non gouvernementales aux personnes les plus défavorisées.

Le système, déjà décrit dans les rapports précédents, a connu plusieurs réformes sur la période couverte par le présent rapport (01/01/2008 au 31/12/2011).

a) la création du RSA

Proposée par la commission « Famille, Vulnérabilité, Pauvreté » de 2005, la loi généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion du 1^{er} décembre 2008 est venue réformer le système français des minima sociaux. Entrée en vigueur en France métropolitaine au 1^{er} juin 2009, la loi portant création du RSA a été étendue à l'Outre-mer à compter du 1^{er} janvier 2011, puis à Mayotte, devenu le 101^{ème} département français, depuis le 1^{er} janvier 2012.

S'appuyant sur l'expérimentation du dispositif mise en place par la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007, la loi de 2008 poursuit trois objectifs : lutter contre la pauvreté au travail et inciter au retour à l'emploi en complétant les revenus du travail, offrir à chacun un accompagnement social et professionnel performant et adapté à ses besoins et mettre en cohérence la création du RSA et la réforme des droits aujourd'hui attachés au statut de bénéficiaires de minima sociaux.

Issu de la fusion de l'allocation parent isolé (API), du revenu minimum d'insertion (RMI) et de différents dispositifs d'intéressement temporaire à la reprise d'activité, dans un objectif de simplification des aides sociales aux plus démunis, le RSA cible non seulement les personnes sans ressources mais également les travailleurs pauvres.

A cette fin, il se décompose en deux prestations destinées l'une à assurer un filet de sécurité minimal et l'autre à compléter les revenus d'activité des travailleurs les plus modestes.

D'une part, les ménages aux revenus d'activité faibles ou nuls bénéficient d'un revenu minimum garanti (dit RSA « socle »), qui se substitue au RMI et à l'API dans une logique de droits constants. Cette prestation, dont le montant est de 475 euros pour une personne seule, est conçue comme un filet de sécurité minimal destiné à réduire l'intensité de la pauvreté de ses bénéficiaires. Le barème du RSA, qui tient compte de la composition du foyer, fait l'objet d'une majoration spécifique pour les personnes seules, veuves, ou séparées ayant des enfants à charge âgés de moins de 25 ans.

D'autre part, les ménages ayant des revenus d'activité bénéficient d'un supplément de revenus appelé RSA « activité » jusqu'à un revenu cible croissant avec les revenus du travail dans la limite de 1,15 SMIC pour une personne seule et de 2,1 SMIC pour les couples avec enfants afin de faire en sorte que la première heure travaillée puisse améliorer le revenu final. A ce titre, le RSA complète les ressources du foyer pour les porter à un niveau de ressources garanti, et permet donc à une personne qui retrouve un emploi de voir ses revenus augmenter de façon proportionnelle à sa reprise d'activité. Le RSA ne remplace pas la prime pour l'emploi (PPE) mais il s'articule avec elle jusqu'à 1,04 SMIC pour un célibataire et 1,8 SMIC pour un couple. Sur ces tranches de revenus, c'est le système le plus favorable des deux qui est retenu et donc le montant maximal qui sera versé, le RSA fonctionnant comme un acompte non remboursable (avance à valoir sur la PPE).

Par ailleurs, l'article 135 de la loi de finances pour 2010 a ouvert un droit au RSA depuis le 1^{er} septembre 2010 aux jeunes insérés dans la vie active et âgé de moins de 25 ans (âge minimum jusqu'alors requis pour ouvrir droit au revenu minimum d'insertion ou au RSA lorsqu'ils n'ont à charge aucun enfant), sans enfant à charge, sous réserve qu'ils aient exercé une activité professionnelle antérieure équivalente à deux ans d'activité à temps plein sur une période de référence de trois ans précédant la date de la demande. Dans les départements d'Outre-mer, cette extension s'est faite concomitamment à la généralisation du RSA (1^{er} janvier 2011).

b) La réforme de la l'AAH

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une prestation non contributive destinée à garantir la dignité des personnes qui sont momentanément ou définitivement éloignées de l'emploi du fait d'un handicap physique ou psychique. Elle leur assure un minimum de ressources et peut servir de tremplin vers l'emploi pour les personnes handicapées qui peuvent travailler.

Pour ouvrir droit à l'AAH, la personne handicapée doit être atteinte d'un taux d'incapacité permanente mesuré selon un guide barème national fixé par décret :

- égal ou supérieur à 80 % (allocataires dans le champ de l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Le bénéficiaire peut alors percevoir l'un ou l'autre des compléments de l'AAH, sous certaines conditions ;
- ou compris entre 50 % et 79 % (allocataires dans le champ de l'article L. 821-2 du CSS). Dans ce dernier cas, le droit à l'AAH ne sera ouvert que si l'intéressé connaît une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap. Cette notion remplace la notion d' « impossibilité de se procurer un emploi ». Elle a été plus précisément définie par un décret en date du 16 août 2011.

Plusieurs mesures ont été mises en œuvre progressivement sur plusieurs aspects. Afin de garantir un revenu minimum assurant des conditions de vie satisfaisantes aux personnes handicapées, y compris à celles qui ne peuvent pas travailler, il a été décidé de revaloriser exceptionnellement l'AAH de 25% entre 2008 et 2012.

Afin de mieux évaluer les capacités à travailler et mieux accompagner les bénéficiaires de l'AAH vers l'emploi, la condition d'inactivité d'un an comme critère d'éligibilité à l'AAH pour les personnes présentant un taux d'incapacité permanente inférieur à 80 % a été supprimée à partir du 1er janvier 2009 afin d'inciter à la reprise d'un emploi. Un examen systématique de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) pour tout demandeur de l'AAH même s'il n'a pas également été instauré depuis le 1er janvier 2009, ainsi qu'une proposition systématique d'une orientation professionnelle ou vers un ESAT à tout demandeur de l'AAH.

Depuis le 1er janvier 2011, les règles de calcul de l'AAH ont été modifiées pour « trimestrialiser » le versement de l'allocation des personnes handicapées qui exercent une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail, afin de permettre un ajustement plus réactif du montant par rapport aux besoins de la personne et rendre à la fois plus équitable, plus simple et plus lisible le mécanisme de cumul entre AAH et salaire.

Enfin depuis 2011, une expérimentation a été lancée afin d'évaluer l'employabilité des personnes handicapées en vue d'une réforme des critères d'attribution de l'AAH et/ ou de ses compléments pour réserver ces avantages à ceux qui sont effectivement très difficilement employables (résultats attendus en 2013).

c) L'assistance médicale

CMU ; CMU-C ; AME et soins d'urgence (voir art 11§1réponse au CEDS)

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Réponse sur la mise en oeuvre

Du RSA

La loi du 1^{er} décembre 2008 portant création du RSA a réformé la gouvernance du dispositif l'insertion sociale et professionnelle.

Au plan local, une convention d'orientation et d'accompagnement des bénéficiaires , signée entre le conseil général et les caisses (CAF et MSA) -régit d'une part le dispositif, d'autre part le pacte territorial pour l'insertion (PTI)- a pour vocation d'associer l'ensemble des parties prenantes de l'insertion pour mieux articuler leurs actions et viser une meilleure efficacité collective.

Au plan national, une nouvelle gouvernance du dispositif du RSA a également vu le jour : plusieurs instances d'échange permettent un travail collaboratif apprécié associant l'ADF, les départements mais aussi les Caisses nationales (CNAF et CCMSA) et Pôle Emploi, sous l'égide de l'Etat et plus particulièrement de la DGCS. Il s'agit d'améliorer la mise en œuvre de la prestation, de favoriser la réalisation des échanges d'informations entre opérateurs nationaux et départements et d'assurer une équité de traitement des bénéficiaires du RSA sur l'ensemble du territoire par une lecture partagée des textes. Ces travaux ont été conduits sans préjudice du principe de libre administration des départements et de l'autonomie de gestion des opérateurs, ni des marges de manœuvre dont disposent les exécutifs départementaux dans le cadre de la loi.

Cette nouvelle gouvernance favorise une meilleure gestion du RSA, grâce à des échanges de données plus compréhensibles, pertinents et réactifs entre les acteurs locaux mais aussi au travers d'échanges autour des pratiques locales, notamment en ce qui concerne les actions en faveur de l'insertion des bénéficiaires (modalités d'orientation, suivi des parcours, partenariats optimisés...). Une animation d'un réseau de référents RSA des services des départements est organisée par l'administration sous forme de réunions nationales, périodiques ou thématiques, et de travaux par groupes de réflexion et de propositions.

Par ailleurs, la loi du 1er décembre 2008 a institué un comité national d'évaluation du RSA, chargé de préparer une conférence nationale d'évaluation. Le Comité national

d'évaluation a rendu son rapport définitif le 14 décembre 2011 tandis qu'une grande conférence nationale se tenait le 15 décembre destinée à évaluer les effets du RSA.

De l'AAH

Concernant l'AAH, plusieurs institutions de contrôle (IGAS, Cour des comptes) ou administrations statistiques (DREES), ont pu constater un phénomène non négligeable des disparités d'attribution de l'AAH par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), siégeant au sein des MDPH. A ce propos, la DREES, dans un rapport de juillet 2009, a conclu qu'une fois gommées les différences entre départements des points de vue socio-économique et démographique, environ un tiers des écarts en ce qui concerne les décisions relatives à l'AAH demeurent inexpliqués. On peut donc en conclure des différences de pratiques d'instruction ou d'interprétation des textes selon les territoires. Les écarts d'attribution peuvent ainsi varier de 1 à 4 en ce qui concerne les taux d'accord par rapport aux demandes d'AAH déposées.

A partir de ces différents constats, la DGCS, avec l'appui de partenaires, a engagé plusieurs mesures afin de clarifier les textes et mieux spécifier certains critères d'accès à l'AAH, mais aussi en vue d'harmoniser les pratiques d'instruction des MDPH.

En 2010 et 2011, la DGCS a développé une importante concertation avec les associations de personnes handicapées ayant débouché, en août 2011, sur la publication d'un décret précisant les critères permettant de reconnaître une « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi » (RSDAE), compte tenu du handicap. Une circulaire explicative a été diffusée en octobre 2011.

A la suite de quoi, depuis 2011, la DGCS a lancé une démarche en mode projet visant à établir un diagnostic des pratiques locales en matière d'attribution de l'AAH, avec l'aide des DDCS(PP), en vue de préparer toutes les mesures nécessaires à un repositionnement de l'Etat au sein des CDAPH pour veiller au respect du droit de l'AAH et à son interprétation uniforme sur tout le territoire. Un important effort de formation a été accompli auprès des services déconcentrés, par cohortes. L'amélioration du pilotage de l'AAH figure d'ailleurs parmi les deux priorités identifiées expressément au sein de la DNO diffusée vers les services pour l'année 2012.

Plus largement, les représentants de l'Etat ont une triple responsabilité à travers l'harmonisation des pratiques des MDPH :

- Garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire ;
- Veiller à une application pertinente du droit et au respect des instructions de l'Etat ;
- Connaître la situation, suivre et analyser les évolutions concernant les volumes des dépenses et le nombre d'allocataires.

D'ores et déjà, après la phase en mode projet qui s'est achevée en mars 2012, la DGCS a mis en place les modalités d'un accompagnement pérenne des services déconcentrés en charge de la cohésion sociale pour maintenir le niveau de mobilisation du réseau des référents AAH, en associant particulièrement les référents des DRJSCS.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, en particulier, démontrer que le niveau de l'assistance sociale est suffisant, c'est-à-dire que l'assistance doit permettre à toute personne de subvenir à ses besoins essentiels et que le niveau des prestations ne peut être inférieur au seuil de pauvreté. Des informations doivent être fournies sur les prestations de base, les prestations complémentaires et sur le seuil de pauvreté du pays, seuil fixé à 50% du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat.

Réponse

Le seuil de pauvreté en France

En France, un individu peut être considéré comme "pauvre" quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 954 € (données 2009), soit 60 % du niveau de vie médian.

Le montant du RSA fixé à 474,93 € pour une personne seule se situe au-dessous du seuil de pauvreté. Toutefois, les allocataires du RSA bénéficient également d'avantages connexes et d'aides sous conditions de ressources. Il s'agit par exemple de l'aide au logement, de la prise en charge ou l'allègement de diverses charges et impôts (taxe d'habitation, redevance télévision, frais de santé, transport, de cantine scolaire, tarifs réduits sur les consommations d'énergie ...) ou de l'accès gratuit à certains services.

A cet égard, il convient de souligner – en réponse aux interrogations du CEDS formulées en 2009– que les aides au logement s'élevaient en moyenne en 2009, pour les allocataires du RSA à 227 € pour une personne seule (429 € pour une personne seule avec 3 enfants) et à 236 € pour un couple (299 € pour un couple avec enfants).

Les prestations financières

Comme cela a été décrit dans les rapports précédents, le système d'assistance sociale en France comporte 9 dispositifs désignés généralement sous le terme de « minima sociaux » et destinés à garantir un revenu minimum aux personnes dépourvues de ressources suffisantes. A l'exception du RSA, il s'agit de prestations catégorielles qui visent des populations particulièrement vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes isolées, personnes privées d'emploi).

Les données actualisées concernant ces prestations sont les suivantes :

Le Revenu de solidarité active (RSA) : le montant minimum du RSA est de 474,93 € pour une personne seule. Ce montant est augmenté en fonction de la composition du foyer. Pour la première personne supplémentaire, il est majoré de 50%, soit 237,47euros. Pour un couple de bénéficiaires, il atteint donc 712,40 euros au total par mois. Pour toute personne supplémentaire, il est majoré de 30%, soit 142,48 euros. A partir de la troisième personne, la majoration est de 40% par

personne supplémentaire, soit 189,97 euros. Le montant est majoré pour les femmes enceintes (609,87 €) et pour les parents isolés avec un enfant (813,16 € avec un enfant).

Au 31 décembre 2011, on dénombrait 2 067 287 foyers ayant un droit payable au RSA, répartis comme suit :

- 1 359 542 foyers avaient un droit payable au RSA socle seul,
- 229 032 foyers avaient droit à la fois au RSA socle et au RSA activité
- 477 971 au RSA activité seul.

Si l'on tient compte des ayants droit, le nombre de personnes couvertes à la même date était de 4,413 millions de personnes.

Par ailleurs, environ 9 000 allocataires du RSA jeunes étaient dénombrés au 31 décembre 2011.

- L'allocation de solidarité spécifique (ASS) est une allocation chômage s'adressant aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage, et qui justifient d'au moins cinq années d'activité salariée au cours des dix dernières années précédant la rupture de leur contrat de travail. Le montant de cette allocation versée mensuellement est de 15,53 € par jour. Le montant est majoré pour les personnes âgées (22,44 € par jour). Les plafonds de ressources sont de 1094,10 € pour une personne seule et de 1719,30 € pour un couple. 427 100 personnes percevaient l'ASS en novembre 2011.

- L'Allocation temporaire d'attente (ATA) est une allocation temporaire versée dans l'attente de satisfaire aux conditions d'accès au RSA (exemples : demandeurs d'asile, anciens détenus). Le montant, à taux plein, de cette allocation est de 11,01 € par jour soit 330,30 € pour un mois de 30 jours. Elle était versée à 44 500 personnes en 2010.

- L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) : Depuis sa création en 1975, le nombre de bénéficiaires n'a cessé de croître (122 000 en 1976, 957 000 en 2011) sous le double effet des évolutions démographiques et des réformes de la prestation. En outre, depuis la 1^{ère} conférence nationale du handicap (CNH), en 2008, plusieurs mesures ont fait évoluer l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour en faire un tremplin vers l'emploi (pour ceux pouvant être accompagnés en la matière) et de manière à garantir la dignité de ceux qui ne peuvent pas travailler, à travers une augmentation sensible de la prestation. Ainsi l'AAH a été revalorisée de + 25% en 5 ans. Ainsi, le montant maximum de l'AAH pour une personne seule est passé de 628,10 euros en 2008 à 776,59 au 1^{er} septembre 2012.

- L'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité (ASI), s'adresse aux titulaires d'une pension d'invalidité servie par le régime de sécurité sociale au titre d'une incapacité permanente et assure un niveau de revenu égal au minimum vieillesse. Elle est versée jusqu'à ce que l'allocataire atteigne l'âge requis pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Son montant est de 396,20 € pour une personne seule et de 653,80 € pour un couple. Elle est versée si les ressources sont inférieures à un plafond annuel fixé, au 1^{er} avril 2012, à 8

266,35 € par an pour une personne seule et 14 479,10 € pour un couple. En 2010, 87 700 personnes bénéficiaient de cette prestation.

- L'allocation d'assurance veuvage (AAV) est une allocation versée aux conjoints survivants d'assurés sociaux décédés. Le montant net de l'allocation veuvage est de 594,41 € par mois. Le plafond de l'AAV s'élève 2.229,00 € par trimestre. Elle concernait 6 300 personnes en 2010.

- L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) s'adressent aux personnes âgées de plus de 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail). Le montant de l'ASPA est de 742,27 € pour une personne seule et de 1181,77 € pour un couple. Le plafond de ressources annuel est de 8 907,34 € pour une personne seule et de 14 181,30 € pour un ménage. Ces allocations étaient versées à 576 300 bénéficiaires en 2010.



Réponse aux observations du CEDS concernant l'article 13§1

En réponse à l'avis du CEDS sur l'aide sociale aux jeunes de moins de 25 ans

Depuis 2000, la situation de la France est jugée non conforme à l'article 13 § 1 au motif que la limite d'âge pour l'octroi du RMI/RSA est fixé à 25 ans sauf pour les jeunes qui ont charge de famille.

A cet égard, il convient de souligner que la France a progressé dans ce domaine. En effet, comme évoqué précédemment, les jeunes actifs de 18 à 25 ans ont, depuis le 1^{er} septembre 2010, la possibilité de bénéficier du RSA sous réserve qu'ils aient exercé une activité professionnelle antérieure équivalent à deux ans d'activité à temps plein sur une période de référence de trois ans précédant la date de la demande.

En revanche, le choix a été fait de ne pas généraliser l'application du RSA aux jeunes de moins de 25 ans en raison du souhait de mobiliser prioritairement les solidarités familiales fortes, qui trouve notamment son expression par le caractère subsidiaire de l'aide sociale et la prise en compte, pour le calcul du droit aux minima sociaux, de la composition de la famille.

Il convient toutefois de souligner qu'une série de dispositifs s'adresse aux jeunes. Notamment, les jeunes de plus de 18 ans peuvent bénéficier des aides au logement : en 2006, 48 % des jeunes ménages locataires bénéficiaient d'une aide au logement (APL, ALS ...). Par ailleurs, des dispositifs spécifiques sont mis en œuvre pour favoriser l'insertion professionnelle des jeunes : le système des bourses universitaires, le fonds d'aide aux jeunes, le fonds partenarial pour l'insertion professionnelle des jeunes, le contrat d'insertion dans la vie sociale, l'action sociale dans les quartiers défavorisés.

En réponse à l'avis du CEDS sur l'octroi du RSA aux étrangers non communautaires

En 2009, la situation de la France a été jugée non conforme à l'article 13 § 1 au motif que l'octroi du RMI/RSA pour bénéficier du RSA, les étrangers non communautaires doivent résider en France de manière stable, effective et permanente et être titulaire, depuis au moins 5 ans, d'un titre de séjour autorisant à travailler.

Concernant cet aspect, il est nécessaire de rappeler que ce principe connaît de nombreuses exceptions. En effet, la condition tenant à la possession, depuis cinq ans, d'un titre de séjour autorisant à travailler ne s'applique ni aux réfugiés ou apatrides, ni aux parents isolés. Par ailleurs, l'article L. 314-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile accorde à diverses catégories d'étrangers le bénéfice, de plein droit, de la carte de résident, qui dispense de l'obligation de posséder un titre autorisant à travailler depuis cinq ans. Sont ainsi visés les étrangers titulaires d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle versée par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 % ainsi qu'aux ayants droit d'un étranger, bénéficiaires d'une rente de décès pour accident de travail ou maladie professionnelle versée par un organisme français (3° de l'article précité).

Par ailleurs, les distinctions opérées entre français et étrangers reposent sur une différence de situation et des motifs d'intérêt général en rapport avec l'objet de la loi. En effet, le RSA vise, d'une part, à associer l'attribution d'un minimum social à des obligations d'insertion socioprofessionnelle, et, d'autre part, à compléter les revenus de personnes exerçant une activité professionnelle. Ainsi, l'attribution du RSA et la conduite de démarches d'insertion impliquent que le demandeur ait le droit de travailler en France, et qu'il présente des garanties d'une présence régulière et durable sur le territoire.

Par conséquent, il ne saurait être fait grief aux dispositions françaises d'exiger des ressortissants étrangers souhaitant bénéficier du RSA qu'ils soient installés durablement en France. A cet égard, la seule possession d'une carte de séjour temporaire ne permet pas de caractériser une présence suffisamment stable sur le territoire au regard des droits et devoirs qui s'attachent au bénéfice du revenu de solidarité active.

Enfin, il peut être rappelé que la règle qui impose une condition de résidence en France depuis au moins cinq ans est inspirée par un souci de cohérence avec les obligations communautaires qui s'imposent à la France, telles qu'elles résultent en particulier de la directive 2003/109/CE du 25 novembre 2003 relative au statut des ressortissants de pays tiers résidents de longue durée. L'article 4 de cette directive subordonne à cinq années de séjour régulier et ininterrompu la possibilité de se voir reconnaître le statut de « résident de longue durée ». La directive prévoit également que le résident de longue durée a le droit de bénéficier d'une série de prestations - parmi lesquelles des mesures d'assistance sociale (revenu minimum, pensions minimales, aide médicale gratuite...) - dans les mêmes conditions que les nationaux.

En réponse à l'avis du CEDS sur le droit au recours

En 2009, la situation de la France a été jugée non conforme à l'article 13 § 1 au motif que l'octroi du RMI/RSA au motif qu'il n'est pas établi que le droit au recours soit effectif en matière d'assistance sociale.

Or, contrairement à ce qu'indique le CEDS, le droit à un recours effectif est assuré en matière d'aide sociale.

Selon l'article L. 134-1 du code de l'action sociale et des familles « à l'exception des décisions concernant l'attribution des prestations d'aide sociale à l'enfance ainsi que des décisions concernant le revenu de solidarité active, les décisions du président du conseil général et du représentant de l'Etat dans le département prévues à l'article L. 131-2 sont susceptibles de recours devant les commissions départementales d'aide sociale (CDAS) mentionnées à l'article L. 134-6 dans des conditions fixées par voie réglementaire ».

Juridiction de premier ressort en matière d'aide sociale, la CDAS est une juridiction spécialisée, présidée par un magistrat qui se prononce en premier recours sur les décisions des commissions d'admission à l'aide sociale, ou des autorités (Préfet, Président du Conseil Général).

La CDAS doit être saisie dans le délai de deux mois à partir de la date de la notification de la décision par LRAR. L'intéressé peut demander à être entendu par la commission et se faire accompagner de la personne ou d'un représentant d'un organisme de son choix. La décision de la Commission Départementale d'Aide Sociale (CDAS) peut être contestée devant la Commission Centrale d'Aide Sociale (CCAS) dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision. Cet appel est suspensif. Enfin, il est possible de former un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État contre la décision de la Commission Centrale d'aide sociale dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision.

La création du RSA a donné compétence aux juridictions administratives de droit commun (Tribunal administratif en première instance, Cour administrative d'appel en deuxième instance et Conseil d'Etat en cassation) pour statuer sur les litiges intéressant cette prestation. En effet, le RSA remplace deux prestations d'aide sociale – le revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation de parent isolé (API) – dont le contentieux relevait de deux juridictions spéciales différentes : la commission départementale d'aide sociale (CDAS) pour le RMI et le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) pour l'API. Les réclamations concernant la prestation RSA sont soumises à un recours administratif préalable avant saisine du tribunal administratif. L'action de l'allocataire comme celle des organismes et du département se prescrit par deux ans, comme en matière de prestations familiales.

Article 13§2 - Non discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs,

programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Réponse :

Pas d'éléments nouveaux depuis de rapport précédent.

Article 13§3- prévention, abolition ou allègement de l'état de besoin

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Réponse :

Moyens suffisants pour fournir une assistance appropriée (voir §1 et art 14)

Article 13§4- Assistance d'urgence spécifique aux non résidents

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Réponse :

En ce qui concerne plus particulièrement l'accès aux soins des personnes qui ne remplissent pas les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour bénéficier du régime d'assurance maladie de droit commun, il est à noter que la *loi n°2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011* a subordonné l'attribution de l'Aide Médicale d'Etat (AME) à l'acquittement, par chaque bénéficiaire majeur, d'un droit annuel fixé à 30€, dit « droit de timbre », exclu certains soins des dépenses prises en charge par l'AME (notamment cures thermales et examens de biologie médicale spécifiques à l'assistance médicale à la procréation) et introduit une procédure d'agrément préalable pour les soins hospitaliers programmés coûteux. La *loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration* a fait de

l'organisme d'assurance maladie du demandeur, le lieu unique de dépôt des demandes d'AME.

Il est toutefois à noter que trois de ces mesures, le droit de timbre annuel de 30€, la procédure d'agrément préalable pour les soins hospitaliers programmés coûteux et le lieu unique de demande d'AME, jugées contreproductives en termes de faisabilité administrative et surtout d'allongement de durée des soins et même de report de ceux-ci, ont été supprimées par le nouveau Gouvernement ([*Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012*](#)).



Réponses aux observations et demandes formulées en 2009 par le CEDS

Le Comité demande s'il existe une limite financière au montant des soins d'urgence qui peuvent être dispensés aux personnes qui n'ont pas droit à l'AME.

Les personnes (uniquement majeures) qui ne remplissent pas les conditions pour prétendre à l'AME voient effectivement leurs soins urgents pris en charge : soins hospitaliers dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître, soins évitant la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité. Il est précisé qu'il n'est pas fixé de limite financière au montant des soins urgents en cause.

Interprétation de ces dispositions par le CEDS

Paragraphe 1 : Assistance sociale – « toute personne » doit pouvoir obtenir des prestations d'un niveau suffisant au seul motif qu'elle est dans le besoin. Pour être d'un niveau suffisant, l'assistance doit permettre à toute personne de subvenir à ses besoins essentiels ; en d'autres termes, le niveau des prestations ne peut être inférieur au seuil de pauvreté. Assistance médicale – toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes doit pouvoir obtenir gratuitement « en cas de maladie, les soins nécessités par son état ».

Le droit à l'assistance doit être un droit individuel prévu par la loi et être assorti d'un droit de recours effectif auprès d'un organe indépendant.

Paragraphe 2 : Les personnes bénéficiant d'une assistance ne doivent pas souffrir, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux. Toute discrimination à l'égard des personnes bénéficiant d'une assistance, qui résulterait d'une disposition d'un texte, doit être éliminée.

Paragraphe 3 : Mise en place de services compétents de caractère public ou privé permettant aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes d'obtenir tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial.

Paragraphe 4 : Assistance sociale et médicale d'urgence pour toute personne se trouvant légalement ou illégalement (mais sans y résider) sur le territoire. Les Etats parties sont tenus de fournir une assistance aux intéressés pour parer à un besoin immédiat (hébergement, nourriture, soins médicaux d'urgence et vêtements).

Instruments internationaux traitant du même sujet:

Convention de Genève relative au statut des réfugiés (1951)

Convention de New York relative au statut des apatrides (1954)

Convention européenne d'assistance sociale et médicale (1953)

Article 14 – Droit au bénéfice des services sociaux

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties s'engagent :

1. à encourager ou organiser les services utilisant les méthodes propres au service social et qui contribuent au bien-être et au développement des individus et des groupes dans la communauté ainsi qu'à leur adaptation au milieu social ;
2. à encourager la participation des individus et des organisations bénévoles ou autres à la création ou au maintien de ces services.

Informations à soumettre

Article 14§1- Encouragement ou organisation des services sociaux

- 1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.
- 2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.
- 3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes illustrant l'accès effectif aux services sociaux (nombre total de bénéficiaires, nombre de bénéficiaires par catégorie de services sociaux, nombre et répartition géographique des services, effectifs et qualifications du personnel).



Réponse au CEDS

Organisation des services sociaux :

Le comité demande que le rapport suivant dresse les axes principaux de la réforme de l'organisation et du fonctionnement des services sociaux de 2002.

Si l'organisation des services sociaux a été modifiée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, des modifications ont été également opérées depuis. Ainsi, l'organisation telle que décrite ci-dessous est issue des lois 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et 2011-940 du 10 août 2011 modifiant la loi 2009-879.

Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

Le secteur social et médico-social comprend l'ensemble des 40 296¹⁰ établissements et services ayant pour mission d'accompagner des publics très différents : personnes âgées dépendantes et personnes handicapées, adultes ou enfants, personnes connaissant de graves difficultés économiques ou d'insertion, familles et jeunes enfants (accueil collectif de jeunes enfants, foyers de l'enfance, maisons d'enfants à caractère social). Des organismes gestionnaires bénéficient de statuts très divers

¹⁰ 36 000 en 2007

selon les publics pris en charge, mais restent très majoritairement financés par des fonds publics.

- Dans le secteur des personnes âgées dépendantes, plus de 10.000 établissements et services sont recensés, qui représentent plus de 675 000 places, dont les deux tiers en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les structures sont pour moitié à statut public (établissement public local). Parmi les structures de statut privé, une part prépondérante est à but non lucratif (associations). Indépendamment de leur statut, ces structures sont très majoritairement financées par des crédits d'assurance maladie (ONDAM médico-social /OGD géré par la CNSA) et des crédits des collectivités locales (allocation personnalisée d'autonomie). Une participation du résident est requise en contrepartie de l'hébergement en EHPAD, qui peut être solvabilisée par l'aide sociale du département.
- Les 15.900 établissements et services intervenant auprès des enfants (107.000 places) et des adultes handicapés (193.000) sont très majoritairement de statut privé à but non lucratif (90%). Cette prépondérance trouve très fréquemment son origine dans l'histoire personnelle ou familiale des gestionnaires, parents d'enfants ou d'adultes handicapés. De ce fait, les fédérations et tête de réseaux mêlent étroitement la représentation des usagers et celle des gestionnaires.
- Les établissements d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) sont soit de statut public soit de droit privé à but non lucratif et sont financés par des crédits d'État et de manière résiduelle par des crédits des collectivités locales (de l'ordre d'environ 10%).
- Les établissements de protection de l'enfance sont soit de statut public, soit de droit privé à but non lucratif et sont financés par des crédits des collectivités locales (Conseils généraux).

Accès égal et effectif

Le comité demande que le prochain rapport précise quels services sociaux supposent une prise en charge financière et combien ils sont facturés en moyenne.

La tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux ESSMS

La réglementation financière et comptable applicable aux ESSMS, partiellement renouvelée en application de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 pour accroître l'objectivation du niveau de ressources alloué et la responsabilisation des gestionnaires dans la bonne exécution de leur budget, constitue un puissant instrument théorique d'allocation des financements publics proche des besoins d'accompagnement des usagers comme de régulation des dépenses sociales.

Son efficacité bute aujourd'hui sur l'absence de référentiels de prestations auquel s'attache un tarif qui permettrait d'assurer une allocation de ressource équitable à l'ensemble des structures, un coût de gestion excessif pour les autorités découlant de l'hétérogénéité des règles de tarification applicables, et de fragilités juridiques s'agissant des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont il convient de sortir rapidement.

Le comité demande également des informations à jour sur les voies de recours dont peuvent bénéficier les usagers pour faire valoir leur droit à l'encontre d'une décision défavorable en ce qui concerne une demande d'intervention d'un service social.

Le contentieux de l'aide sociale.

L'essentiel du contentieux de l'aide sociale relève de la compétence des commissions départementales d'aide sociale (CDAS) en première instance et de la commission centrale d'aide sociale en appel (CCAS). Ces deux juridictions constituent des juridictions de l'ordre administratif, et à ce titre sont soumises en cassation au contrôle du Conseil d'Etat.

Lorsqu'il est entrepris le recours devant ces juridictions doit nécessairement l'être dans les deux mois de la notification de la décision contestée (Code de l'action sociale et des familles, article R.134-10 et R.131-11) par une personne dûment habilitée à l'entreprendre. Sont ainsi autorisés à former un tel recours :

Le demandeur, ses débiteurs d'aliments, l'établissement ou le service qui fournit les prestations, le maire, le président du conseil général, le représentant de l'Etat dans le département, les organismes de sécurité sociale et de mutualité agricole intéressés ou tout habitant ou contribuable de la commune ou du département ayant un intérêt direct à la réformation de la décision (Code de l'action sociale et des familles, article L.134-4).

Qualité des services :

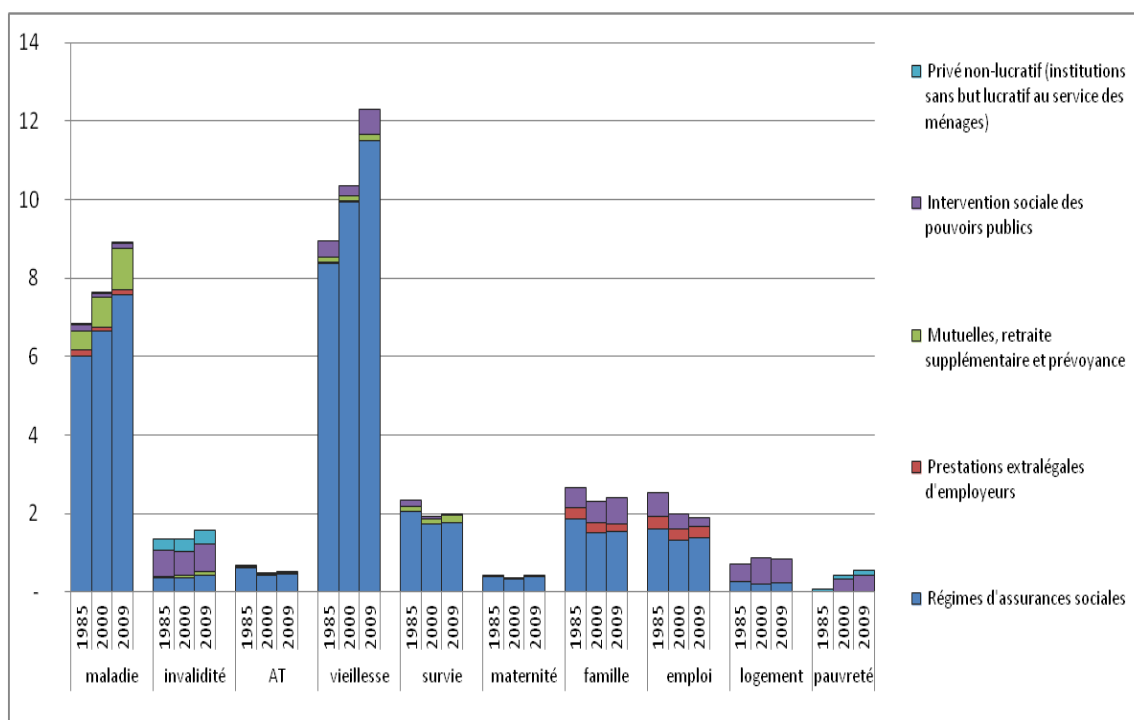
Le comité demande des informations sur le montant total des dépenses consacrées aux services sociaux.

Des dépenses de cohésion sociale éclatées entre de multiples financeurs

Les comptes de la protection sociale, qui représentaient 31,3% du PIB, soit 598 Md€ en 2009, retracent l'ensemble des opérations réalisées par les régimes d'assurance sociale, les pouvoirs publics (à l'exclusion des dépenses fiscales) et les organismes complémentaires¹¹ pour assurer la couverture des risques sociaux répartis en six grands champs : santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion. La répartition de ces dépenses par risque et par financeur montre le poids très important dans cet ensemble de la couverture de nature assurantielle des risques santé et vieillesse.

¹¹ Protection sociale complémentaire mutualiste, régimes d'employeurs extra-légaux, interventions sociales des institutions sans but lucratif

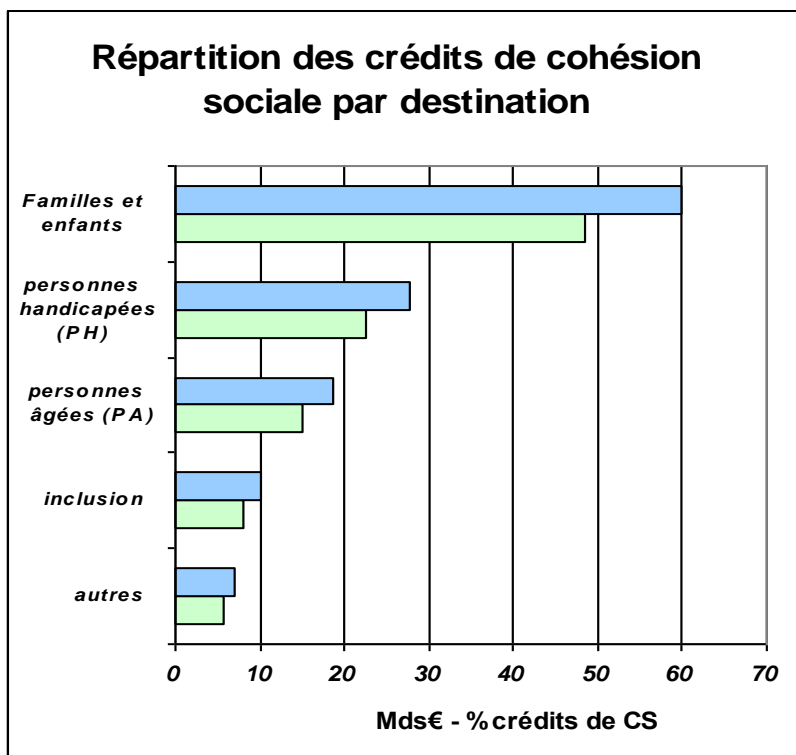
Evolution des prestations par régime selon le risque social



(Source : DREES-CPS)

Si l'on tente d'isoler au sein de cet ensemble les dépenses publiques de cohésion sociale, un agrégat comprenant la part médico-sociale des dépenses de santé, les dépenses de politique familiale et celles de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, et réintégrant les dépenses fiscales afférentes¹² peut être construit. Il montre que les dépenses de cohésion sociale recouvrent un montant global de 124 milliards d'euros représentant 6,4% du PIB en 2010, selon 4 destinations principales : famille et enfance pour 59,9 Md€, personnes handicapées pour 27,9 Md€, personnes âgées pour 18,7 Md€, et inclusion pour 10,1 Md€.

¹² Dépenses fiscales rattachés aux programmes de la mission solidarité, insertion et égalité des chances et au programme prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables



Ces dépenses se répartissent entre 4 principaux financeurs : la branche famille (41,9 Md€), l'Etat (34,5 Md€ dont 21,8Md€ de dépenses fiscales), les départements (30,4Md€ concours de la CNSA compris), et la CNSA (16,7Mds € - transferts aux départements de 2,1 Mds€ retranchés)¹³.

Article 14§2- participation du public à la création et au maintien des services sociaux

- 1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.
- 2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.
- 3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes illustrant la participation du secteur bénévole à l'offre de services sociaux, ainsi que l'accès effectif des individus à ces services.



Réponse :

Le comité demande que le prochain rapport donne des exemples concrets de collaboration entre le secteur associatif, les collectivités territoriales et l'Etat.

¹³ Données 2010 : dernières données disponibles toutes administrations publiques (APU)

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a cherché depuis sa création en 2010 à renforcer la concertation avec l'ensemble des acteurs des politiques, en vue de co-construire la mise en œuvre des politiques, d'en favoriser la bonne application et d'identifier les difficultés concrètes auxquelles sont confrontés les acteurs de terrain (services de l'Etat, collectivités territoriales, et fédérations nationales représentatives des acteurs de terrain, provenant essentiellement du tissu associatif).

La DGCS organise ainsi une concertation formelle ou informelle systématique sur l'ensemble des dossiers dont elle a la charge (textes réglementaires, instructions, outils méthodologiques et recommandations de bonne pratique, ...) avec les représentants des acteurs du secteur : informelle dans le cadre de rencontres ponctuelles ou de demande d'avis directe sur des documents de travail, plus suivies dans le cadre de groupes de travail ou de comités de pilotage de processus (exemple, le comité de pilotage des démarches d'utilisation d'indicateurs rendant compte de l'activité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - COPIL Indicateurs Ehpad -), plus institutionnelles par la présentation de dossier ou de projet aux membres de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS) ainsi que les différentes instances dont elle assure le secrétariat (CNRPA, CNCPPH...).

La section sociale du CNOSS doit en effet être consultée par le ministre chargé de l'action sociale sur toute question d'intérêt général pour le secteur, et notamment relative aux conditions d'organisation et de fonctionnement des établissements et services. Un travail important de revivification de cette instance, la plus généraliste du secteur, a donc été engagé. De mai 2011 à mai 2012 la section sociale du CNOSS a été réunie 12 fois et a rendu une dizaine d'avis.

Par ailleurs, l'Etat soutient la professionnalisation **des bénévoles**; ainsi, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 permet aux bénévoles d'obtenir un diplôme, en faisant valider les compétences qu'ils ont acquises dans le cadre de leur bénévolat. A la suite, un « portefeuille de compétences », outil d'identification, de formalisation et de mémoire destiné à permettre aux bénévoles associatifs qui le désirent et aux responsables d'associations motivés d'utiliser le support dans une optique de prise de conscience des compétences acquises à travers l'expérience bénévole, éventuellement dans la perspective d'une reconnaissance ou une valorisation ultérieure, a été créé. L'outil a été mis en ligne sur www.associations.gouv.fr/1106-un-portefeuille-de-competences.html et a fait l'objet d'une large diffusion dans les associations. Il a été présenté à un panel de services de ressources humaines d'entreprises pour vérifier son adéquation avec leurs attentes en la matière. Il a également été présenté à la Conférence des présidents d'université et pourrait faire l'objet d'une expérimentation par certaines universités contribuant ainsi à la reconnaissance d'un bénévolat qualifié.

Le Président de la République a appelé de ses vœux une nouvelle réflexion pour renforcer encore le cadre assurant protection et reconnaissance aux bénévoles. Le haut conseil à la vie associative, a été saisi par le gouvernement afin de faire des propositions sur les modalités d'un congé engagement qui permettrait aux présidents d'associations ou trésoriers de pouvoir bénéficier d'une suspension du contrat de travail pour effectuer une mission d'intérêt général au service d'une association qui s'inscrirait dans les mesures de nature à encourager et à reconnaître le bénévolat.

Le comité demande des informations complémentaires sur les modalités de fonctionnement des comités d'usagers dans les établissements du secteur sanitaire et social dans la pratique.

La participation des personnes concernées à la construction des politiques sociales

L'approche participative s'est peu à peu imposée dans les politiques publiques d'insertion, sous la double influence européenne et associative.

La stratégie pour l'inclusion sociale, définie à Lisbonne en 2000, a assigné aux politiques d'inclusion sociale l'objectif d'associer l'ensemble des acteurs concernés, y compris les administrés. Le tissu associatif français a, quant à lui, depuis longtemps imaginé et mis en œuvre des démarches participatives, interpellant de manière régulière les pouvoirs publics sur la question de l'association des personnes à la construction et à la mise en œuvre des politiques les concernant.

L'État a soutenu différentes initiatives visant l'association directe des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion à l'analyse de l'impact des différentes mesures prises pour améliorer leur situation sociale. Ces initiatives sont, notamment, issues de décisions prises lors des comités interministériels de lutte contre l'exclusion en 2004 et 2006 : création des pôles d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux (PARADS) en 2004 ou mise en place de formations au processus d'évaluation participative en 2006, appelés « forums locaux ».

Plus récemment, les personnes en situation de pauvreté ont été associées dans le cadre de la politique de l'hébergement et du logement, à la création d'un conseil consultatif des personnes accueillies (CCPA), décliné progressivement sur les territoires.

En France, l'injonction de participer du législateur s'est incarnée dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, associant les résidents aux projets des établissements médicaux et médico-sociaux et créant les conseils de vie sociale (CVS). La loi 2008-1249 du 1er décembre 2008, généralisant le revenu de solidarité active (rSa) et réformant les politiques d'insertion, a ensuite prévu **l'implication des allocataires dans le fonctionnement et l'évaluation du dispositif rSa.**

Le développement de l'expérimentation et de la concertation

L'adaptation à l'évolution des besoins s'appuie sur l'expérimentation d'innovations sociales. Il appartient aux pouvoirs publics, Etat et collectivités locales, de soutenir et de mettre en œuvre avec les associations et l'ensemble des acteurs des initiatives en ce sens.

L'amélioration de la qualité et de l'efficacité des politiques sociales passe en effet par le repérage des bonnes pratiques et le soutien aux expérimentations et innovations, mais aussi par l'organisation de temps forts de rencontres entre l'ensemble des acteurs autour d'un même champ du type des conférences nationales triennales dans le champ du handicap, ou du Grenelle de l'insertion.

Cette mise en question du modèle traditionnel de l'Etat producteur de normes a amené la DGCS à systématiser de manière très fructueuse la concertation avec ses partenaires. Chaque projet de texte, chaque projet, fait l'objet d'échanges avec l'ensemble des représentants du secteur, ce qui permet d'améliorer la qualité tant des relations que des dossiers, mieux construits, mieux compris, et mieux adaptés aux besoins de chacun.

Le comité demande des informations à jour sur les mécanismes mis en place pour contrôler la qualité des services sociaux fournis par les organisations caritatives et le secteur associatif.

Depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), comme tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont soumis depuis à des procédures d'évaluation interne et externe. Les structures doivent communiquer les résultats de leur évaluation interne tous les cinq ans et procéder à deux évaluations externes sur une période de quinze ans, condition nécessaire à la poursuite de leur autorisation. L'agence nationale de l'évaluation et la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) est responsable de l'habilitation des organismes chargés de cette évaluation externe.

Interprétation de ces dispositions par le CEDS

Paragraphe 1 : Un ensemble de services sociaux permettant d'atteindre ou de préserver un niveau de bien-être et de résoudre d'éventuels problèmes d'adaptation sociale doit être mis en place. Les services sociaux englobent en particulier les services d'orientation, de conseils, de réadaptation et autres formes de soutien assurés par des travailleurs sociaux, les services d'aide à domicile (assistance aux tâches ménagères, hygiène personnelle, livraison de repas), la prise en charge dans un établissement de séjour et le secours social d'urgence (foyers d'accueil). Au titre de l'article 14, paragraphe 1, sont examinés, sur un plan général, l'organisation et le fonctionnement des services sociaux.

Il faut que celles et ceux qui n'ont pas les capacités personnelles ou les moyens matériels de surmonter leurs difficultés, en particulier les groupes vulnérables et les individus confrontés à un problème social, soient assurés d'avoir accès aux services sociaux. Les groupes qui sont vulnérables – les enfants, la famille, les personnes âgées, les personnes handicapées, les jeunes en difficulté, les jeunes délinquants, les réfugiés, les sans-abri, les alcooliques et les toxicomanes, les victimes de violences familiales et les anciens détenus – doivent pouvoir bénéficier de services sociaux dans les faits.

L'accès égal et effectif aux services sociaux implique :

- un droit d'accès individuel à une orientation et à des conseils dispensés par des services sociaux ;
- la protection des droits des usagers, ce qui suppose aussi l'existence de voies de recours ;
- la fourniture gratuite des services pour ceux qui n'en ont pas les moyens, et payante pour les autres ;
- une répartition géographique des services suffisamment large ;
- l'attribution aux services sociaux de ressources qui soient à la hauteur de leurs responsabilités et leur permettent de suivre l'évolution des besoins des usagers.

Paragraphe 2 : Les Etats parties ont l'obligation de venir en aide au secteur bénévole (organisations non gouvernementales et autres associations), aux particuliers et aux entreprises privées qui cherchent à créer des services sociaux. Les services publics et privés doivent être correctement coordonnés ; l'égalité d'accès et leur efficacité ne sauraient pâtir du nombre de prestataires concernés. Un mécanisme de contrôle effectif en termes de prévention et de réparation doit également être prévu.

Article 23 – Droit des personnes âgées à une protection sociale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit des personnes âgées à une protection sociale, les Parties s'engagent à prendre ou à promouvoir, soit directement soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, des mesures appropriées tendant notamment :

- à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, moyennant :
 - a. des ressources suffisantes pour leur permettre de mener une existence décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle ;
 - b. la diffusion des informations concernant les services et les facilités existant en faveur des personnes âgées et les possibilités pour celles-ci d'y recourir ;
- à permettre aux personnes âgées de choisir librement leur mode de vie et de mener une existence indépendante dans leur environnement habituel aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que cela est possible, moyennant :
 - a. la mise à disposition de logements appropriés à leurs besoins et à leur état de santé ou d'aides adéquates en vue de l'aménagement du logement ;
 - b. les soins de santé et les services que nécessiterait leur état ;
- à garantir aux personnes âgées vivant en institution l'assistance appropriée dans le respect de la vie privée, et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution.

Annexe à l'article 23, paragraphe 1

Aux fins d'application de ce paragraphe, l'expression «le plus longtemps possible» se réfère aux capacités physiques, psychologiques et intellectuelles de la personne âgée.

Informations à soumettre

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

Réponse- cadre législatif

Les apports fondamentaux des lois du 20 juillet 2001 (création de l'allocation personnalisée d'autonomie - APA), du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, ainsi que de la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA et de la contribution solidarité autonomie) ont été présentées en détail dans notre précédent rapport.

La période 2008-2011 a été marquée par l'adoption de la **loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009 (voir art 11)**, qui a eu des répercussions importantes sur le secteur social et médico-social en général, et sur le secteur en charge des personnes âgées

en particulier, avec la création des agences régionales de santé (ARS), établissements publics de l'Etat à caractère administratif.

Les ARS reposent sur une « **vision décloisonnée** » de la Santé. Elles sont chargées de l'organisation et du financement des soins (prévention, soins de ville, soins hospitaliers), de la politique de santé publique en général, ainsi que de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. **L'attribution de compétences médico-sociales** aux agences répond à la volonté de développer des passerelles entre les champs sanitaire et médico-social, afin d'encourager la transversalité dans les soins, l'aide et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et leur prise en charge globale.

Le **schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROSMS)** fait désormais partie intégrante du projet régional de santé au même titre que le schéma régional de prévention et le schéma régional de l'offre de soins (soins hospitaliers et ambulatoires). Elaboré par le directeur général de l'ARS, après consultation de la commission de coordination dédiée au secteur médico-social et avis des présidents de conseils généraux, le SROSMS décline les orientations et les objectifs du plan stratégique régional de santé pour le secteur médico-social. Un dialogue approfondi a été instauré avec les départements (conseils généraux) chargés de définir et de mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées.

La procédure d'autorisation et de création de places dans les établissements sociaux et médicaux-sociaux (ESMS) a été réformée, avec la mise en place d'une procédure d'appel à projet, pour permettre de sélectionner les propositions les plus conformes aux priorités collectives définies par le projet régional de santé. Cette procédure offre en outre davantage de garanties aux promoteurs immobiliers, dans la mesure où, une fois retenus, les projets ont vocation à être autorisés et financés immédiatement par l'autorité publique compétente.

Si le vieillissement n'est pas la dépendance (moins de 20% des personnes âgées de 85 ans sont dépendantes), la question de sa prise en charge reste néanmoins posée. Les projections démographiques indiquent en effet que c'est à partir du milieu des années 2020 que les courbes de progression des effectifs de personnes âgées dépendantes et des dépenses publiques et privées liées à la dépendance connaîtront une véritable accélération. Cette question constitue un véritable enjeu de société qui doit être anticipé.

Malgré les efforts faits pour améliorer cette prise en charge, de nombreux défis restent en effet à relever : « reste à charge » trop élevé pour les personnes en établissement et pour celles les plus lourdement dépendantes, insuffisance de l'information, de l'accompagnement et de la formation des aidants ...

Un grand débat national a été lancé lors du 1^{er} semestre 2011, afin de cerner les contours et les priorités d'une future réforme. A l'issue de ce débat, l'adoption d'une nouvelle loi a cependant dû être reportée compte tenu notamment de la situation des finances publiques et de la crise économique. L'organisation de ce débat a cependant permis l'élaboration d'un certain nombre d'analyses et de diagnostics utiles, ainsi qu'une prise de conscience des enjeux par le grand public. De plus, certaines dispositions ont néanmoins pu être prises, indépendamment de la réforme.

C'est ainsi notamment que l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 permet de mener, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas 5 ans, des **expérimentations dans le cadre de projets pilotes** mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en ciblant un segment précis mais critique de ce parcours : l'amont et l'aval de l'hospitalisation (prévenir l'hospitalisation et gérer la sortie d'hôpital). Ces expérimentations bénéficieront d'un financement sur le risque maladie.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Réponse sur la mise en œuvre du cadre juridique

La question du droit des personnes âgées à une protection sociale est un enjeu fondamental de notre société qui emprunte de multiples facettes : prise en charge de la dépendance bien sûr, mais aussi prévention de la perte d'autonomie et reconnaissance du rôle irremplaçable des aidants, promotion d'une offre intermédiaire de logements entre domicile et établissement, coordination et contractualisation au service du parcours de vie, d'aide et de soins, partage et optimisation des financements.

Afin de tenter de répondre à ces différents enjeux, un certain nombre de chantiers avaient été lancés dans la période précédente et arrivent à leur terme en 2012. Parmi ces différents chantiers, il convient notamment de citer :

- le **plan solidarité grand âge** (PSGA 2007-2012) a pour objectif d'améliorer l'offre de services et d'établissements (90 500 places nouvelles destinées à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ont été inscrites dans ce plan) ; campagne de médicalisation des places d'hébergement et renforcement des soins infirmiers à domicile (SSIAD). A la fin de l'année 2011, les estimations de réalisation des objectifs initiaux du plan sont de 91 % en crédits notifiés pour un total de 70 458 places nouvelles autorisées. La plus forte hausse en termes de places nouvelles concerne l'offre en établissements d'hébergement médicalisés (40 820 places autorisées à la fin 2011). Viennent ensuite, mais à un niveau moindre, les places en SSIAD (19 807 places autorisées à la fin 2011). Malgré ces efforts, des enjeux importants demeurent, notamment en termes de rééquilibrage territorial et par catégories de structure de l'offre de services.

- le **plan Alzheimer (2008-2012)** a pour objectif d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour de la personne malade et de ses aidants. Il s'articule autour de trois axes – améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir (recherche), se mobiliser pour un enjeu de société (éthique). Il a permis de faire émerger de nombreux dispositifs innovants dans le champ médico-social (mise en place des **maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer ou MAIA** qui fédèrent sur un même territoire les structures déjà existantes et organisent leur coopération, des plateformes d'accompagnement et de répit et des accueils de jour pour offrir une offre de services diversifiée aux couples

aidant-aidé, des équipes spécialisées Alzheimer à domicile pour délivrer des soins d'accompagnement et de réhabilitation aux malades au début ou à un stade modéré de la maladie, d'unités spécialisées pour les résidents présentant des troubles du comportement en établissements, etc...) et de renforcer la gouvernance du secteur (création d'une mission nationale de pilotage pour la mise en œuvre du plan Alzheimer assurant la coordination interministérielle nécessaire, constitution d'un réseau de référents au sein des ARS et mise en place de remontées d'informations régulières).

Les pouvoirs publics ont également continué à développer leur action, notamment dans les domaines suivants :

- développement **de la notion de « bientraitance » et de la lutte contre la maltraitance** envers les personnes âgées : la création d'un numéro national unique d'accueil téléphonique et de traitement des signalements de maltraitance envers les personnes âgées (le 3977) ; mise en place d'une mission d'alerte et de veille nationale ; poursuite du développement des pratiques d'évaluation interne et externe, avec, notamment, l'élaboration par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) de recommandations de bonnes pratiques et d'outils (ex : programme spécifique Qualité de vie en établissement décliné, pour l'heure, à travers de 3 recommandations ; outil d'auto-évaluation de la bientraitance ; diffusion dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du programme MobiQual élaboré par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) pour favoriser les pratiques de bientraitance.)
- approfondissement d'une réflexion sur **l'enjeu de la prévention**, à l'occasion notamment du débat national sur la dépendance de 2011. La prise en charge de la perte d'autonomie sera d'autant mieux maîtrisée qu'elle aura été préparée par une politique de prévention visant à retarder les effets du vieillissement, organisant le mélange des générations, leur entraide, leur solidarité et valorisant le lien social et la citoyenneté. L'installation, le 19 avril 2012, du **comité national de coordination des politiques publiques de la prévention de la perte d'autonomie**, réunissant l'ensemble des acteurs de la prévention au niveau national, doit permettre de donner une impulsion décisive à une politique d'aide à l'autonomie, et de définir un schéma national de prévention décliné en axes stratégiques et actions opérationnelles, priorisées et hiérarchisées.
- poursuite du processus de concertation pour **la réforme de la tarification** des SSIAD engagée depuis 2007. Le dispositif actuel de tarification de ces services repose en effet plus sur la structure (tarification aux charges) que sur la mesure du besoin de soins de la personne prise en charge. Un nouveau modèle d'allocation de ressources, assis sur une logique de capitation et donc sur les besoins constatés des patients permettant une répartition plus équitable des moyens, a fait l'objet de simulations budgétaires dont les résultats ont été présentés aux fédérations gestionnaires de SSIAD en juillet 2011. Des ajustements sont actuellement en cours afin de corriger certaines

anomalies ou atténuer certains effets de seuil. Une nouvelle enquête tarifaire nationale interviendra à l'automne 2012.

- amélioration de **la tarification et du financement des établissements d'hébergement** pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : les modalités de financement des soins délivrés en établissements ont connu une évolution importante à partir de 2007 dans le cadre du **plan « solidarité grand âge »** (PSGA), et de son objectif d'améliorer la médicalisation des EHPAD.
- Jusqu'alors le calcul de la dotation soins se faisait à partir de l'évaluation du degré de perte d'autonomie (grille nationale AGGIR - action gérontologique – groupe iso-ressources) pour déterminer, par cotation, le « GIR Moyen Pondéré » (GMP) de l'établissement, c'est-à-dire le niveau moyen de perte d'autonomie pris en charge dans l'établissement, auquel s'ajoutait un coefficient forfaitaire pour les soins techniques.
- Le PSGA a instauré la prise en compte de la **charge réelle en soins requis** - au moyen du référentiel PATHOS. Cette **nouvelle équation tarifaire** associe niveau de perte d'autonomie (GMP) et niveau de soins requis (PMP) dans un indicateur synthétique dit « GIR Moyen Pondéré Soins » (GMPS). Elle apporte des moyens financiers supplémentaires significatifs aux établissements, de l'ordre de 3 000 €/place/an.

Ce nouveau mode de financement corrèle le niveau d'allocation des ressources aux besoins des résidents : plutôt que de s'intéresser aux charges comptables autorisées, la tarification prend comme point de départ le résident et ses besoins, sans considération de l'établissement où il se trouve. Il vise ainsi à lier l'allocation des ressources à la prise en charge des résidents les plus lourdement dépendants, instaurant ainsi une **plus grande équité** interdépartementale, tout en **évitant des phénomènes d'anti-sélection** pour l'admission des cas les plus lourds. Fin 2011, la tarification au GMPS s'applique à 387 000 des 577 000 places d'EHPAD autorisées et représente un effort financier supplémentaire de l'assurance maladie de 1,6 milliard €.

- **consolidation des référentiels AGGIR et PATHOS**, mesurant respectivement le niveau de perte d'autonomie et les besoins en soins requis des résidents des EHPAD, assortie d'un plan national de formation des professionnels appelés à les utiliser et de l'instauration d'un comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, instance indépendante chargée d'expertiser et de faire évoluer ces outils (arrêté interministériel du 31 octobre 2011)
- **élargissement des missions et du temps de présence du médecin coordonnateur** en EHPAD et la désignation d'un pharmacien référent qui concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents (loi de financement de la sécurité sociale pour 2009). D'une part, le décret n° 2012-1731 du 30 décembre 2010 a précisé que les modalités d'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral (médecins traitants et kinésithérapeutes) dans les EHPAD faisaient l'objet d'un

contrat conclu entre ces professionnels de santé et le directeur de l'établissement visant à assurer la coordination des soins.

D'autre part, le décret n° 2011- 1047 du 2 septembre 2011 a renforcé le rôle, le temps de présence, les missions et l'intervention du médecin coordonnateur - dont la présence est obligatoire – et institué une commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.

Le parcours des personnes âgées a été au cœur des débats sur la dépendance du premier semestre 2011 : dans ce cadre le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a rendu en mai 2011 un rapport « assurance maladie et perte d'autonomie » dans lequel il met en exergue la segmentation des intervenants (médicaux, sociaux et médico-sociaux) auprès des personnes âgées et les problèmes de continuité dans le parcours de soins qui en résultent. Les conséquences de cette segmentation sont importantes : hospitalisations évitables, durée excessive, dégradation de la qualité de vie et aggravation de la perte d'autonomie des patients. Pour répondre à ces préoccupations, le HCAAM propose des « **projets-pilotes** » aux contours ambitieux : financements croisés, échanges d'information, suivi personnalisé... La mise en œuvre de ces projets pilotes fera l'objet d'un cahier des charges en préparation qui devrait être disponible fin 2012.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques et ou toutes autres informations pertinentes sur les mesures prises pour s'assurer que les personnes âgées aient accès à des prestations en espèces et en nature suffisantes ; sur l'importance des dépenses publiques consacrée à la protection sociale et aux services destinés aux personnes âgées ; sur l'accessibilité des dispositifs et le nombre de personnes âgées qui en bénéficient ; sur la capacité d'accueil des institutions pour personnes âgées; sur le nombre de personnes âgées qui y vivent, ainsi que sur le manque de places éventuel.

Réponse sur les données chiffrées

TENDANCES DEMOGRAPHIQUES

Les projections démographiques 2010 de l'INSEE font apparaître une nette augmentation de la population de plus de 80 ans à l'horizon 2060. Ainsi, en France métropolitaine, cette tranche de la population passerait de 3 millions en 2007 à 6,1 millions en 2035 (+ 104 %) et à 8,4 millions en 2060 (+ 180 %). Le nombre de personnes de plus de 85 ans passera de 1,3 millions en 2007, à 2 millions en 2020, pour atteindre 4,2 millions en 2050 et 5,4 millions en 2060. Cette croissance est nettement plus rapide que celle de la population dans son ensemble qui progresserait de 13 % entre 2007 et 2035 et de 19 % entre 2007 et 2060. Autrement dit, les tranches d'âge élevées progresseraient en nombre mais aussi en part de la population : la population de plus de 80 ans passerait de 5 % de la population totale en 2007 à 9 % en 2035 et à 11 % en 2060.

Par ailleurs, le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine serait multiplié par 1,4 de 2010 à 2030 (de 1 150 000 à 1 550 000) et par 2 entre 2010 et 2060 (de 1 150 000 à 2 300 000).

DEPENSES PUBLIQUES CONSACREES A LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE

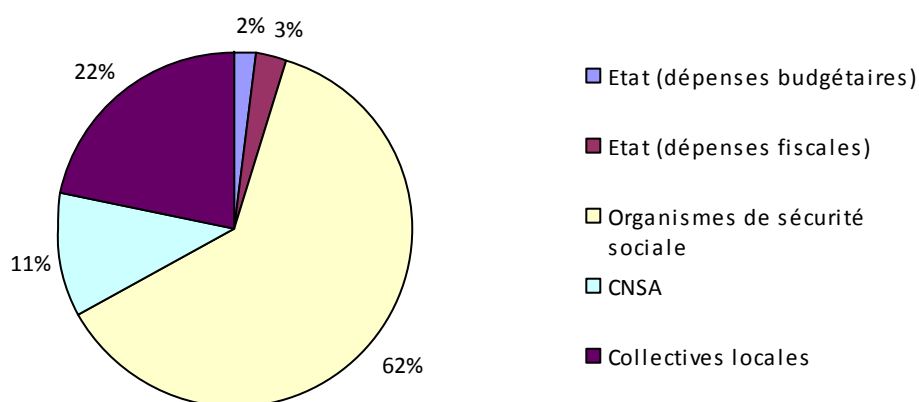
Coût de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en 2010 (en millions d'euros)		Conventions usuelles*
Dépenses de soins GIR 1 à 4	ONDAM médico-social GIR 1 à 4	6 807
	Financement CNSA d'établissement	912
	Soins de ville	3 000
	USLD	990
	Hôpital	2 000
	Total soins GIR 1 à 4	13 709
Dépenses de dépendance stricto sensu GIR 1 à 4	APA	5 297
	Financement d'actions d'animation par la CNSA	76
	Exonérations de cotisations sociales pour les emplois à domicile	996
	Exonérations de l'IR de l'APA	90
	Exonération de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) en faveur des contrats d'assurance-dépendance	36
	Crédit d'IR sur les équipements spéciaux pour les handicapés	27
	Crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile	244
	Taux réduit de TVA sur certains appareillages spécifiques	10
	Taux de TVA réduite applicable aux services à la personne	10
Total dépendance GIR 1 à 4	6 786	
Dépenses d'hébergement GIR 1 à 4	APL/ALS	335
	Taux réduit de TVA applicable à la construction d'établissement accueillant des personnes âgées ou handicapées	30
	ASH nette	967
	Cofinancement d'investissement par la CNSA	390
	Réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement	150
	Total hébergement GIR 1 à 4	1 872
Total GIR 1 à 4	22 367	
Dépenses de soins GIR 5 et 6	ONDAM médico-social personnes âgées GIR 5 et 6	296
Dépenses de dépendance GIR 5 et 6	Action sociale de la branche retraite	660
	Action sociale des départements et des communes	252**
Dépenses d'hébergement GIR 5 et 6	Réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement	25
	APL/ALS	70
	ASH nette	233
Total GIR 5 et 6	1 536	
Total tous GIR	23 903	

* (à partir des travaux de la Cour des comptes)

** dernier montant connu (2009)

Source : rapport du groupe « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » présidé par Bertrand Fragonard.

Ventilation des dépenses publiques consacrées à la dépendance en fonction des financeurs (% , 2010)



Source : synthèse du débat national sur la dépendance, juin 2011

ALLOCATION PERSONNALISEE AUTONOMIE

Nombre de bénéficiaires de l'APA	31/12/2011
Domicile	721 416
Etablissement	477 851
Ensemble	1 199 267

Sources : enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale et enquête trimestrielle sur l'APA - DREES

Fin décembre 2011, 1 199 267 personnes âgées bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dont 721 416 au titre d'un plan d'aide personnalisé à domicile, soit une progression de + 2 % en glissement annuel. Au total, 60 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile.

Répartition des bénéficiaires de l'APA par degré de dépendance, en fonction du type d'APA (en %)

Domicile	31/12/2011
GIR 1	2,4
GIR 2	17,5
GIR 3	21,8
GIR 4	58,3
	100,0

Etablissement	31/12/2011
GIR 1	19,5
GIR 2	40,5
GIR 3	17,1
GIR 4	22,9
	100,0

Sources : enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale et enquête trimestrielle sur l'APA - DREES

La proportion des bénéficiaires de l'APA relevant du GIR 4 (modérément dépendantes) est structurellement plus nombreuse à domicile (58%) qu'en établissement (23%).

Montants moyens de l'APA, en euros courants

Montant moyen à Domicile	31/12/2011
à la charge du CG	390
à la charge du bénéficiaire	97
ensemble	487

Montant moyen en Etablissement	31/12/2011
à la charge du CG	345
à la charge du bénéficiaire	172
ensemble	517

*La partie établissement ne concerne que les établissements hébergeant des personnes âgées qui ne sont pas sous dotation globale.

Source : enquête trimestrielle sur l'APA - DREES

Le montant moyen du plan d'aide pour les personnes résidant à domicile était de 487 € par mois. Ce montant moyen varie avec le degré de perte d'autonomie, d'environ 997 pour les bénéficiaires évalués en GIR 1 (taux de dépendance le plus lourd) à 346 € pour les GIR 4.

AIDE MENAGERE / SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

L'ensemble des dépenses d'intervention d'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) représente, en 2010, une enveloppe de 347 M€, au profit de 346 000 retraités du régime général de sécurité sociale.

La CNAV diversifie désormais ses interventions autour du « bien vieillir » et de la prévention de la perte d'autonomie mais la part de l'aide à domicile reste majoritaire. Les dépenses 2010 sur l'enveloppe « aide au maintien à domicile » représentent 246 M€, 246 000 retraités ont bénéficié d'un « plan d'actions personnalisé » (PAP) leur permettant de bénéficier de services diversifiés tels que le portage de repas, la télésurveillance, les sorties accompagnées ou les petits travaux de dépannage ; néanmoins l'aide ménagère reste l'intervention la plus courante puisqu'elle représente 60 % du volume total des prestations accordées : au total avec l'ancien dispositif d'aide ménagère à domicile, auquel se substitue le PAP, le nombre de bénéficiaires d'une aide ménagère à domicile est de 274 000. en 2010 tandis que plus de 45 000 retraités ont bénéficié d'une aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH).

En 2010, 2 131 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) représentent une capacité de prise en charge de l'ordre 115 000 places installées et un volume financier de 1,5 milliard d'euros pour des prestations de soins techniques et de soins d'hygiène et d'entretien pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Ce sont le plus souvent des structures de petite taille (moins de 10 ETP) avec un infirmier coordonnateur salarié et majoritairement des aides soignantes qui représentent 80 % de l'effectif. Ils interviennent auprès de patients, majoritairement des femmes (67 %), dont l'âge moyen est de 82,5 ans et qui relèvent pour 41,9 % d'entre eux des GIR 1

et 2 de la grille AGGIR (grande dépendance), pour 28,8 % du GIR 3 et pour 27,2 % du GIR 4..

LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES

Etablissements pour personnes âgées non médicalisés

	31/12/2007			25/04/2012		
	nombre	places autorisées	places installées	nombre	places autorisées	places installées
EHPA	2 034	143 635	126 449	666	31 861	18 276
Logement Foyer	2 543	135 072	130 880	2 347	116 391	113 370
Total :	4 577	278 707	257 329	3 013	148 252	131 646

Source : extraction FINESS au 31 décembre 2007 et au 25 avril 2012

Etablissements pour personnes âgées médicalisés

	31/12/2007			25/04/2012		
	nombre	places autorisées	places installées	nombre	places autorisées	places installées
EHPAD	5 309	413 248	392 722	7 274	592 276	558 490
Logement Foyer conventionné partiellement EHPAD				7	612	594
Total :	5 309	413 248	392 722	7 281	592 888	559 084

Source : extraction FINESS au 31 décembre 2007 et au 25 avril 2012

Accueil de jour pour personnes âgées

	31/12/2007			25/04/2012		
	nombre	places autorisées	places installées	nombre	places autorisées	places installées
Accueil de jour autonome	203	2 293	1 522	289	3 109	2 977
Accueil de jour adossé à un établissement	1 202	6 567	4 313	2 571	11 105	8 490
Total :	1 405	8 860	5 835	2 860	14 214	11 467

Source : extraction FINESS au 31 décembre 2007 et au 25 avril 2012

Hébergement temporaire pour personnes âgées

	31/12/2007			25/04/2012		
	nombre	places autorisées	places installées	nombre	places autorisées	places installées
Hébergement temporaire autonome	122	2 308	2 036	83	1 508	1 490
Hébergement temporaire adossé à un établissement	1 996	8 046	5 983	3 090	10 327	8 717
Total :	2 118	10 354	8 019	3 173	11 835	10 207



Réponse aux conclusions du Comité Européen des Droits Sociaux

Partie Cadre législatif :

- sur l'interdiction de la discrimination fondée sur l'âge (article 225-1 du code pénal).

Partie Ressources suffisantes :

Le comité demande quelles autres prestations peuvent être prises en considération pour compléter l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

- Les allocations logement : APL et ALS (allocation de logement social).
- Les prestations d'aide sociale départementale à domicile (aide ménagère) et en EHPAD (ASH)

Partie prévention de la maltraitance des personnes âgées.

Voir présentation au point 2.

Partie Services et facilités :

Le comité demande si les CLIC ont mené à bien leur mission de coordination entre les services de santé et les services sociaux pour répondre aux besoins des personnes âgées.

Selon l'enquête réalisée par l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) en 2010 auprès des départements sur leurs stratégies d'organisation en matière d'accueil, d'information et d'orientation des personnes âgées et des personnes handicapées, 74 % des départements disposaient d'un ou plusieurs réseaux de santé gériatrique sur le territoire. Dans ces départements et selon les interrogés, 62 % des CLIC et des réseaux travaillaient ensemble de manière rapprochée, 29 % de manière irrégulière, moins de 3 % rarement ou jamais (5% ne savaient pas).

Cependant, les CLIC ne sauraient à eux seuls répondre aux enjeux d'une meilleure coordination entre les services de santé et les services sociaux. Celle-ci appelle une mobilisation des institutions en charge des politiques sanitaires et sociales à tous les échelons et la recherche d'une meilleure articulation entre eux.

C'est notamment l'objectif qui a été poursuivi au travers de la création des ARS (agences régionales de santé) et des MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer).

La commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, placée auprès de l'ARS, et qui associe notamment les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale, a notamment pour rôle d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par ses membres (article L. 1432-1). Cette commission est consultée, de même que chacun des présidents des conseils généraux, sur le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale élaboré par l'ARS. Celui-ci tient compte des schémas départementaux relatifs aux personnes

âgées et aux personnes handicapées et doit en particulier veiller à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale.

Parallèlement, et à un niveau plus opérationnel, les insuffisances en termes de coordination entre le sanitaire et le social ont conduit à l'expérimentation puis au déploiement, dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, d'un dispositif plus ambitieux que ceux précédemment mis en place en France et inspiré de modèles étrangers : les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) (cf. 2 Mesures prises pour mettre en œuvre le cadre juridique).

Partie logement

Le Comité demande que les futurs rapports donnent des informations à ce sujet et fassent ainsi état de toute mesure qui aurait été prise ou de toute initiative qui serait envisagée pour offrir aux personnes âgées des logements adaptés et de bonne qualité.

Sur les logements / hébergements collectifs :

- le plan d'aide à l'investissement de la CNSA représente un levier conséquent pour l'adaptation et la modernisation des EHPAD : 1,5 milliard d'euros, c'est la somme mobilisée par la CNSA de 2006 à 2010 et alors qu'un euro d'aide de la CNSA génère plus de 6 euros de travaux, cela représente plus de 9 milliards depuis 2006 permettant de financer 1 300 projets de rénovation en EHPAD.
- les outils conçus ces dernières années conjointement par la DGCS et la CNAV (le recentrage de l'action immobilière de la CNAV - qui mobilise 400 M€ dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2009-2013 signée avec l'Etat - sur les logements-foyers, l'outil de diagnostic ADEL et le recueil des références et recommandations applicables aux logements-foyers) constituent également des apports importants pour l'évolution et la modernisation des logements-foyers repositionnés comme une offre d'habitat intermédiaire qui présente les atouts du domicile, préserve l'indépendance et le maintien de la vie sociale tout en offrant la sécurité d'un accompagnement et de services collectifs facultatifs mais mobilisables à la demande.

Sur les logements individuels :

- les aides de l'ANAH : L'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) mène depuis plusieurs années une action d'adaptation des logements à la perte d'autonomie des personnes. 62% des propriétaires occupants éligibles à une aide de l'ANAH ont plus de 60 ans (37% plus de 75 ans).

C'est ainsi que le programme « Habiter mieux » vise à aider, sur la période 2010-2017, 300 000 ménages à réaliser des travaux de rénovation thermique pour améliorer leur logement, leur qualité de vie et leur pouvoir d'achat. Par ce programme, l'ANAH entre dans une nouvelle démarche et veut sortir définitivement d'un rôle de guichet vers lequel se tournent les propriétaires qui souhaitent rénover leur logement. Le processus est inversé afin de cibler au mieux les propriétaires occupants en situation de précarité énergétique et leurs besoins. Afin de faciliter des opérations de repérage des ménages en difficulté et de mieux coordonner l'action de l'ANAH avec l'action sociale des caisses de retraite, des conventions de partenariat ont été signées respectivement entre la Caisse Nationale d'Assurance vieillesse (CNAV), la Mutualité sociale agricole (MSA) et l'ANAH. Cette approche permet de

répondre aux besoins de foyers modestes, souvent composés de personnes âgées, qui ne sollicitent pas toujours d'eux-mêmes les aides mises à leur disposition.

- le crédit d'impôt en faveur de l'adaptation du logement des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce crédit d'impôt s'élève à 25 % des dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements. Le montant des dépenses ouvrant droit à ce crédit d'impôt ne peut excéder un certain plafond.

Partie soins et institutions

Le comité considère que le système de contrôle en vigueur en France, qui confie la supervision globale des établissements aux Préfectures, n'offre pas suffisamment de garanties d'indépendance et demande par conséquent s'il est prévu de créer un organisme indépendant habilité à inspecter les maisons de retraite, à surveiller le respect des normes et à détecter d'éventuels signes de maltraitance ou de délaissement.

Avec les ARS, la supervision des établissements est passée des préfets (DDASS-DRASS) à des établissements publics de l'Etat à caractère administratif disposant de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

Soins de santé

Le Comité rappelle que l'article 23 exige la mise en place de programmes et services spécialement destinés aux personnes âgées (en particulier des services de soins de santé primaires), ainsi que l'adoption de principes directeurs en matière de soins de santé pour personnes âgées. (...) Le rapport précédent ne donne pas de précisions sur ces points. Le Comité demande des informations à ce sujet.

En ce qui concerne la sécurité sociale, il est précisé qu'en France les personnes âgées ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature du régime de base d'assurance maladie pour elles mêmes et leurs conjoints en leur qualité de bénéficiaire d'une pension de retraite à caractère contributif ou non contributif. Toutes les personnes âgées ont ainsi accès au remboursement de leurs soins de santé dans les conditions de droit commun ou dans les conditions accordées aux personnes reconnues en affection de longue durée, selon leur situation de santé.

En contrepartie de ce droit à l'assurance maladie, des prélèvements sont appliqués sur les avantages de retraite :

1) une *Contribution sociale généralisée (CSG)* au taux de 6,6 % (ou de 3,8 % en fonction du niveau de ressources) et une *Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)* au taux de 0,5 % sur les pensions de retraite de base et sur les retraites complémentaire

2) une *Cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès* de 1 % sur les pensions de retraite complémentaire.

Ces trois prélèvements ne sont pas appliqués aux pensions dont les bénéficiaires ont des ressources faibles (titulaires d'une allocation sous condition de ressources ou exonéré de l'impôt sur le revenu).

Interprétation de cette disposition par le CEDS

Pour permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, les pensions et autres prestations servies par l'Etat doivent être d'un montant suffisant pour qu'elles puissent mener une « existence décente ». Les pensions doivent être indexées¹⁴ ; elles seront comparées, pour apprécier les situations nationales, aux niveaux moyens des salaires et au coût de la vie en général.

Des informations doivent être données aux personnes âgées sur les services et facilités qui leur sont offerts (étendue et coût des services d'aide à domicile, services de proximité, possibilités d'accueil de jour spécialement adaptées, etc.).

Les politiques nationales ou locales du logement doivent prendre en compte les besoins des personnes âgées. Les politiques nationales doivent favoriser le maintien des personnes âgées à domicile le plus longtemps possible en prévoyant une offre de logements-foyers et en leur proposant des aides pour aménager leur logement.

Des programmes et services proposant les soins nécessités par leur état doivent être proposés aux personnes âgées (en particulier des services de soins à domicile). Les personnes âgées vivant en institution doivent se voir garantir le droit à des soins et services appropriés, le droit au respect de la vie privée, le droit à la dignité personnelle, et le droit de participer à la détermination des conditions de vie dans l'institution. L'offre d'établissements pouvant accueillir des personnes âgées doit être suffisante.

¹⁴ Retraite indexée sur l'inflation et l'évolution du pouvoir d'achat.

Article 30 – Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, les Parties s'engagent :

- a. à prendre des mesures dans le cadre d'une approche globale et coordonnée pour promouvoir l'accès effectif notamment à l'emploi, au logement, à la formation, à l'enseignement, à la culture, à l'assistance sociale et médicale des personnes se trouvant ou risquant de se trouver en situation d'exclusion sociale ou de pauvreté, et de leur famille ;
- b. à réexaminer ces mesures en vue de leur adaptation si nécessaire.

Informations à soumettre

1) Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

2) Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

3) Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes sur la nature et l'ampleur de la pauvreté et de l'exclusion sociale, y compris le nombre d'individus ou de foyers socialement exclus ou vivant dans la pauvreté, ainsi que sur la méthodologie suivie ou les critères retenus pour mesurer la pauvreté et l'exclusion sociale, sachant que le taux Eurostat de risque de pauvreté avant et après transferts sociaux est utilisé comme valeur comparative pour apprécier les situations nationales.

Réponse : promouvoir l'accès effectif aux droits

L'accès aux droits et aux biens essentiels constitue un élément indissociable de la politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il existe aujourd'hui un consensus sur le fait que les droits existants sont suffisants mais que leur effectivité n'est pas réalisée pour les plus démunis.

L'assistance sociale et médicale (voir art 13 et 11§1)

Le taux moyen de non-recours au RSA est de 49%, celui de la CMU était de 28,9% en 2010.

Pour améliorer l'efficacité de l'accès aux droits il est nécessaire de mieux cerner les besoins des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion. C'est un des objectifs d'une association plus étroite des usagers.

Depuis la loi 2000-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la participation est devenue une dimension de la vie des établissements avec la création des conseils de vie sociale. La loi 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008, généralisant le revenu de solidarité active (rSa) et réformant les politiques d'insertion,

a prévu l'implication des allocataires dans le fonctionnement et l'évaluation du dispositif RSA.

A la différence d'autres secteurs du champ social, tels ceux des personnes âgées et des personnes handicapées où les personnes concernées ou leurs familles sont organisées en associations et contribuent au dialogue avec les pouvoirs publics et à son interpellation, dans le champ de la pauvreté et de l'exclusion sociale, en dehors des associations représentatives des chômeurs, les personnes concernées ne sont pas directement organisées.

En conséquence, les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale sont peu impliquées dans l'élaboration, le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de lutte contre la pauvreté tant au niveau national que local. Or on constate l'émergence d'un « devoir de débattre » de plus en plus attendu et exigé par le corps social. Pour y répondre en partie, des démarches associant les personnes, mais dans des segments spécifiques de la politique publique de lutte contre la pauvreté, ont été mises en œuvre.

Dans le champ de la prise en charge des personnes sans abri ou mal logées, la Fondation de l'Armée du salut a créé, avec le soutien de la DGCS (direction générale de la cohésion sociale), le Conseil national consultatif des personnes accueillies ou hébergées (CCPA) dont l'objectif est d'associer les personnes accueillies ou accompagnées à la refonte des dispositifs d'hébergement et de logement. L'année 2012 verra se créer dans douze régions des comités régionaux.

Dans le champ des politiques d'insertion, la loi du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion prévoit formellement l'association des bénéficiaires à la définition, la conduite et l'évaluation des politiques d'insertion. Ainsi, des bénéficiaires du RSA étaient membres du Comité national d'évaluation du RSA. En outre, la loi prévoit la présence de représentants des allocataires du RSA au sein des équipes pluridisciplinaires. A l'occasion de la Conférence nationale d'évaluation de décembre 2011, préparée avec des bénéficiaires du RSA, la DGCS a mandaté cinq organismes experts de la participation pour conduire des études sur sa mise en œuvre dans les équipes pluridisciplinaires.

Suite à ces travaux, la DGCS a édité en mars 2012 un guide pratique de recommandations à l'intention des élus et opérateurs des conseils généraux sur la participation des bénéficiaires du RSA aux dispositifs d'insertion. Y figurent, par catégorie d'acteurs, des clefs de compréhension du dispositif, des recommandations, des exemples concrets.

Les pouvoirs publics, Etat et collectivités locales, doivent imaginer la mise en œuvre de modalités ad hoc pour associer directement les personnes en situation de pauvreté. Ces modalités doivent intégrer les contraintes financières des publics pour qui l'avance de frais (ex : déplacement) constitue un frein à l'exercice de la participation.

La mise en place, à titre expérimental, d'un huitième collège composé d'usagers au sein du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (CNLE) constitue une réponse de l'Etat qui fera l'objet d'une évaluation en 2013.

Emploi

La loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi a créé une institution nationale publique, mentionnée à l'article L. 5312-1 du Code du travail, dont le nom « Pôle emploi » a été choisi en octobre 2008.

Pôle emploi a été imaginé pour simplifier le parcours du demandeur d'emploi et éviter les doubles démarches auprès de l'Assedic, pour l'inscription et l'indemnisation, et auprès de l'ANPE pour le suivi et le soutien à la recherche d'emploi.

Des moyens supplémentaires alloués à l'opérateur « **Pôle Emploi 2015** » sont prévus: 2000 embauches en CDI, complétant l'effort à venir de redéploiement interne de 2000 ETP vers l'accompagnement.

Pôle Emploi tiendra un rôle majeur, au côté des missions locales, dans la mise en œuvre des futurs emplois d'avenir et plus largement de la politique de l'emploi qu'entend mener le gouvernement.

Les emplois d'avenir sont des emplois à plein temps d'une durée maximale de cinq ans destinés à des jeunes non qualifiés, le "noyau dur" du chômage des jeunes, pour un salaire correspondant au minimum au smic et financés à hauteur de 75% par l'Etat. La moitié de ces "emplois d'avenir" seront créés dans le domaine du développement durable et, probablement, quasi exclusivement dans le secteur non marchand.

Enseignement :

Dispositifs et actions menés en direction des jeunes en grande difficulté scolaire au niveau du collège (6^{ème} à 9^{ème} année de la scolarité obligatoire)

Des Programmes Personnalisés de Réussite Educative (PPRE) sont mis en place pour les élèves qui ne maîtriseraient pas des compétences du socle commun de connaissances et de compétences Il est proposé à l'école élémentaire et au collège. Il s'agit d'élaborer, après un diagnostic des difficultés de l'élève, un programme de remédiation visant prioritairement l'acquisition de compétences manquantes essentielles en maîtrise de la langue, en mathématiques, en langue vivante. Il est établi par l'équipe pédagogique, discuté avec les parents et présenté à l'élève.

En 2010 – 2011, environ 140 000 collégiens et 70 000 écoliers bénéficiaient d'un PPRE. 36,9 % des écoliers inscrits en PPRE participent à l'accompagnement éducatif et 51,9 % des collégiens L'impact en termes d'acquis et d'amélioration du parcours scolaire ne peut être mesuré directement car la mise en place des PPRE a été accompagnée d'incitations fortes à la diminution de redoublement dont on sait que ce n'est pas un facteur d'amélioration de la réussite scolaire au moins durant la scolarité obligatoire.

Les enseignements adaptés du collège sont dispensés aux élèves présentant des difficultés graves et durables d'apprentissage. Ces enseignements visent à permettre à ces élèves d'accéder à des formations professionnelles de niveau V au moins. Les élèves de SEGPA sont majoritairement issus de familles de professions et de catégories sociales défavorisées. Ce taux d'accès se situe maintenant à 80%. Des outils vont être mis en place pour mesurer l'obtention effective de la qualification en fin de formation.

Par ailleurs, depuis 2006, des bourses au mérite sont attribuées aux élèves boursiers ayant obtenu une mention bien ou très bien au Diplôme National du Brevet en fin de 3^{ème} pour la durée du lycée.

L'éducation prioritaire

La politique d'éducation prioritaire et ses dispositifs d'égalité des chances ont pour but de corriger les effets des inégalités sociales et économiques sur la réussite scolaire et visent les territoires qui rencontrent les plus grandes difficultés. Structurées en réseau et fédérées autour d'un projet commun, les équipes pédagogiques de l'éducation prioritaire veillent également à l'articulation de leurs actions avec l'ensemble des dispositifs hors temps scolaire et réservent une place particulière aux relations avec les familles.

L'objectif central est l'acquisition par tous les élèves des connaissances et des compétences du socle commun, la réduction des écarts en matière de résultats scolaires entre les élèves concernés par l'éducation prioritaire et ceux qui n'en relèvent pas. Les éléments essentiels au cœur de la réussite des élèves et sur lesquels les actions sont entreprises sont la recherche d'une réelle continuité des apprentissages, un enseignement structuré assuré par des enseignants travaillant en équipes, un temps préservé d'apprentissages et un niveau d'exigence élevé.

Depuis la mise en œuvre du plan de relance de l'éducation prioritaire, on distingue les réseaux de réussite scolaire (RRS) arrêtés par les académies depuis la rentrée 2007 et les programmes ECLAIR (Ecoles, collèges, lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite) mis en place en 2011.

Le programme ECLAIR est au centre des politiques de l'éducation nationale en faveur de l'égalité des chances. Il constitue un levier pour faire évoluer les pratiques quotidiennes au service de la réussite de tous les élèves. Il a pour objectifs la progression de chacun des élèves, le développement de leur ambition scolaire et professionnelle, l'instauration d'un climat scolaire apaisé propice aux apprentissages.

Cette réorganisation de l'éducation prioritaire, ainsi que les évolutions sociologiques constatées, entraîne une redéfinition de sa cartographie. **Près d'un élève sur cinq est aujourd'hui concerné par l'éducation prioritaire.** L'éducation prioritaire concerne au total, 17,9 % des écoliers et 19,8 % des collégiens et environ 2 % des lycéens.

Les collèges et lycées en éducation prioritaire développent des partenariats avec de multiples associations ou entreprises qui ont pour premiers objectifs de donner des clés aux élèves pour une orientation éclairée et ambitieuse. 50 % des ECLAIR et 25 % des lycées et collèges en réseau de réussite scolaire appartiennent à une cordée de la réussite d'un établissement d'enseignement supérieur qui propose notamment du tutorat aux élèves du second degré par leurs étudiants.

Faire des écoles, collèges, lycées de l'éducation prioritaire implantés dans un territoire, des établissements reconnus comme lieux de culture, d'apprentissage par tous constitue un enjeu majeur.

L'accompagnement éducatif

L'accompagnement éducatif est un dispositif inscrit dans la politique d'égalité des chances mis en place en 2007 dans les collèges de l'éducation prioritaire puis généralisé en 2008, à tous les collèges et aux écoles élémentaires de l'éducation prioritaire. Depuis la rentrée scolaire 2010, il est étendu à toutes les écoles élémentaires des départements d'outre-mer.

Les élèves qui le souhaitent sont accueillis, hors temps scolaire, pendant deux heures (durée indicative) en fin de journée après la classe, quatre jours par semaine.

Trois domaines éducatifs complémentaires sont proposés :

- l'aide aux devoirs et aux leçons,
- la pratique sportive,
- la pratique artistique et culturelle.

Le bilan du dispositif quatre ans après sa mise en place révèle une demande sociale toujours aussi forte. Les familles apprécient que leurs enfants soient pris en charge dans l'Ecole, par des enseignants.

En 2011, 5 200 collèges publics organisent l'accompagnement éducatif, soit 98,8 % des collèges publics, parmi lesquels 1 068 collèges publics de l'éducation prioritaire. 2 811 écoles élémentaires publiques de l'éducation prioritaire mettent en place le dispositif parmi lesquelles 821 écoles publiques en RAR (87,1 %) et 1 990 écoles publiques en RRS (69,5 %).

L'accompagnement éducatif a bénéficié à près d'un million de jeunes. Dans l'éducation prioritaire, il a concerné 58 % des élèves de sixième, 47 % des élèves de cinquième, 36 % des élèves de quatrième et 40 % des élèves de troisième. 34,85 % des élèves bénéficiant d'une bourse participent à l'accompagnement éducatif. 86 796 intervenants se sont mobilisés, en particuliers les enseignants du second degré (64 %) et les assistants d'éducation (19 %). L'aide aux devoirs a représenté 63 % du temps, la pratique artistique et culturelle 22 % et la pratique sportive 15 %.

Le dispositif « École ouverte »

L'opération interministérielle « École ouverte » permet, dans les zones socialement défavorisées, d'accueillir des jeunes dans les collèges et les lycées en dehors du temps scolaire. Ainsi, ceux qui ne partent pas en vacances peuvent, durant les vacances scolaires et certains mercredis et samedis, participer à des

activités éducatives diversifiées, dont environ 37 % à caractère scolaire et 29 % culturelles. Le reste du temps est consacré aux activités sportives et de loisirs.

Les établissements situés en éducation prioritaire sont très nettement représentés. 71 % des établissements mettant en place l'opération relèvent de l'éducation prioritaire et/ou sont situés en ZUS. Parmi eux 43 % sont des établissements ECLAIR. 92% de collèges, ont participé à l'opération en 2011. Environ 700 établissements se sont mobilisés pour offrir 2 700 semaines d'ouverture. 127 000 élèves des premier et second degrés ont bénéficié de cette opération dont environ 29 000 boursiers. Les jeunes en difficultés ou dans une situation sociale défavorisée sont nettement représentés. Ainsi les professions et catégories socio professionnelles les plus significatives sont les ouvriers (21%), les parents sans activités professionnelles (15%) et les employés (14%).

L'opération permet de constater des effets positifs sur la réussite scolaire, le taux d'absentéisme, la motivation, le comportement et l'implication des élèves dans leur scolarité et plus généralement dans leur environnement scolaire. Enfin, il est constaté une plus grande implication des familles dans la vie scolaire de leur enfant.

Internats et « internats d'excellence »

Les internats participent à la réussite des élèves qui n'ont pas les conditions sociales nécessaires à leur réussite scolaire et leur épanouissement personnel. Dans chaque académie une cellule est chargée de la scolarité en internat composée d'un coordonnateur académique et de correspondants départementaux.

Depuis 2008, il est proposé aux collégiens et lycéens volontaires et sélectionnés par les chefs d'établissement et les assistantes sociales, des places labellisées « internat d'excellence » ; avec les 45 internats d'excellence de plein exercice qui fonctionnent à la rentrée 2012, ce sont près de 11 500 élèves qui pourront profiter de ce dispositif. Il s'agit d'offrir, dans ces établissements des projets éducatifs et scolaires innovants permettant l'ouverture culturelle, l'épanouissement personnel et collectif, tout en renforçant les conditions de la réussite scolaire. Ainsi, ces élèves, issus de l'éducation prioritaire et des territoires de la politique de la ville, majoritairement boursiers et issus des CSP défavorisées atteignent des taux de réussite aux examens particulièrement encourageants.

De plus, une prime à l'internat d'un montant forfaitaire annuel de 251,70 euros (rentrée 2012) est destinée à tous les élèves boursiers nationaux scolarisés en internat.

Cordées de la réussite

Lancées en novembre 2008, les « Cordées de la réussite » constituent une mesure de la politique de la ville reconduite lors du Comité Interministériel des Villes du 8 février 2011. Ce dispositif vise à accroître l'ambition scolaire des jeunes issus de milieux modestes en levant les obstacles psychologiques ou culturels qui peuvent freiner leur accès aux formations de l'enseignement supérieur et notamment aux filières d'excellence. Les Cordées de la réussite

reposent depuis 2008 sur un partenariat établi entre un ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur (grandes écoles, universités et leurs I.U.T.), des lycées comportant des classes préparatoires aux grandes écoles (C.P.G.E) et des sections de techniciens supérieurs et des lycées et collèges "sources" relevant prioritairement des territoires de la politique de la ville. Les Cordées proposent des actions diversifiées et structurantes telles que du tutorat, un accompagnement culturel et, si possible, des solutions d'hébergement. 326 cordées ont été labellisées en 2011 et le nombre d'établissements scolaire en cordées est d'environ 1500.

Implication de l'éducation nationale dans les mesures « villes »

Dans le cadre de la rénovation de la géographie prioritaire de la politique de la ville, un travail sur les zonages de la politique de la ville et de l'Education nationale dans les quartiers sensibles. Ce dernier est mené en partenariat entre le ministère de l'Education nationale, le ministère de la Ville, l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé) et les acteurs locaux. Il vise à la clarification et l'évaluation de plusieurs dispositifs notamment par le biais des contrats urbains de cohésions sociales et des programmes de réussite éducative.

Les dispositifs de réussite éducative concernent des enfants et des adolescents en situation de fragilité. Ils visent à offrir hors temps scolaire un accompagnement social, culturel, sanitaire afin d'aider les familles dans leur rôle éducatif. Le ministère de l'éducation nationale participe à la commission nationale de réussite éducative.

Des priorités ont été fixées en 2011 pour répondre aux difficultés rencontrées par l'enfant et sa famille (individualisation des parcours, concentration des actions sur la santé, prévention de l'absentéisme et du décrochage scolaire, soutien à la parentalité et lancement d'expérimentations pour les 16-18 ans. 531 projets de réussite éducative (PRE) sont déployés dans toute la France sur 718 communes, et 1436 quartiers prioritaires dont 802 quartiers en CUCS niveau 1. Ils concernent pour 14% des enfants de 2 à 5 ans, pour 49% des enfants de 6 à 10 ans, et pour 37 % des jeunes de 11 à 16 ans.

La circulaire n° 5528/SG du 27 avril 2011 du Premier Ministre met en place 33 contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) expérimentaux sur la période 2011-2014 afin de mobiliser les moyens de droits communs de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes concernés pour leur donner davantage de lisibilité. Ils concernent 36 communes, réparties sur 15 départements de 10 académies. Chaque CUCS comporte trois volets : Emploi, Sécurité et Education. 28 des 33 CUCS ont été signés à ce jour.

Le volet éducation porte sur huit domaines d'engagement, à savoir : l'encadrement pédagogique et de la vie scolaire, le suivi médical des élèves, les pratiques pédagogiques innovantes, la stabilité des enseignants, l'ouverture des établissements aux parents, les dispositifs « deuxième chance » (classes relais et micro lycées), et l'accompagnement éducatif.

Logement

Au 1er janvier 2011, la France compte plus de 4,576 millions de logements locatifs sociaux, logeant environ 10 millions d'habitants.

124 028 logements ont été financés en 2011, 116 128 en métropole et 7 900 dans les DOM. Ce résultat remarquable d'un point de vue quantitatif s'accompagne d'une meilleure adaptation de l'offre nouvelle aux besoins identifiés de nos concitoyens sur le territoire.

Ainsi, la volonté du Gouvernement est de recentrer l'aide de l'Etat sur les besoins les plus urgents et donc de mieux territorialiser l'offre de logements sociaux. Cela s'est traduit en 2011 par la poursuite de l'augmentation du financement dans les zones les plus tendues du territoire où l'accès au logement reste difficile, notamment pour les ménages modestes et pauvres du fait de la différence entre les loyers du parc public et ceux du parc privé.

A ces résultats s'ajoutent environ 18 500 logements financés par l'ANRU dans le cadre de la reconstitution de l'offre.

Les objectifs de la programmation initiale 2011 en termes de recentrage ont été dépassés. En effet, alors qu'il était prévu que 35 % de la production totale soit financée dans les zones les plus tendues du territoire, c'est au total plus de 37 % de la production qui aura été financée dans ces zones très tendues.

La priorité absolue doit être accordée à la personne et à ses besoins, le parc social devant accueillir prioritairement les plus défavorisés. Au-delà du respect des objectifs quantitatifs, l'Etat est donc particulièrement attentif à l'adaptation de l'offre nouvelle aux besoins sociaux.

En 2011, le nombre de logements destinés aux ménages les plus modestes, les PLAI, a largement franchi le seuil symbolique des 20 000 logements inscrits dans la loi DALO pour atteindre 23 483 PLAI en 2011, soit un chiffre supérieur à l'objectif fixé qui était de 22 500.

En 2012, la priorité est à une plus grande adaptation de la production aux besoins des territoires : l'effort des dernières années en direction des ménages les plus défavorisés sera maintenu, afin notamment de soutenir les solutions en matière de logement intermédiaire entre hébergement et logement autonome. L'objectif PLAI est donc maintenu à 22 500 logements en 2012. Le nombre de logements PLS est quant à lui en légère augmentation par rapport à 2011 et s'élève à 42 500 logements. Le PLS reste un produit indispensable car il permet, outre une offre nouvelle de logements ordinaires à des loyers très en-deçà du marché en zone très tendue, de financer une offre pour des besoins spécifiques tels les établissements pour personnes âgées ou handicapées et les logements étudiants.

Au total, l'objectif de production en 2012 sera de 120 000 logements sociaux. Cet effort de développement de l'offre sera toujours ciblé vers les zones les plus tendues du territoire, là où le déséquilibre du marché du logement est le plus fort. Ce ciblage global sera affiné et mis en œuvre localement. Les critères de tension de marché, comme le taux de vacance structurelle ou le taux de mobilité dans le parc social, ou encore l'évolution démographique et le nombre de demandeurs de logements

sociaux comparé au parc libéré chaque année, permettent de cibler plus précisément les besoins. L'application de ces critères confirme d'ailleurs que le déficit de logements sociaux est essentiellement concentré sur deux régions : l'Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Plus largement, la production sera réorientée afin de s'adapter aux évolutions de la société française, en termes de typologie notamment. Il faut davantage de grands logements pour loger les familles nombreuses et davantage de petits logements de type studio ou T1 pour proposer aux personnes seules des logements avec des loyers abordables. La mise en oeuvre du numéro unique d'enregistrement de la demande locative sociale permettra en 2012 de connaître plus précisément le profil des demandeurs de logements sociaux et donc d'affiner l'adaptation de l'offre à la demande.

Chiffres

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er801.pdf>

Fin 2010, 3,6 millions de personnes sont allocataires d'un minimum social, chiffre en progression moindre qu'en 2009 en raison de l'amélioration relative du marché du travail.

Les prestations sociales non contributives (prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, prime pour l'emploi) représentent, en 2009, 40 % du revenu disponible des 10% de ménages les plus modestes et 21 % de celui des ménages du 2e décile de niveau de vie. L'action des transferts fiscaux et sociaux permet de diminuer le taux de pauvreté monétaire de 8 points en 2010.

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/minima_sociaux_2010.pdf

Interprétation de cette disposition par le CEDS

Les Etats parties doivent adopter une approche globale et coordonnée dans le but de faire reculer la pauvreté et l'exclusion sociale.

Les mesures prises doivent prévenir et lever les obstacles auxquels se heurtent les personnes vivant ou risquant de vivre dans une situation d'exclusion sociale et de pauvreté, ainsi que leurs familles, et qui affectent l'accès aux droits sociaux fondamentaux, notamment en termes d'emploi, de logement, de formation, d'éducation, de culture et d'assistance sociale et médicale.

Les mesures en question doivent s'attacher à renforcer l'accès aux droits sociaux, à améliorer les procédures entourant les prestations et services ainsi que leur gestion, à fournir une meilleure information sur les droits sociaux et les prestations y afférentes, et à supprimer les barrières psychologiques et socioculturelles qui entravent l'accès aux droits.

Tant que la pauvreté et l'exclusion sociale persistent, il faut accroître les ressources déployées pour la réalisation des droits sociaux. Des moyens suffisants doivent être affectés aux objectifs de la stratégie mise en place.

Les mesures adoptées dans le cadre du présent article doivent être réexaminées et adaptées aux situations nouvelles. Les partenaires sociaux et la société civile doivent prendre part à la formulation, à l'évaluation et à l'adaptation des mesures.

Instruments internationaux traitant du même sujet:

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)

Recommandation 92/441/CEE du Conseil du 24 juin 1992 portant sur les critères communs relatifs à des ressources et prestations suffisantes dans les systèmes de protection sociale