



22/12/08

RAP/RCha/FR/VIII(2008)

**CHARTE SOCIALE EUROPEENNE (révisée)**

8ème Rapport national sur l'application de la  
Charte Sociale européenne (révisée)

soumis par

**LE GOUVERNEMENT DE LA FRANCE**

pour la période du 01/01/2005 – 31/12/2007

sur les articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30.

---

Rapport enregistré au Secrétariat le 18 décembre 2008

CYCLE 2009

*Ministère du travail, des relations sociales,  
de la famille et de la solidarité*

*Ministère de la santé, de la jeunesse,  
des sports et de la vie associative*

***Délégation aux Affaires Européennes et Internationales***

***Octobre 2008***

**8<sup>ème</sup> 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 2006-2007





## SOMMAIRE

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

Paragraphe 1.....	page 2
Paragraphe 2.....	page 10
Paragraphe 3.....	page 28
Paragraphe 4.....	page 42

### **ARTICLE 11- droit à la protection de la santé**

Paragraphe 1.....	page 59
Paragraphe 2.....	page 71
Paragraphe 3.....	page 75

### **ARTICLE 12- droit à la sécurité sociale**

Paragraphe 1.....	page 81
Paragraphe 2.....	page 93
Paragraphe 3.....	page 93
Paragraphe 4.....	page 94

### **ARTICLE 13- droit à l'assistance sociale et médicale**

Paragraphe 1.....	page 97
Paragraphe 2.....	page 106
Paragraphe 3.....	page 107
Paragraphe 4.....	page 107

### **ARTICLE 14- droit au bénéfice des services sociaux**

Paragraphe 1.....	page 110
Paragraphe 2.....	page 111

### **ARTICLE 23- droit des personnes âgées à une protection sociale**

.....	page 114
-------	----------

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

.....	page 126
-------	----------

### **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**

**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

La politique nationale de prévention des risques professionnels suscite une attention toute particulière, compte tenu, en particulier, du renforcement des exigences de sauvegarde de la santé au travail 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, le 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.

Dans le domaine de la Santé au travail, le plus emblématique de ces Plans est le Plan Santé au travail 2005 – 2009, qui adopté par le Gouvernement le 23 février 2005, a été élaboré en association avec les départements ministériels intéressés et en concertation étroite avec les partenaires sociaux.

Ce plan quinquennal, structuré en 4 axes prioritaires déclinés en 23 actions concrètes, engage l'action des pouvoirs publics sur sa durée et constitue la feuille de route des administrations concernées sur les actions prioritaires à conduire en faveur de la prévention des risques professionnels et de la santé au travail. Les 4 axes qui le structurent sont les suivants :

- développer la connaissance des risques professionnels, en particulier celle de substances chimiques susceptibles de présenter un danger pour les salariés exposés,
- poursuivre le décloisonnement des approches des administrations,
- réformer « la gouvernance » de la santé au travail au niveau national et local,
- renforcer l'effectivité du contrôle assuré par l'inspection du travail encourager les entreprises à être acteurs de la santé au travail.

**Une conférence** sur les conditions de travail présidée par le ministre chargé du travail et réunissant administrations, syndicats et organismes de prévention a été organisée le **4 octobre 2007**. L'objectif de cette conférence était de relayer la dynamique du plan santé au travail auprès des acteurs de l'entreprise. Un certain nombre d'outils en matière de prévention des risques professionnels existent mais ils sont mal connus, dispersés, et parfois complexes à mobiliser. Les plus petites entreprises peuvent donc avoir des difficultés d'appropriation de ces outils.

Cette conférence s'est attachée à deux problématiques :

- l'amélioration de la prise en compte et de la prévention des risques professionnels, en particulier les risques principaux que sont les cancers professionnels, les troubles musculo-squelettiques et les risques psychosociaux,
- la recherche d'une meilleure efficacité des acteurs de la prévention pour que la santé et la sécurité des salariés soient préservées tout au long de la vie professionnelle.

A l'issue de cette conférence un certain nombre de mesures ont été arrêtées :

- **transformation du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels** (instance tripartite) en **Conseil d'orientation sur les conditions de travail**. Ce Conseil sera permanent et proposera des avis, des orientations et des priorités. Il assurera la coordination des partenaires sociaux et de l'Etat autour de priorités nationales et proposera, notamment, des indicateurs fiables et validés sur les conditions de travail.

- appui financier à des entreprises souhaitant mettre en œuvre des actions de prévention (dotation de 4 millions d'euros pour le fonds pour l'amélioration des conditions de travail).
- création d'un site internet sur les conditions de travail et la santé au travail. L'objectif est de permettre à tous, chefs d'entreprise, salariés et leurs représentants d'accéder aisément à l'information sur les moyens d'améliorer les conditions de travail.
- lancement d'une mission chargée de proposer des indicateurs et des actions sur les risques psychosociaux, ainsi que d'une mission sur les formations en santé, sécurité et conditions de travail dans les cursus scolaires et de formation continue des futurs managers et ingénieurs.
- organisation d'une campagne d'information nationale sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) pendant 3 ans à partir du printemps 2008.
- renforcement des actions de sensibilisation et de contrôle des entreprises sur les produits et substances CMR (cancérogènes, mutagène et toxiques pour la reproduction).

L'ensemble de ces mesures seront mises en œuvre par le Gouvernement en concertation avec les partenaires sociaux. Ces derniers, dans le cadre de la loi du 31 janvier 2007 relative à la modernisation du dialogue social, ont été saisis par le Gouvernement en vue d'une éventuelle négociation sur les modalités d'amélioration du fonctionnement et du rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (allongement de la durée de leur mandat de 2 à 4 ans, contenu de la formation des membres, rôle du Comité et de ses membres) et des modalités d'alerte en matière de conditions de travail.



Au niveau de l'entreprise, la concertation avec l'employeur s'organise avec les acteurs suivants :

- le 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 moyens que les membres de ce comité.
- les entreprises de moins de 50 salariés sont dispensées d'instituer un CHSCT. Les missions sont alors dévolues aux délégués du personnel, s'ils existent, sans autres moyens que ceux dont ils disposent pour leurs fonctions. L'inspecteur du travail peut toutefois demander la constitution d'un CHSCT en raison de la nature des travaux accomplis. Il existe également une possibilité de regroupement sur un plan professionnel ou interprofessionnel pour constituer un CHSCT commun dont les membres sont désignés par l'ensemble des représentants élus des entreprises concernées (délégués du personnel et membres du comité d'entreprise).

### **Agriculture**

C'est au sein du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP), créé en 1976, que le dialogue dans la définition des politiques est renforcé et systématisé et qu'est assurée la concertation avec les partenaires sociaux, jouant un rôle déterminant au plan national en matière d'élaboration de la réglementation du travail en santé et sécurité au travail. Le ministère de l'agriculture et de la pêche est associé à l'ensemble de ces travaux et réunions de la commission permanente ainsi que des sous-commissions.

C'est au sein de la Commission nationale d'hygiène et de sécurité du travail en agriculture (CNHSTA), également créée en 1976, que ce dialogue est assuré pour les professions agricoles. Le ministère de l'agriculture et de la pêche pilote cette politique en santé et sécurité au travail en agriculture et s'assure de la concertation des partenaires sociaux agricoles. Une réunion est organisée régulièrement tous les deux mois.

Au niveau de l'entreprise, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est l'instance représentative du personnel dont les compétences élargies permettent d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à la santé au travail des travailleurs.

En agriculture, il existe aussi une instance départementale : les Commissions Paritaires d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CPHSCT), créées en 1999. Grâce à elles, les entreprises et exploitations agricoles bénéficient d'un lieu d'échanges, de réflexion et de concertation entre partenaires sociaux, leur permettant de mieux répondre à la nécessaire amélioration de la santé et de la sécurité au travail des salariés. Elles fournissent un important travail de vulgarisation et de diffusion du savoir-faire en santé et sécurité du travail, en répercutant notamment l'expérience du terrain auprès des toutes petites entreprises intéressées et de leurs salariés. Elles contribuent à aider les entreprises à réaliser leur document unique d'évaluation des risques et à promouvoir toute mesure de formation à la sécurité, de prévention et d'amélioration des conditions de travail.

### **Fonction publique**

Il est à noter qu'aucun changement dans la réglementation n'est intervenu depuis le dernier examen de l'application de l'article 3 par le Comité d'experts. Cependant, en 2008, se sont ouvertes des négociations portant sur les conditions de travail dans la fonction publique dont les conclusions seront tirées en 2009. Elles se traduiront notamment par des évolutions réglementaires.

L'article 16 du décret n° 82-450 du 28 mai 1982 relatif au conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat a créé une commission spéciale au sein de celui-ci : « La formation spéciale dite Commission centrale de l'hygiène et de la sécurité est chargée d'examiner les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité du travail et la médecine de prévention dans la fonction publique de l'Etat et de proposer des actions communes à l'ensemble des Administrations en matière d'hygiène et de sécurité. ».

Par ailleurs, des organismes de concertation compétents en matière d'hygiène et de sécurité ont été institués dans tous les départements ministériels. Il s'agit des comités techniques paritaires (article 29 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982) et des



comités d'hygiène et de sécurité (article 30 du même décret). Ces organismes sont institués au niveau central, dans chaque département ministériel, ou regroupement de départements ministériels ayant une gestion commune des personnes, puis territorialement déclinés en fonction du mode d'organisation du département ministériel et de la nature des risques.

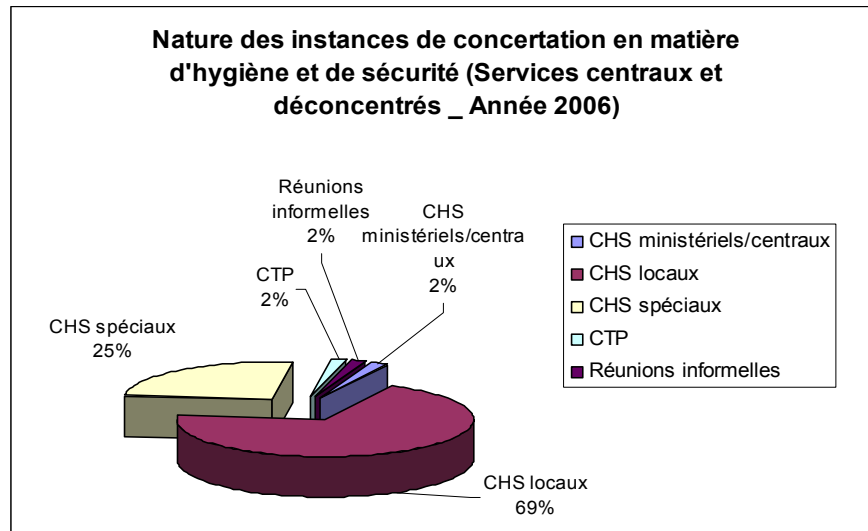
Les comités techniques paritaires connaissent des questions et des projets de textes relatifs aux problèmes d'hygiène et de sécurité. Ils reçoivent également communication du rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels et du programme annuel de prévention des risques professionnels accompagnés de l'avis formulé par le comité d'hygiène et de sécurité. Ils examinent les questions dont ils sont saisis par les comités d'hygiène et de sécurité créés auprès d'eux.

Sous réserve des compétences des comités techniques paritaires, les comités d'hygiène et de sécurité ont pour mission de contribuer à la protection de la santé et à la sécurité des agents dans leur travail. Ils ont notamment à connaître des questions relatives :

- à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires en matière d'hygiène et de sécurité ;
- aux méthodes et techniques de travail et au choix des équipements de travail dès lors qu'ils sont susceptibles d'avoir une influence directe sur la santé des agents ;
- aux projets d'aménagements, de construction et d'entretien des bâtiments au regard des règles d'hygiène et de sécurité, et de bien-être au travail ;
- aux mesures prises en vue de faciliter l'adaptation des postes de travail aux handicapés ;
- aux mesures d'aménagement des postes de travail permettant de favoriser l'accès des femmes à tous les emplois et nécessaires aux femmes enceintes.

Les comités procèdent en outre, à l'analyse des risques professionnels auxquels sont exposés les agents du ou des services entrant dans leur champ de compétence. A cette fin, ils délibèrent chaque année d'un rapport sur l'évolution des risques professionnels, présenté par leur président.

**Graphique 1 : les instances de concertation en matière d'hygiène et de sécurité.**



La place prépondérante occupée par les CHS locaux dans les instances de concertation en matière d'hygiène et de sécurité s'explique notamment par la nature même du domaine qui exige une concertation au plus proche des lieux d'exercice des fonctions, ainsi que par le nombre important de réseaux déconcentrés et/ou d'établissements publics de certains ministères.

#### **Les mesures applicables sont celles qui sont en vigueur dans le secteur privé.**

La mise en œuvre d'un document unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, est une obligation pour l'employeur, prévue par l'article L230-2 du code du travail et le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001. Cette réglementation s'applique aux employeurs de la fonction publique.

Le dispositif législatif et réglementaire vise à définir pour l'employeur les objectifs, le cadre et la méthode d'évaluation et de prévention des risques professionnels. Il renvoie à deux principes essentiels des relations de travail : la responsabilité de l'employeur en matière de sécurité des travailleurs et son corollaire que constitue l'obligation de transparence des informations collectées et des actions menées par l'employeur envers les salariés.

Dans ce cadre, l'élaboration de ce document a pour objet essentiel de constituer une véritable « feuille de route » de la prévention en matière de risque professionnel. Il satisfait à trois principes :

- **la traçabilité** par la transcription, la centralisation et l'actualisation des informations en matière d'identification et d'évaluation des risques ;
- **l'effectivité** par la définition d'une politique de prévention concrète ;
- **la transparence** par l'accessibilité de ces mêmes informations.

Les résultats des réponses communiquées par les ministères démontrent par rapport à 2005 une **nette progression** du processus d'identification des risques en 2006 **puisque 50% d'entre eux ont achevé ce travail contre 29% en 2005.**

Sur l'ensemble des administrations tant au niveau central que local, 57% des services ont rédigé un document unique contre 31% en 2005. De plus, ce document est en cours d'élaboration dans plus de la moitié des administrations.

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

Réponse

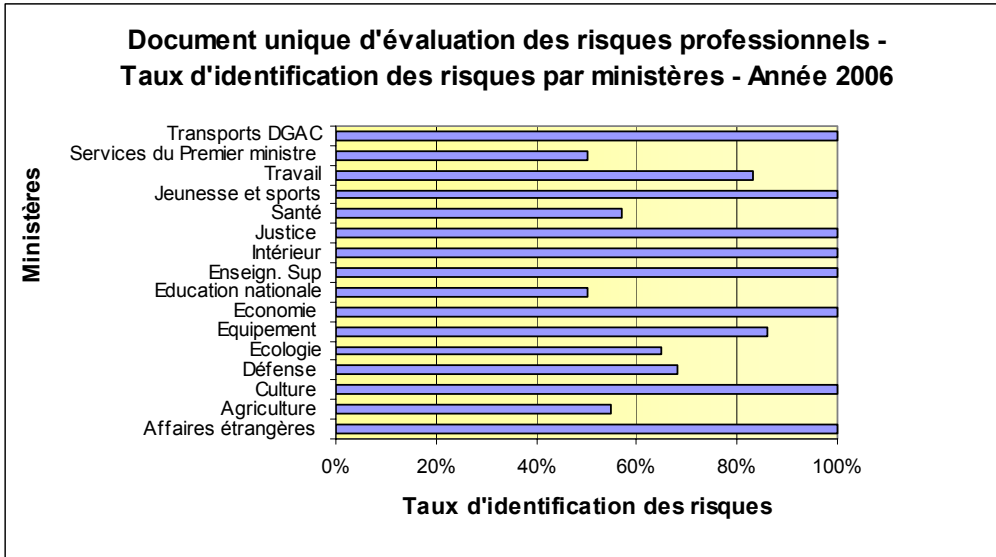
- taux de couverture des établissements français par un CHSCT :

Enquête « Réponse » DARES

Effectif de l'établissement	Taux de couverture par un CHSCT	
	1998-1999	2004-2005
20 à 49 salariés	15 %	17 %
50 à 99 salariés	54 %	59 %
100 à 199 salariés	82 %	84 %
200 à 499 salariés	92 %	93 %
Plus de 500 salariés	96 %	96 %
<i>Plus de 50 salariés</i>	<i>69 %</i>	<i>72 %</i>
Ensemble	34 %	37 %
<b>Industrie (2004-2005)</b>	<b>Construction (2004-2005)</b>	<b>Service (2004-2005)</b>
79,5 %	77 %	66 %

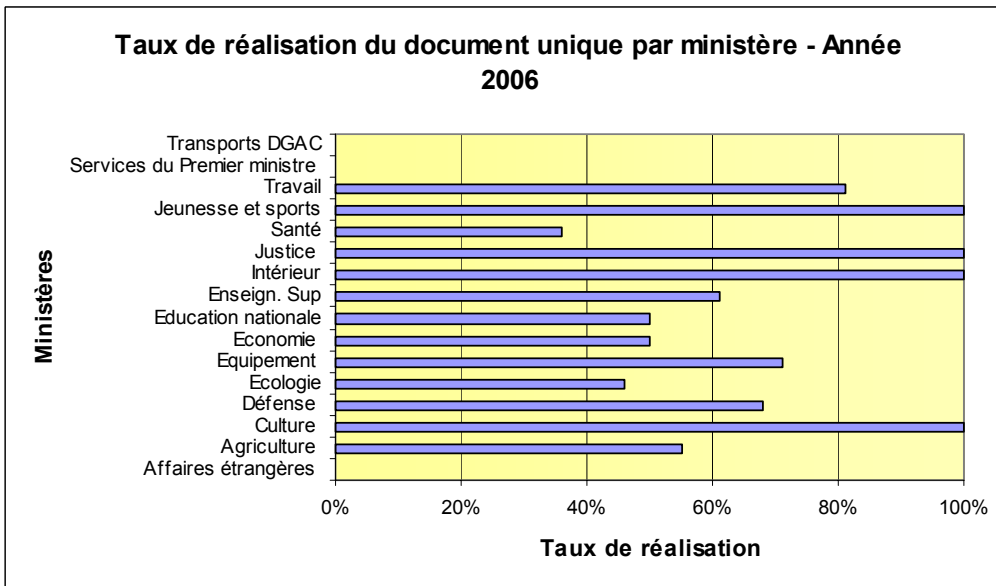
**Fonction publique**

Les données, et notamment les données statistiques présentées ici sont issues d'enquêtes réalisées au sein de chaque ministère par la DGAFF. 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 (Faits et chiffres 2007-2008) fournit également des informations statistiques sur certaines données sociales liées au travail.



DGAFP, bureau des politiques sociales

Source : Enquête auprès des directions de personnels



DGAFP, bureau des politiques sociales

Source : Enquête auprès des directions de personnels

## Article 3§2

**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

La politique nationale en concertation avec les partenaires sociaux s'est traduite par une série de textes réglementaires, dans les domaines suivants :

- la prévention du risque chimique : fixation de valeurs limites d'exposition professionnelle de caractère contraignant pour les substances les plus dangereuses (décret n° 2007-1539 du 26 octobre 2007 et l'arrêté du 26 octobre 2007) transposant la directive 2006/15/CE.

La transposition du règlement REACH s'est notamment traduite dans le cadre de l'arrêté du 7 février 2007 définissant les critères de classification et les conditions d'étiquetage et d'emballage des préparations dangereuses.

Le ministère a engagé depuis ces trois dernières années une réflexion de fond concernant les risques liés à l'exposition potentielle des travailleurs aux particules de taille nanométrique. Pour ce faire, il a initié, en collaboration avec les ministères chargés de la santé et de l'environnement, différentes études en vue d'améliorer la connaissance des effets des nanoparticules sur la santé de l'homme et de son environnement. Les premiers éléments de réponse commencent à apporter un éclairage sur les dangers potentiels inhérents à ces substances chimiques.

Une note générale du ministère a été transmise aux services déconcentrés. Ce document vise à rappeler principalement l'obligation générale pour le chef d'établissement d'appliquer la réglementation du code du travail relative à la prévention du risque chimique pour la mise en œuvre de toute substance chimique sous la forme de particules de taille nanométrique et à recenser les activités principalement exposées à ces substances ainsi que les mesures de prévention à adopter.

- La prévention des risques liés à l'amiante : Par anticipation, la réglementation française était globalement conforme à la réglementation communautaire consécutive à l'adoption de la directive 2003/18/CE du 27 mars 2003.

Néanmoins, l'exercice de transposition de la directive par le décret n° 2006-761 du 30 juin 2006 qui abroge le décret du 7 février 1996, a été l'occasion d'apporter quelques modifications aux dispositions réglementaires en vigueur, concernant notamment :

1. la suppression des dispositions relatives aux activités de fabrication et de transformation d'amiante compte tenu de leur interdiction depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 (décret n° 96-1133 du 24 décembre 1996) ;

2. l'extension de la certification de qualification des entreprises par des organismes accrédités, à des travaux de retrait et de confinement d'amiante non friable considérés comme à risques particuliers ;
3. la formation des travailleurs par des organismes de formation certifiés par des organismes accrédités, pour toutes les activités de désamiantage (matériaux friables et non friables) ;
4. l'obligation d'élaborer un mode opératoire et de le transmettre à l'inspection de travail, pour les activités et interventions sur des matériaux ou appareils susceptibles d'émettre des fibres d'amiante, en particulier les activités d'entretien.

Trois arrêtés d'application du décret du 30 juin 2006 sont parus en 2007 :

- Deux arrêtés du 22 février 2007 définissent,
  - d'une part, les travaux de confinement et de retrait d'amiante non friable présentant des risques particuliers en vue de la certification des entreprises chargées des travaux (en sont exclus les travaux de retrait des matériaux non friables contenant de l'amiante, en milieu extérieur),
  - et, d'autre part, les conditions de certification des entreprises réalisant des travaux de retrait ou de confinement de matériaux contenant de l'amiante. Deux types de certifications sont requis, suivant qu'il s'agit d'opérations de retrait d'amiante friable ou d'amiante non friable à risques particuliers. Dans le premier cas, le certificat de qualification sera délivré sur la base des critères définis par la norme NF X 46-010 « *amiante friable : qualification des entreprises réalisant des travaux de traitement de l'amiante friable – référentiel technique-(octobre 2004)* » ; dans le second cas, il sera délivré sur la base des critères définis par l'annexe de l'arrêté du 22 février 2007 « *Référentiel technique pour la certification des entreprises réalisant des travaux de confinement ou de retrait de matériaux non friables contenant de l'amiante et présentant des risques particuliers définis par l'arrêté prévu au 4° du III de l'article R.231-59-10 du code du travail* ». Dans tous les cas, l'organisme certificateur devra être accrédité par le COFRAC suivant le référentiel d'accréditation NF X 45012 « *Exigences générales relatives aux organismes gérant l'évaluation et la certification/enregistrement des systèmes qualité - (mai 1998)* » et suivant les exigences spécifiques du COFRAC. En ce qui concerne les travaux de confinement et de retrait d'amiante non friable présentant des risques particuliers, l'obligation de certification entrera en vigueur à compter du 1er mars 2008.
- L'arrêté du 4 mai 2007 relatif à la mesure de la concentration en fibres d'amiante sur les lieux de travail et aux conditions d'accréditation des laboratoires : le décret étend le principe du contrôle des niveaux d'empoussièrement aux postes de travail aux travaux de retrait et de confinement d'amiante alors que le décret n° 96-98 du 7 février 1996 ne prévoyait cette mesure que pour les activités de fabrication et de transformation de matériaux contenant de l'amiante. L'arrêté fixe les méthodes et moyens à mettre en oeuvre pour mesurer la concentration en fibres d'amiante et les modalités des conditions l'accréditation des laboratoires. Ainsi, les laboratoires qui procèdent à la mesure de la concentration en fibres

d'amiante sur les lieux de travail doivent être accrédités par le COFRAC. Les prescriptions d'analyses des fibres ( $L > 5 \mu\text{m}$ ,  $l < 3 \mu\text{m}$ ,  $L/l > 3$ ) sont celles de la norme XP X 43-269 « Qualité de l'air – Air des lieux de travail – Détermination de la concentration en nombre de fibres par microscopie optique en contraste de phase – Méthode du filtre à membrane - (mars 2002) ». Outre la conformité à la norme XP X 43-269, les laboratoires sont tenus de se conformer aux exigences de la norme NF EN ISO/CEI 17025 « Exigences générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnage et d'essais (septembre 2005) » et de procéder à des essais interlaboratoires organisés par l'INRS pour être accrédités suivant les points I et II de l'article R.231-59-8 du code du travail.

- La politique de prévention face aux dangers des rayonnements ionisants : engagée depuis 2001, la réforme de la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants a abouti avec la publication du décret n° 2007-1570 du 5 novembre 2007 qui avait pour objet de :

- transposer les dispositions prévues à l'art 8 de la directive n° 2003/122/Euratom en matière d'information et de formation des travailleurs (à ce titre, ce texte était très attendu de nos partenaires européens). Cette transposition concerne en particulier, les sources radioactives scellées de haute activité ainsi que les sources orphelines (sources sans détenteur légal) ;

- prendre en compte les compétences nouvelles de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) en matière de radioprotection des travailleurs. Ce décret détermine la portée des décisions réglementaires à caractère technique confiées à l'ASN, prévoit la communication aux inspecteurs de la radioprotection des documents et informations auxquels ont accès les inspecteurs et contrôleurs du travail et confie à l'ASN la compétence en matière d'agrément des organismes assurant le suivi radiologique des travailleurs.

- La prévention du risque biologique : l'arrêté du 16 juillet 2007 fixe les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en oeuvre dans les laboratoires de recherche, d'enseignement, d'analyses, d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie et les établissements industriels et agricoles où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes.

- La prévention du risque hyperbare : un groupe de travail interministériel a été mis en place pour étudier les pistes de réforme de la réglementation en vigueur datant du début des années 1990.

- La prévention du risque pyrotechnique : l'arrêté du 20 avril 2007 fixe les règles relatives à l'évaluation des risques et à la prévention des risques pyrotechniques et, notamment, la nécessité de revoir la classification des sites, la nature des exploitations et les problèmes de transports de matériaux.

- La gouvernance des risques professionnels : un décret du 10 mai 2007 crée les comités régionaux de prévention des risques professionnels qui sont installés auprès de chaque région. L'idée centrale est d'animer une instance de dialogue et d'échanges au sein de laquelle l'ensemble des acteurs régionaux (administrations, partenaires sociaux, organismes de prévention) coordonneront leurs actions en

milieu de travail et bâtiront une politique relayant ou complétant la politique nationale de prévention des risques professionnels.

**Dans le cadre de ses conclusions, le Comité européen des droits sociaux mentionne une préoccupation partagée par le gouvernement français et les partenaires sociaux au sujet de l'application de la réglementation aux travailleurs indépendants.** Lors de la conférence sur les conditions de travail du 4 octobre dernier, ce point a été débattu et des actions concrètes devront être définies lors des réunions de suivi de cette conférence.

Au plan juridique, les dispositions générales en matière de santé et sécurité au travail ne s'appliquent aux travailleurs indépendants que dans des cas particuliers, notamment lors de leurs interventions sur les chantiers du BTP. Toutefois, l'exercice de recodification du code du travail a tendu à rendre plus visible les dispositions applicables à ces derniers afin de renforcer leur connaissance par les intéressés et par les corps de contrôle et donc leur effectivité.

L'ensemble de ces dispositions a en effet été rassemblé dans un chapitre distinct « *Dispositions applicables aux travailleurs indépendants* », donnant lieu à des sections clairement identifiées, en fonction de la nature du risque encouru (utilisation d'équipements de travail, risque chimique...). Il s'agit des articles R. 4535-1 à R. 4535-10 du code du travail.

### **Agriculture**

L'évaluation et la prévention des risques au travail :

Les très petites entreprises agricoles, dont l'activité présente des risques diffus et variés, évoquent souvent d'importantes difficultés pour rédiger le document unique d'évaluation des risques prévu par la transposition en droit français d'une directive-cadre européenne. Ces difficultés doivent être pesées au regard de l'enjeu de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, qui reste considérable: outre des dommages humains qui ne sauraient être comptabilisés, le coût induit pour les entreprises par les accidents de travail et les maladies professionnelles reste encore trop important dans le secteur agricole. C'est pourquoi le ministère s'est engagé dans une démarche d'accompagnement des toutes petites entreprises agricoles par la rédaction de fiches thématiques et en ouvrant par la voie réglementaire, la possibilité d'obtenir l'appui des médecins du travail.

Les actions prioritaires 2006 à destination des services de l'inspection du travail ont suscité une étroite collaboration entre services de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles et services de santé au travail, autour de l'utilisation de la fiche d'entreprise, élaborée par le médecin du travail. Un groupe de travail a été constitué en conséquence afin d'adapter le contenu de la fiche d'entreprise de façon à ce qu'elle constitue un véritable outil permettant d'aider l'employeur à procéder à son évaluation des risques.

***La circulation des convois exceptionnels :***



Le ministère de l'agriculture et de la pêche a participé, aux cotés du ministère de l'équipement, du tourisme et de la mer, et en étroite coopération avec les organisations professionnelles, à la rédaction des arrêtés du 4 mai 2006 et du 19 juillet 2006, relatifs à la circulation sur route des véhicules et matériels agricoles dont les dimensions dépassent les limites habituelles. Cette réglementation autorise la circulation, sans véhicule d'accompagnement, mais avec une signalétique appropriée, des convois et ensembles agricoles pouvant atteindre jusqu'à 3,50 mètres de large ou 22 mètres de long, ce qui représente la grande majorité des situations. Au delà, les convois doivent être accompagnés d'un véhicule pilote.

### ***La sécurité des tracteurs agricoles ou forestiers :***

D'importantes discussions ont été menées en 2006 avec les services de la Commission Européenne en vue de combler les lacunes existant en matière de sécurité et de santé au travail concernant la conception des tracteurs agricoles ou forestiers. Ces travaux pourraient aboutir d'ici 2010.

Par ailleurs, après plus de quinze ans de discussions techniques entre constructeurs, préventeurs et laboratoires d'essais, un arrêté du 31 juillet 2007 a été pris en vue de permettre l'homologation nationale des tracteurs enjambeurs qui sont encore source de nombreux accidents, notamment de renversement

### ***La sécurité des machines agricoles :***

Le ministère de l'agriculture et de la pêche s'est impliqué fortement dans les travaux normatifs européens et internationaux dans les domaines intéressant la sécurité au travail dans l'agriculture (Comité Technique 144 du CEN et Comité Technique 23 de l'ISO) pour permettre que les normes garantissent le plus haut niveau de sécurité possible, compte tenu de l'état de la technique.

Les années 2006 et 2007 ont été particulièrement marquées par un débat difficile autour de la norme EN ISO 4254-1, relative aux aspects généraux de sécurité des machines agricoles. Deux éléments en contradiction avec deux exigences de sécurité de la directive machine avaient en effet été introduits dans la norme (l'un relatif au protecteur d'arbre à cardans, l'autre aux protecteurs fixes des éléments de transmission). Le ministère de l'agriculture et de la pêche a introduit en 2006 une objection formelle contre cette norme et celle-ci a été examinée par la Commission Européenne. La norme EN ISO 4254-1 sera ainsi expurgée des dispositions contraires à la directive et une deuxième norme européenne devrait voir le jour pour en combler les lacunes.

Onze normes sont actuellement en cours de révision. Deux d'entre elles présentent un intérêt particulier pour la sécurité: celle sur les scies à chaîne pour l'élagage des arbres car de nombreux opérateurs se blessent à la main ou au bras avec ce type de machines, et la norme EN 836 relative aux tondeuses à gazon. Les discussions, particulièrement soutenues, concernent la protection des personnes par rapport aux éléments mobiles de transmission, et les risques de projections d'objets par les organes de coupe. Le ministère de l'agriculture et de la pêche intervient afin que le projet ne constitue pas un recul par rapport à la norme actuelle et qu'il prenne en compte quelques progrès incontestables, dont le principe semble acquis : mesures de sécurité lors de la marche arrière afin de limiter les risques de heurter et de renverser une personne, risques liés aux turbines des systèmes de collecte de

l'herbe, structures de protection contre le basculement et le retournement, conception des détecteurs de présence de l'opérateur, etc..

Outre les travaux de normalisation européenne et internationale déjà cités, le ministère chargé de l'agriculture participe à certains travaux de normalisation française (tracteurs enjambeurs, cabines de tracteurs et de pulvérisateurs). Ces normes françaises ont néanmoins vocation à être reprises par la suite au niveau européen, si le Comité Européen de Normalisation en est d'accord.

Enfin, un groupe de travail « VITI VINI » mis en place par le ministère de l'agriculture et de la pêche travaille à la rédaction de fiches de sécurité sur les fonctions, la conception et l'utilisation des principales machines utilisées dans la viticulture et la vinification.

Une enquête spécifique menée en 2005 et 2006 par les services ITEPSA dans le cadre de leurs actions prioritaires, pour les départements concernés par l'activité vinicole, a permis de réaliser un état des lieux sur les conditions d'utilisation de la pompe à vendange. Suite à cette enquête et après une étude confiée au CEMAGREF en 2006, le rapport remis en novembre 2007 préconise un certain nombre de mesures de prévention à prendre par les utilisateurs mais aussi par les fabricants, qui feront l'objet d'une note de service en 2008.

#### ***Les contrôles de surveillance du marché*** : les tondeuses à gazon

Un renforcement du contrôle du marché a été mené afin que les utilisateurs du monde rural disposent de machines ou d'équipements de protection sûrs. Ces actions de surveillance sont coordonnées par le ministère de l'agriculture et de la pêche qui veille à la cohérence des mesures prises et de leur suivi tant au niveau national qu'international. L'action engagée fin 2004 avec les services des douanes sur la conformité des tondeuses autoportées, mettant en évidence un grand nombre de non conformités, s'est poursuivie en 2005 et 2006 avec le concours de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

Les non-conformités mises en évidence exposaient l'opérateur et/ou les tiers à des risques de coupures, de sectionnement, de happement, d'entraînement, de brûlures ou de heurts par des objets projetés, notamment par la possibilité d'accéder à des organes de travail ou des organes de transmission en mouvement. Les discussions avec les fabricants se sont poursuivies en 2007 afin de parvenir à la mise en conformité des machines, avec un bilan positif.

#### ***Les travaux d'élagage*** :

La nouvelle réglementation relative à l'utilisation des équipements permettant de travailler en hauteur dans les arbres exige l'usage d'une corde de travail et d'une corde de sécurité équipée d'un système d'arrêt de chute, mais autorise de déroger par arrêté à cette obligation, sous certaines conditions, si l'utilisation de la seconde corde rend le travail plus dangereux. A la suite d'un arrêté du 4 août 2005 qui a identifié les travaux réalisés dans les arbres comme constituant des circonstances spécifiques justifiant l'utilisation d'une seule corde, les services du ministère de l'agriculture et de la pêche, en liaison étroite avec les organisations professionnelles et la caisse centrale de mutualité sociale agricole, ont travaillé à la rédaction de la

note de service n° 2007-5018 du 27 juin 2007 précisant les mesures qui peuvent être mises en œuvre pour l'utilisation des équipements permettant de travailler en hauteur dans les arbres.

Pour accompagner cette instruction qui présente un caractère très technique, des actions de formation des services d'inspection du travail en agriculture ont été menées dans cinq régions (Centre, Haute-Normandie, Ile de France, Pays de Loire, Rhône-Alpes).

***La prévention contre les zoonoses en général :***

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 prévention des risques liés à l'influenza aviaire à virus hautement pathogène et à la psittacose :***

Le ministère de l'agriculture et de la pêche a élaboré un plan destiné aux professionnels les plus exposés en cas d'épizootie, permettant de diffuser l'information nécessaire sur les risques et les modalités de prévention des risques professionnels, en liaison avec le plan pandémie grippale élaboré par le ministère chargé de la santé. Ce plan a fait l'objet d'une large diffusion auprès de l'ensemble des services déconcentrés de l'inspection du travail tous régimes confondus, ainsi qu'aux services de santé au travail et de prévention des risques professionnels, par une note de service du 18 janvier 2006.

Plus de 500 contrôles dans les élevages de volaille et activités annexes ont été effectués cette année-là par les services d'inspection du travail. D'importantes difficultés de coordination ont été constatées entre les différentes entreprises intervenantes chargées des opérations de désinfection, de ramassage de volailles et d'équarrissage. A l'occasion de ces contrôles, les services de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ont également mis en évidence que les précautions prises par les éleveurs contre les risques d'ornithose étaient souvent insuffisantes.

***Risques d'incendie et d'explosion liés aux stockages :***

L'étude que le ministère de l'agriculture et de la pêche a financée en 2005 et qui a été menée par l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) relative aux bonnes pratiques de stockage concernant tous les types de matériaux, produits ou autres susceptibles d'être présents dans une exploitation agricole a été mise en ligne en 2006 sur le site internet du ministère de l'agriculture et de la pêche.

Des fiches techniques sont également proposées sur les bonnes pratiques de stockage, à l'intention des professionnels agricoles.

***Le document technique amiante :***

La note de service DGFAR/SDTE/N2006-5031 du 20 novembre 2006 a chargé les inspecteurs du travail en agriculture de contrôler le respect de la réglementation relative à l'amiante dans les immeubles bâtis dans les professions agricoles.

Ils ont vérifié l'existence du dossier technique « amiante », sa réalisation par un opérateur titulaire d'une attestation de compétence et l'existence d'une fiche récapitulative. Ils ont également rappelé aux entreprises agricoles la nécessité de communiquer le dossier technique « amiante » aux entreprises effectuant des travaux de maintenance sur le bâtiment afin de leur permettre de prendre les mesures de prévention indispensables pour préserver leur santé.

Un peu moins de la moitié (46%) des entreprises de production agricole avaient leur dossier technique amiante au moment des contrôles, mais près de 20% de celles qui ne l'avaient pas à disposition pouvaient justifier de démarches engagées pour le constituer.

Les agents de contrôle ont noté que beaucoup d'entreprises de production qui avaient rempli leurs obligations ou qui se préparaient à le faire, avaient adhéré à une action collective de repérage organisée par leur syndicat professionnel. Ceux-ci se sont en effet largement mobilisés pour établir un cahier des charges et un appel d'offre auprès d'opérateurs titulaires d'une attestation de compétence, afin d'obtenir une diminution des prix de leur prestation, liée au regroupement géographique des repérages à effectuer.

### ***Les mesures pour réduire l'exposition des travailleurs aux pesticides :***

Plusieurs actions ont été engagées, d'une part dans le cadre du Plan National Santé Environnement (PNSE), d'autre part dans celui du plan interministériel de réduction des risques liés aux pesticides 2006-2009 (PIRRP) adopté le 28 juin 2006 :

- la réalisation de fiches de bonnes pratiques par type de cultures, à partir des résultats d'exposition, afin de permettre aux professionnels agricoles de disposer d'éléments d'évaluation du risque précis pour adopter une démarche de prévention appropriée ;
- le développement de la formation des professionnels ;
- l'amélioration de l'information des utilisateurs de produits et de leur protection (substitution des produits les plus dangereux, épuration des cabines d'automoteurs ou de tracteurs, équipements individuels, amélioration de la lisibilité de l'étiquetage...)
- l'amélioration des connaissances.

Une note de service du 28 novembre 2007 a précisé les modalités de mise en oeuvre de la réglementation relative à la fiche d'exposition aux agents chimiques dangereux et CMR et à la liste des travailleurs exposés dans les entreprises agricoles. L'action des services de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles a été sollicitée pour en faire progresser la connaissance et la mise en place effective dans les entreprises agricoles. Des précisions ont également été apportées concernant les modèles de fiches d'exposition et de liste des travailleurs exposés aux agents chimiques dangereux et CMR dont les produits phytosanitaires. La caisse centrale de mutualité sociale agricole a été étroitement associée à ces travaux.

### ***Les expositions professionnelles aux produits phytosanitaires dans les serres (action 38 du PNSE) :***

Les salariés travaillant en serre sont exposés aux produits phytosanitaires lors des traitements mais aussi lors de la manipulation des plantes traitées. En raison du milieu clos des serres, de l'humidité (90% d'hygrométrie) et de la chaleur, l'exposition des travailleurs aux pesticides est plus importante qu'en plein air.

A partir des résultats d'une étude menée par le Centre François Baclesse (C.F.B.) - Groupe régional d'études sur le cancer (GRECAN), le ministère de l'agriculture et de la pêche, en liaison avec la caisse centrale de mutualité sociale agricole et les instituts techniques agricoles, a réalisé en 2006 une fiche de bonnes pratiques des traitements phytosanitaires en serre, disponible sur le site internet du ministère et pouvant être remise aux professionnels concernés.

### ***Les cabines filtrantes d'engins agricoles automoteurs :***

La protection d'un conducteur de pulvérisateur de produits phytosanitaires est fonction de l'équipement de sa cabine en climatisation et en système de filtration.

Jusqu'à présent, aucune méthode d'essai n'existait pour mesurer l'efficacité de l'épuration des cabines de tracteurs ou d'automoteurs équipées d'un système d'épuration de l'air. La norme expérimentale XP U 03-024 décrit une méthode de mesurage en laboratoire ainsi que les critères permettant de qualifier les performances des cabines. Cette norme française sert maintenant de base de travail pour élaborer une norme internationale en cours de discussion.

### ***Les équipements de protection individuelle appropriés aux risques liés à l'utilisation des produits phytosanitaires :***

Les normes antérieures ne donnaient pas de critères de choix pour les utilisateurs de ces équipements, selon l'activité qu'ils exercent. Le fascicule de documentation FD S74-999 « recommandations pour le choix, l'utilisation, l'entretien des équipements de protection individuelle cutanés » est venu combler cette lacune et s'ajouter au fascicule FD S 76-050, relatif au choix et à l'utilisation d'un appareil de protection respiratoire lors des traitements phytosanitaires.

Toutefois, des recherches ayant conclu à l'inefficacité des vêtements de protection individuelle couramment préconisés contre les produits phytosanitaires, le ministère de l'agriculture et de la pêche a amendé le fascicule précité mis en ligne sur son site public et a demandé à l'association française de normalisation (AFNOR) et au bureau de normalisation de l'industrie textile et de l'habillement (BNITH) d'engager des travaux pour élaborer une norme spécifique relative aux vêtements de protection contre les produits phytosanitaires qui tienne compte à la fois des exigences de performance mais aussi des facteurs ergonomiques.

### ***L'amélioration de la surveillance de la santé des travailleurs agricoles dans les départements d'outre-mer (DOM) :***

En métropole, le réseau de surveillance mis en place par la mutualité sociale agricole, dénommé Phyt'attitude, permet depuis 1997 d'enregistrer systématiquement les accidents et incidents survenus lors de l'exposition des utilisateurs aux produits phytosanitaires. L'extension de ce réseau de vigilance aux départements d'outre-mer n'avait pas pu se mettre en place car la mutualité sociale

agricole n'est pas représentée dans les DOM, où les travailleurs agricoles sont rattachés aux caisses générales de sécurité sociale.

Les modalités de mise en place de ce réseau dans les DOM ont désormais été définies. En l'absence de caisse de mutualité sociale agricole, la caisse centrale de mutualité sociale agricole est prête à assurer et financer la formation des médecins du travail et à payer pendant un an les premières expertises toxicologiques. La Direction générale du travail (DGT) a décidé d'impliquer le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre dans le développement de ce réseau.

***Le formol :***

Le formaldéhyde est une substance qui a été reconnue cancérigène pour l'homme par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) en juin 2004. Il entre dans la composition de nombreuses préparations chimiques, notamment des désinfectants employés dans les industries agroalimentaires, ainsi que comme liants dans les industries du bois. Le ministère de l'agriculture et de la pêche a suivi avec attention l'évolution de la réglementation, tant au niveau européen qu'au niveau français, et s'efforce d'encourager, à chaque fois que c'est possible, la substitution de cette substance ou l'utilisation de procédés de travail en vase clos.

***Les expositions professionnelles aux poussières de bois :***

Par convention avec le ministère de l'agriculture et de la pêche, le centre technique du bois et de l'ameublement (CTBA) a procédé en 2006 au mesurage des poussières de bois dans l'atmosphère de 36 scieries dépendant du régime agricole. Les mesures ont été effectuées au niveau des voies respiratoires de 5 opérateurs par entreprise, avec de plus un contrôle d'ambiance par entreprise, soit 217 prélèvements en tout. Sur l'ensemble des entreprises contrôlées, 77% des prélèvements font ressortir une concentration de poussières inférieure au seuil de 1 mg/m<sup>3</sup>. En revanche, seules 29,7 % des entreprises n'ont aucun résultat dépassant le seuil réglementaire.

Pour préserver la santé des opérateurs, l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) et le CTBA ont réalisé en 2006 une plaquette d'information : « Poussières de bois - prévenir les risques » et un guide de bonnes pratiques.

Une étude visant à mesurer le niveau d'empoussièrement au niveau des voies respiratoires des bûcherons a également été mise en œuvre. Malgré le milieu naturel dans lequel ils opèrent, il apparaît que ces travailleurs sont souvent exposés à un niveau d'empoussièrement supérieur à la valeur réglementaire.

En 2007, le ministère de l'agriculture et de la pêche et l'institut technologique forêt cellulose bois-construction ameublement (FCBA) ont rédigé une plaquette d'information relative aux « Scieries et poussières de bois », mise en ligne sur le site du ministère.

***L'interdiction de fumer dans les lieux de travail :***

Par note de service DGFAR/SDTE 2006-5032 du 26 décembre 2006, les services de l'inspection du travail en agriculture ont été mobilisés afin de sensibiliser les employeurs et les salariés agricoles aux nouvelles obligations liées à l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux de travail.

L'action a été réalisée du 1er février au 28 février 2007. Les remarques des services de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles font ressortir que l'interdiction de fumer dans les lieux de travail n'a pas soulevé de problème particulier. La majorité des non-conformités concernait une signalétique non conforme. Le nombre de fumeurs installés est très faible. Certaines entreprises ont demandé une action particulière du médecin du travail et du CHSCT pour diffuser l'information relative à l'aide au sevrage.

***La sécurité intégrée lors de la conception des serres :***

Un groupe de travail associant des conseillers en prévention des caisses de mutualité sociale agricole, des inspecteurs du travail, le bureau réglementation et sécurité au travail du ministère de l'agriculture et de la pêche, des concepteurs de serres et des professionnels agricoles, a mené des travaux de normalisation sur la conception des serres afin d'intégrer en amont la sécurité des opérations de maintenance. La participation d'ingénieurs de l'INRS au groupe de normalisation a permis d'élargir l'expertise requise pour mener à bien ces travaux très techniques qui se sont terminés en 2007.

### ***L'adaptation des tableaux de maladies professionnelles :***

Le régime agricole dispose de ses propres tableaux de maladies professionnelles applicables aussi bien aux salariés qu'aux non salariés.

Après plusieurs années d'inactivité, la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (C.O.S.M.A.P.) a entamé un important travail de toilettage des tableaux de maladies professionnelles en agriculture de façon à prendre en compte les nouvelles connaissances scientifiques et techniques, à réduire les écarts qui ont pu exister ici ou là avec les tableaux du régime général et à adapter lesdits tableaux aux spécificités de l'agriculture.

Un dialogue social très constructif se déroule au sein de cette commission. Les deux premiers tableaux examinés concernent les surdités professionnelles et les affections liées aux poussières de bois, mais le programme de la commission est très ambitieux puisqu'il vise à revoir l'ensemble des tableaux portant sur les cancers professionnels liés notamment à l'amiante, à la silice ou à l'arsenic.

### ***Le plan santé et sécurité au travail 2006-2010 de la caisse centrale de mutualité sociale agricole :***

La mutualité sociale agricole a élaboré un plan stratégique pour la période 2006-2010 qui a été approuvé par le ministère de l'agriculture et de la pêche, après avis des commissions nationales de prévention des salariés et des non-salariés.

Il a été rappelé que ce plan prend en compte les priorités de santé publique et de santé au travail définies par l'Etat et qu'il sera décliné dans le réseau des caisses locales.

Les services déconcentrés de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ont été invités à prendre l'attache des caisses afin d'assurer la mise en œuvre d'une coordination dans le cadre de la politique régionale de santé au travail telle que prévue par le plan santé travail.

### **Les conditions d'emploi des jeunes stagiaires et apprentis en sécurité :**

La convention nationale pour l'intégration de la santé et de la sécurité au travail dans l'enseignement agricole signée en août 2006 a mis en place une coopération entre le ministère de l'agriculture et de la pêche et la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) pour intégrer la santé et la sécurité au travail dans la formation initiale des jeunes, ainsi que dans celle des enseignants et des personnels des établissements d'enseignement. Elle prévoit également des actions de sensibilisation à destination des maîtres de stage et d'apprentissage.

Une action prioritaire des services de l'inspection du travail en agriculture a été conduite afin d'améliorer le traitement des demandes de dérogations aux travaux interdits aux mineurs.

Ces services ont été invités à poursuivre en 2007 cette action prioritaire, de façon à ce que le traitement des demandes de dérogations concernant le travail des jeunes soit assuré à 100% et que 20 % des maîtres de stage employant des jeunes à des travaux soumis à dérogation soient visités tous les ans.

Par ailleurs, les modalités d'accueil en milieu professionnel des élèves de l'enseignement et de la formation professionnelle agricoles ont fait l'objet d'un



nouveau décret (n° 2007-126 du 29 janvier 2007) modifiant le code rural et d'un arrêté du 7 mai 2007 fixant les clauses types des conventions de stage.

Afin d'accompagner la mise en place de ces nouveaux textes, le comité de pilotage installé en avril 2007, de la convention nationale d'intégration de la santé et la sécurité au travail dans l'enseignement agricole signée entre le ministre en charge de l'agriculture et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, a défini deux priorités pour 2007 et 2008 : l'une sur la formation des enseignants en santé et sécurité au travail, l'autre en faveur des maîtres de stage et d'apprentissage.

### **Fonction publique**

Aucun ajout à la législation n'est intervenu depuis le dernier examen de ces questions.

Les mesures applicables à la fonction publique de l'Etat sont les mêmes que celles valables pour le secteur privé. Toutefois, il semble intéressant d'illustrer les politiques générales de prévention des risques par des réalisations concrètes mises en place dans les ministères sur les thématiques "amiante, troubles musculo-squelettiques et risque routier".

#### **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 ;

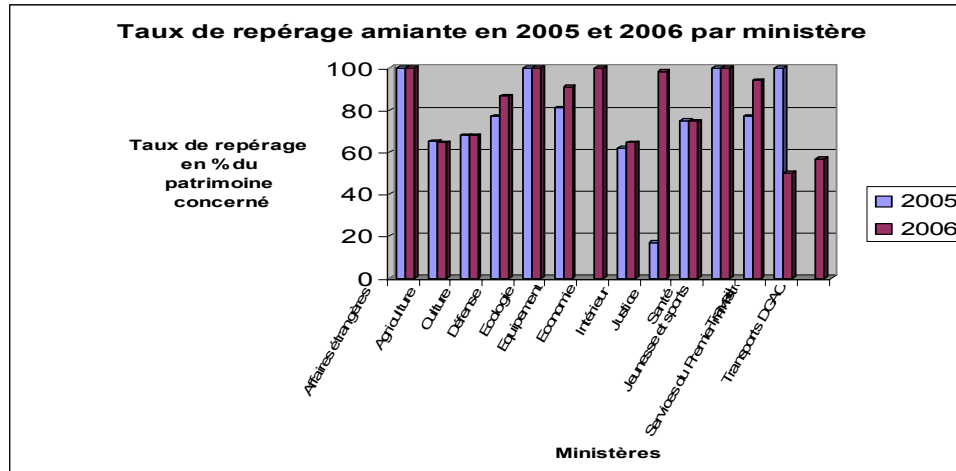
3° L'enregistrement des travaux de retrait ou de confinement de ces matériaux et produits et des mesures conservatoires mises en oeuvre ;

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.

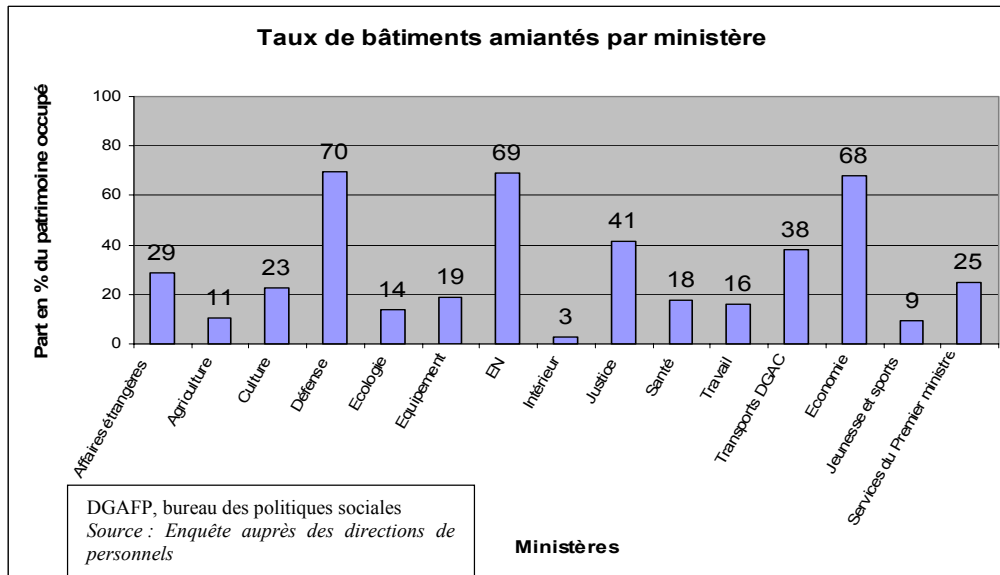
#### **➤ *Un repérage globalement réalisé :***



DGAFP, bureau des politiques sociales

Source : Enquête auprès des directions de personnels

Le graphique fait apparaître que l'obligation de repérage de l'amiante dans les bâtiments est globalement bien observée et de manière assez comparable par les ministères. Dans la plupart des cas bien amorcés sur l'année 2005, ces travaux se sont poursuivis sur l'année 2006. Ce travail de repérage a permis d'identifier pour chaque ministère, le nombre d'immeubles concernés par la présence d'amiante.



On constate que trois ministères se distinguent par un taux de bâtiments amiantés plus importants que les autres : ceux en charge de la défense (70%), de l'éducation nationale (administration centrale : 69%) et des finances (68%).

➤ **Un effort important sur le DTA, à élargir aux autres risques majeurs :**

Les ministères connaissant un taux important d'immeubles amiantés sont également ceux qui disposent d'un état d'avancement ou de progression satisfaisants de la réalisation de leurs DTA :

- pour la défense : 39164 bâtiments amiantés et 37384 DTA réalisés en 2006

- pour l'éducation nationale (administration centrale) : 27 bâtiments amiantés et 25 DTA réalisés en 2006

A noter que pour l'enseignement scolaire, les DTA sont réalisés par les collectivités locales et que 50% des établissements publics locaux d'enseignement ont connaissance de leurs DTA ;

- pour les finances : 2476 bâtiments amiantés et 3641 DTA réalisés en 2006

En conclusion, il y a lieu d'indiquer que la prévention du risque lié à l'amiante et la mise en œuvre des outils pour y parvenir mériteraient d'être élargies à l'ensemble des risques majeurs connus en milieu de travail comme les **substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction**, afin de garantir aux agents une protection optimale de leur santé et de leurs conditions de travail. Ainsi, la prévention du risque chimique ne fait pas encore partie actuellement des sujets de préoccupation principaux des comités d'hygiène et de sécurité. Cela étant, l'attention croissante portée aux conditions de travail pourra entraîner dans les années à venir une appropriation de ces thématiques par les instances de concertation

En témoignent les travaux amorcés par certains ministères comme celui des finances où les acteurs de la prévention ont réalisé en 2006 une note de sensibilisation aux substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction.

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

### Les 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<sup>ème</sup> siècle mais son émergence actuelle s'explique notamment par des changements dans l'organisation du travail.

En France, les TMS sont reconnus au titre des maladies professionnelles du régime général selon la classification suivante :

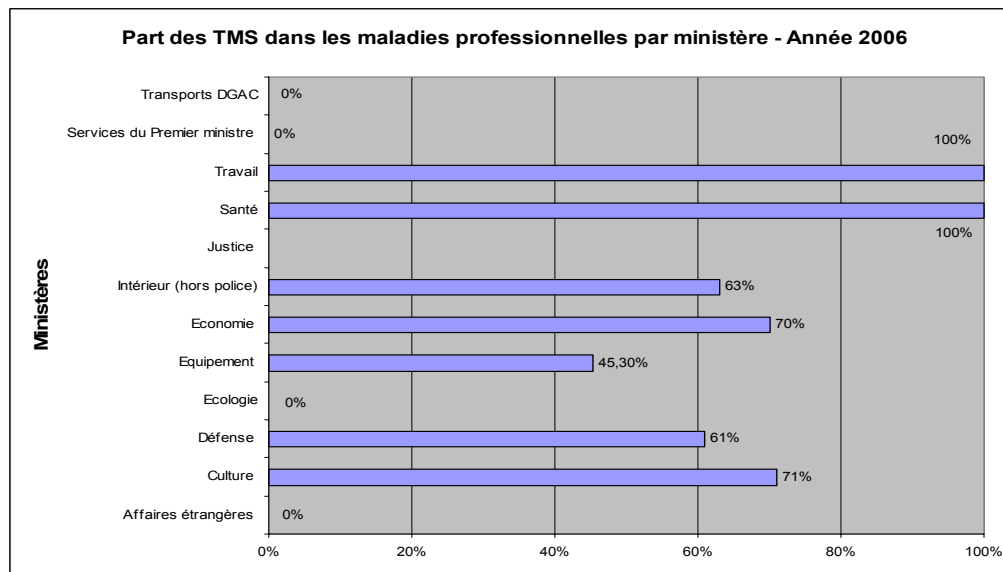
- Catégorie 1 : Affections péri articulaires causées par gestes et postures de travail (tableau MP n°57) ;
- Catégorie 2 : Affections causées par chocs et vibrations (machines, outils) (tableau MP n°69) ;
- Catégorie 3 : Lésions chroniques du ménisque (tableau MP n°79) ;
- Catégorie 4 : Affections chroniques du rachis lombaire (par vibrations basses et moyennes fréquences) (tableau MP n°97) ;
- Affections chroniques du rachis lombaire (manutention de charges lourdes) (tableau MP n°98).

Les facteurs de risques sont essentiellement : l'effort, les positions articulaires extrêmes et une certaine répétitivité des gestes.

Au regard de cet état des lieux, il apparaît particulièrement utile en terme d'avancées de la politique de santé au travail dans la fonction publique, de présenter un panorama des moyens de prévention des TMS utilisés dans l'administration au vu de l'importance de ces pathologies par rapport aux autres maladies professionnelles.

□ *Importance des TMS dans les ministères en 2006*

Le graphique ci-dessous présente pour l'année 2006 et pour chaque ministère, la part des maladies TMS dans l'ensemble des maladies professionnelles déclarées.



DGAFP, bureau des politiques sociales

Source : *Enquête auprès des directions de personnels*

Ministère de la justice : non renseigné

Ces résultats doivent être analysés en tenant compte du fait qu'il s'agit d'un état annuel et limité aux seules maladies déclarées sur cette période et non d'une tendance générale.

Les résultats démontrent que dans la plupart des ministères sur 2006, les TMS ont représenté plus de 50% des maladies professionnelles (dans quelques ministères cependant, aucune maladie TMS n'a été déclarée en 2006 : il s'agit des ministères chargés des affaires étrangères, de l'écologie, de la direction de l'aviation civile et des services du Premier ministre).

Les TMS représentent donc un enjeu pour les politiques de prévention mises en place dans l'administration.

□ *Des efforts sur l'identification des facteurs de risques et sur la prévention*

Au titre de l'année 2006, 62,5% des ministères ont identifié des facteurs de risque selon la répartition suivante :

- Effort : 62,5% ;
- Positions articulaires extrêmes : 56% ;
- Répétitivité des gestes : 69%.

56% des ministères ont transcrit ces risques dans leur document unique.

Par ailleurs, 42% des ministères en moyenne ont déclaré des maladies TMS en 2006 répartis de la manière suivante :

- Catégorie 1 : 67% ;
- Catégorie 2 : 33% ;
- Catégorie 3 : 33% ;
- Catégorie 4 : 42%.

On constate qu'une part relativement importante des ministères est sensibilisée à la détection de ce type de risque notamment en raison de la technicité de certains postes, comme au MEEDDAT, et au MSSJSVA. Certains ministères ont engagé des actions spécifiques de prévention et de sensibilisation par la **formation, l'information des acteurs de l'hygiène et de la sécurité** ainsi que des **agents**. La connaissance des risques est améliorée par l'étude des postes de travail.

➤ *La formation*

Le ministère de la défense a entrepris une démarche d'évaluation des risques et d'étude de postes. Il a organisé la formation d'animateurs « gestes et postures ». Chaque année, entre 2 et 12 agents du ministère sont formés par l'INRS via le centre de documentation et de formation à l'hygiène et à la sécurité du ministère.

Depuis 2002, 142 agents du ministère ont suivi une formation « prévention des risques liés à l'activité physique ». La possibilité a été évoquée de réaliser une campagne de prévention et de sensibilisation sur le thème des TMS.

Des formations sont également dispensées au profit des ACOMO aux ministères de l'équipement, de la santé et du travail sur les TMS et l'ergonomie et au ministère chargé des finances, au profit des membres des comités d'hygiène et de sécurité.

➤ *Travail et sensibilisation sur l'ergonomie*

On peut noter qu'au ministère chargé des finances, l'ergonomie est intégrée en tant que telle dans les processus d'accompagnement du changement. En 2006, le CHSM a contribué à des actions de réaménagement d'espaces, d'accueils communs ou à des études sur les transitions organisationnelles. Les actions consacrées à l'environnement physique de travail (le travail sur écran, les ambiances lumineuses et sonores, 1<sup>er</sup> poste de dépenses des CHS et en progression constante depuis 2002) sont également à relever.

En effet, le constat à faire parallèlement est celui d'une augmentation dans ce ministère du nombre de déclarations de maladie pour des TMS et des observations faites par les médecins de prévention. Des études ont été engagées dans plusieurs départements pour mieux repérer et analyser les situations de travail pouvant être facteurs de TMS. Une sensibilisation à ces risques émergents a été entreprise par le biais de la note d'orientation nationale pour 2007 et par l'introduction de fiches thématiques dans l'intranet à destination des membres des CHS.

Aux ministères de l'éducation nationale et de la santé, les mesures suivantes ont été prises : travail sur l'ergonomie des postes de travail, identification des facteurs de risque par questionnaire aux agents, transcription des risques TMS dans le document unique.

Le ministère de l'intérieur a choisi comme méthode de prévention les conseils ergonomiques et l'information par l'intranet. Le ministère de la justice s'est lui orienté vers la formation et la sensibilisation de son personnel.

Dans certains établissements publics, le travail préventif par l'identification des risques est assez avancé (ex : le CNOUS) avec des formations aux gestes et postures, des visites sur sites, la transcription des risques TMS dans 4 CNOUS où il apparaît que les TMS représentent entre 80 et 100% des maladies professionnelles déclarées.

### **3. Exemple d'une politique sectorielle de prévention : le risque routier**

#### ➤ **Exigence d'un plan de prévention des risques routiers**

La mise en place du plan de prévention des risques routiers au sein des services de l'Etat est définie par la circulaire 4723/SG du Premier ministre du 7 mars 2000, faisant suite au comité interministériel de sécurité routière du 2 avril 1999. Ce dernier prévoit notamment une mise en place dans un délai de trois ans. Ce plan doit résulter d'une approche pluridisciplinaire et comporter un certain nombre d'étapes :

- l'élaboration du diagnostic de sinistralité par le recueil des informations sur les causes d'accidents, leur analyse et l'expertise des mauvaises pratiques sur lesquelles il convient d'agir ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'action qui doit fixer des objectifs annuels de réduction du nombre et de la gravité des accidents ;
- le suivi et l'évaluation du programme qui requièrent un système d'information performant sur les évolutions du taux d'accidents.

L'année 2006 se caractérise d'une manière générale par une **progression des ministères** quant à l'élaboration **du plan de prévention**. La majorité d'entre eux est très avancée sur la **finalisation du recueil des données** de la sinistralité routière et de leur analyse. L'état d'avancement du **programme d'action** est quant à lui variable selon les administrations.

En 2006, alors que le ministère de l'intérieur a quasiment achevé l'élaboration de son plan d'action (98%), certains ministères ont déjà achevé leur plan de prévention (les ministères chargés des finances et des affaires étrangères). Les ministères chargés de la santé et de la justice ont progressé dans l'élaboration de leur plan d'action, bien que partiellement mis en place dans ce dernier. Le diagnostic, le recueil des données et la phase d'élaboration du plan d'action dépendent de la réalisation du document unique au ministère de l'écologie.

#### ➤ **Des actions concrètes mises en place par les ministères**

Compte tenu des directives définies par la circulaire et de l'exigence de la démarche, le risque routier constitue l'un des axes prioritaires des ministères qui ont su démontrer une forte réactivité et mettre en place des actions concrètes de lutte contre les accidents. Ces actions relèvent essentiellement de :

- la formation pratique (code de la route, conduite, les risques liés à l'alcool et au stress) spécialement pour les agents utilisant un véhicule pour leurs fonctions ;
- l'équipement, l'entretien des véhicules ;
- un suivi médical des agents particulièrement exposés ;
- le développement des formes alternatives de déplacements.

Certains ministères comme le ministère de la défense ont mis en place un cadre type de plan de prévention afin de préciser la méthode à mettre en œuvre par chaque organisme. Un référent ministériel placé auprès du secrétaire général pour l'administration est assisté d'une cellule de travail chargée de la prévention routière dans les armées. Il est intéressant de voir que ce plan-cadre allie à la démarche d'expertise, une action de communication auprès des personnels. Cet élément démontre que la dimension d'information des personnels a été d'emblée intégrée dans le plan d'action.

### **Article 3§3**

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

Réponse

#### **Mesures en vue d'enrayer l'augmentation des affections péri-articulaires**

En 2006, les 32500 maladies professionnelles indemnisées au titre des affections péri-articulaires ont engendré la perte de 7 millions de journées de travail et 710 millions d'euros de frais couverts par les cotisations des entreprises (source : CNAMTS- 2006).

L'ampleur du phénomène que représentent les troubles musculo-squelettiques (TMS) en fait une préoccupation majeure qui est inscrite dans le Plan Santé au Travail et en fait l'une des priorités de la prévention des risques professionnels.

Compte tenu de l'insuffisante mise en œuvre de telles actions, à l'issue de la conférence du 4 Octobre 2007, une campagne nationale d'information et de prévention des troubles musculo-squelettiques a été engagée en 2008. Elle se déclinera sur 3 années et a pour cible large : le grand public, les entreprises et les professionnels de la santé.

L'objectif est d'informer et de sensibiliser les entreprises et les professionnels. Elle s'appuie sur plusieurs supports de communication : spots télévisuels, affiches publiées dans la presse nationale et professionnelle, conférences, site internet...

#### **Accidents du travail**

**Le Comité considère que la situation de la France, au vu du nombre élevé d'accidents du travail, n'est pas conforme à la Charte.** Cette affirmation doit être nuancée car l'état de protection de la santé et sécurité des salariés français ne peut se réduire au seul indicateur de fréquence des accidents de travail. Par ailleurs, la

comparaison des niveaux d'accidents du travail entre pays européens est délicate en raison de l'hétérogénéité des concepts et des modes de mesure.

1. Les taux de déclaration peuvent varier de façon importante en fonction des systèmes institutionnels nationaux. La France organise un système de déclaration obligatoire de tout accident du travail (article L 441-1 à L 441-6 du code de la sécurité sociale). Le défaut de déclaration de l'accident par l'employeur à la CPAM est sanctionné pénalement. La France fait ainsi partie des pays qui garantissent un très haut niveau de déclaration des accidents avec arrêt de travail. D'après les résultats de l'enquête statistique menée par la DARES et l'INSEE sur les conditions de travail en 1998, la France connaît un taux de sous-déclaration très faible. Les taux de fréquence affichés par d'autres pays peuvent paraître enviables mais sont en réalité tronqués.

En effet, le champ des statistiques n'est pas homogène d'un pays à l'autre car les salariés de la fonction publique sont inégalement pris en compte. Les statistiques françaises concernent principalement le régime général et ne couvrent pas les fonctions publiques dans leur intégralité, où la fréquence des accidents du travail est peu importante. Compte tenu de ces restrictions, il existe une surévaluation de l'incidence globale des accidents du travail en France par rapport à l'effectif des travailleurs de droit privé ou de droit public.

Ces éléments rendent donc les écarts difficiles à quantifier. La France est consciente de ce biais et les prochaines négociations sur les conditions de travail qui auront lieu dans la fonction publique aboutiront sans doute à créer un système de remontée statistique.

Pour le secteur privé, la connaissance du risque repose sur les statistiques établies par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Pour le secteur public, cette connaissance repose sur les statistiques produites par les départements ministériels concernés : direction générale de l'administration et de la fonction publique – DGAFP - (fonction publique d'Etat), direction générale des collectivités locales – DGCL - (fonction publique territoriale), et direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – DHOS - (fonction publique hospitalière).

2. L'évolution de l'occurrence des accidents du travail en France est en constante diminution depuis 1995. Alors qu'en 1995 la fréquence était de 45 pour 1000 salariés, celle-ci est de 39 pour 1000 en 2005 d'après les chiffres fournis par la CNAMTS, soit une baisse de 13,3% en 10 ans. Cette tendance positive concerne tous les secteurs d'activités du régime général.

3. Le ministère du travail élabore les règles de sécurité sur les lieux de travail et le contrôle de leur application. A ce titre, il suit attentivement l'évolution globale des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP).

Néanmoins, il subsiste des lacunes, et toutes les données ne sont pas homogènes.



C'est le constat récurrent fait par la Cour des comptes dans son rapport public annuel de 2005 et par la mission conjointe IGAS-INSEE, prévue par le Plan santé travail 2005-2009, chargée d'établir un audit de l'organisation du système d'information statistique des principaux régimes AT/MP, dans son rapport de 2006<sup>1</sup>.

Conformément à l'article L 227-1 du Code de la sécurité sociale, une négociation sera engagée en 2008 pour conclure une nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles (COG AT/MP) pour les 4 années à venir.

Celle-ci prévoit notamment la création d'une base de données plus exhaustive sur la sinistralité au sein de la branche AT-MP. Cette base devrait permettre notamment de disposer de données sur la ventilation des accidents du travail et des maladies professionnelles selon la gravité, l'âge, le sexe, la nationalité ou encore la qualification professionnelle des victimes.

La conférence sur les conditions de travail du 4 octobre 2007 a également permis de dégager des pistes de progrès pour améliorer le système d'information statistique français et des solutions seront proposées en concertation avec les partenaires sociaux.

### **Activités de l'inspection du travail**

A la fin de l'année 2007, l'inspection du travail placée sous l'autorité du ministre chargé du travail est exercée par 526 sections (547 inspecteurs, 1107 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 ;

---

<sup>1</sup> Rapport d'audit de l'organisation du système d'information statistique relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, Daniel LEJEUNE (INSEE) et Alain VIENOT (IGAS), février 2006

- 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>	Nombre d'Interventions en entreprises
Grues (campagne de contrôle et d'information 2007)	2 700
Manutention manuelle (campagne de contrôle et d'information 2007)	1 663
Evaluation des risques	13 304
CMR	7 381
Amiante	5 813
Lutte travail précaire	3 101
Délégués du personnel	4 621
Lutte contre le travail illégal	7 970

### **Modalités de contrôle dans l'agriculture**

En France, pour les activités agricoles, l'inspection du travail est assurée par un service spécialisé placé sous l'autorité du ministre chargé de l'agriculture : l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles (ITEPSA). Chaque département est doté d'un service départemental (SDITEPSA) et chaque circonscription régionale (à l'exception de la Corse) d'un service régional (SRITEPSA). L'ITEPSA est chargée de veiller à l'application aux professions agricoles des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles relatives au régime du travail, applicables à ces professions. Sont assujettis à son contrôle les employeurs des personnes affiliées au régime de protection sociale agricole dont la gestion est assurée par les caisses de mutualité sociale agricole.

Dans le cadre de la réforme des administrations départementales de l'Etat, a été décidé, par une circulaire du Premier ministre du 2 janvier 2006, le rapprochement, à titre expérimental, de l'inspection du travail des secteurs de l'industrie et du commerce et de l'inspection du travail du secteur agricole, dans deux départements. Cette expérimentation a débuté le 1<sup>er</sup> mai 2006 dans les départements de la Dordogne et du Pas de Calais et s'est traduite par la création, au sein des directions départementales du travail et de la formation professionnelle (DDTEFP), de deux sections agricoles, ces dernières restant placées sous l'autorité du ministre de l'agriculture. L'évaluation positive réalisée fin 2007 de cette expérimentation préfigure

une fusion des services d'inspection du travail annoncée le 12 décembre 2007 par le Conseil de modernisation des politiques publiques dans le cadre de la révision générale des politiques publiques.

L'activité des services d'inspection du travail des départements et territoires d'outre-mer n'est pas consignée ici. En effet, le ministère de l'agriculture et de la pêche n'a pas de services d'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles dans ces départements et territoires. En revanche, il met à la disposition du ministère chargé du travail trois inspecteurs qui sont affectés dans les services déconcentrés pour les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion. Les statistiques sur l'activité de ces services d'outre-mer sont tenues par le ministère chargé du travail.

#### Informations sur les lieux de travail soumis au contrôle de l'Inspection du travail dans le secteur agricole

La compétence des agents affectés aux missions d'inspection du travail pour le secteur agricole est définie par les articles R. 8111-2 et R. 8111-3 du code du travail ainsi que par celles des articles L. 719-1 et L. 719-2 du code rural.

Les activités relevant de la compétence de l'ITEPSA sont principalement :

- les exploitations de culture et d'élevage ainsi que les activités de transformation, conditionnement et commercialisation des produits agricoles qui constituent le prolongement de l'acte de production ; les exploitations de dressage, d'entraînement, haras ; les structures d'accueil touristique situées sur l'exploitation ;
- les entreprises de travaux agricoles et les entreprises paysagistes ;
- les travaux forestiers et entreprises de travaux forestiers ;
- les établissements de conchyliculture et de pisciculture ;
- les entreprises artisanales rurales ;
- les gardes-pêche et gardes-chasse, jardiniers, gardes de propriétés privées ;
- les employés de maison au service d'un exploitant agricole ;
- les personnels enseignants des établissements d'enseignement et de formation professionnelle agricoles privés ;
- les salariés des organismes de mutualité sociale agricole, des caisses de crédit agricole, des chambres d'agriculture, des coopératives agricoles et des sociétés d'intérêts collectifs agricoles (SICA).

D'une manière générale, les établissements publics ne sont pas soumis à la compétence de l'ITEPSA.

#### **Fonction publique**

L'article 5 du 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 ministres désignent dans les administrations de l'Etat les fonctionnaires qui sont chargés d'assurer les fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité.*

*Ces fonctionnaires sont rattachés, dans l'exercice de leurs attributions, aux services d'inspection générale des ministères. Des arrêtés conjoints du ministre chargé de la fonction publique et des ministres concernés désignent les services d'inspection*

*générale compétents et définissent les conditions de rattachement de ces fonctionnaires aux dites inspections générales. »*

*Cet article est complété article 5.1 qui précise que « Dans les établissements publics de l'Etat soumis aux dispositions du présent décret en application de l'article 1er ci-dessus, les agents chargés d'assurer les fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité sont nommés par le directeur de l'établissement. Ils sont rattachés au service d'inspection générale de l'établissement ou, à défaut, au directeur de l'établissement. Ils peuvent toutefois être rattachés, sur proposition de l'organe délibérant de l'établissement, au service d'inspection générale du ministère de tutelle. Dans ce cas, les agents chargés d'assurer les fonctions d'inspection en matière d'hygiène et de sécurité, sont nommés par le ministre concerné. »*

Ces agents chargés d'une mission d'inspection, généralement nommés « inspecteurs d'hygiène et de sécurité » 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

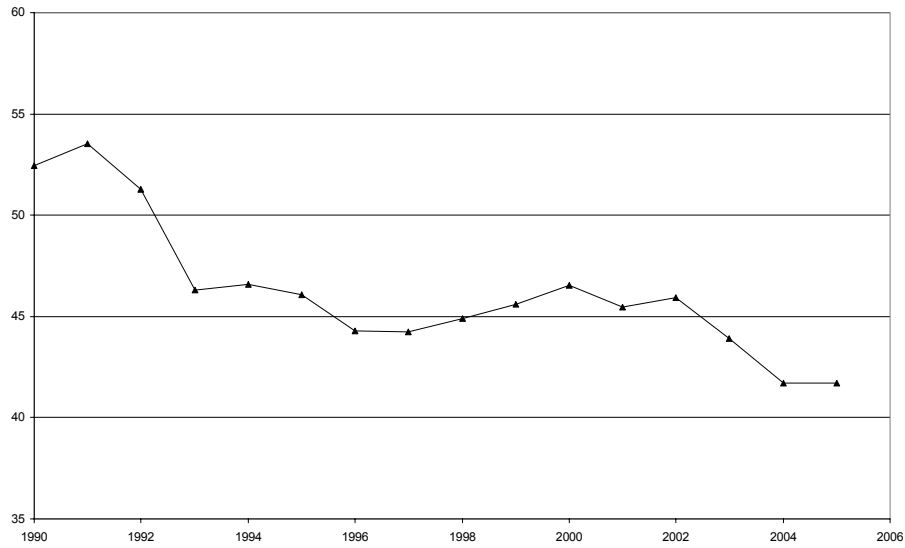
Les données statistiques établies par la CNAMTS confirment, en France, une stabilisation du nombre d'accidents du travail dans le secteur privé. Ces données visent l'ensemble des entreprises, y compris celles dont l'effectif est inférieur à 50 salariés.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre d'accidents avec arrêt	711 035 + 3,1%	743 435 + 4,6%	737 499 - 0,80%	759 980 + 3%	721 227 - 5%	692 363 - 4%	699 217 1%	700 772 0,2%
Nombre d'accidents graves	46 085 - 2,1%	48 096 + 4,4%	43 078 -10,43%	47 009 + 9%	48 774 + 3,8%	51 789 +6,2%	51 938 0,3%	46 596 -10,3%
Nombre de décès	743 + 3,3%	730 - 1,7%	730 =	686 - 6%	661 - 3,6%	626 - 5,3%	474 - 24,3%	537 13,3%

Source : CNAMTS (Direction des risques professionnels, statistiques technologiques 2006)

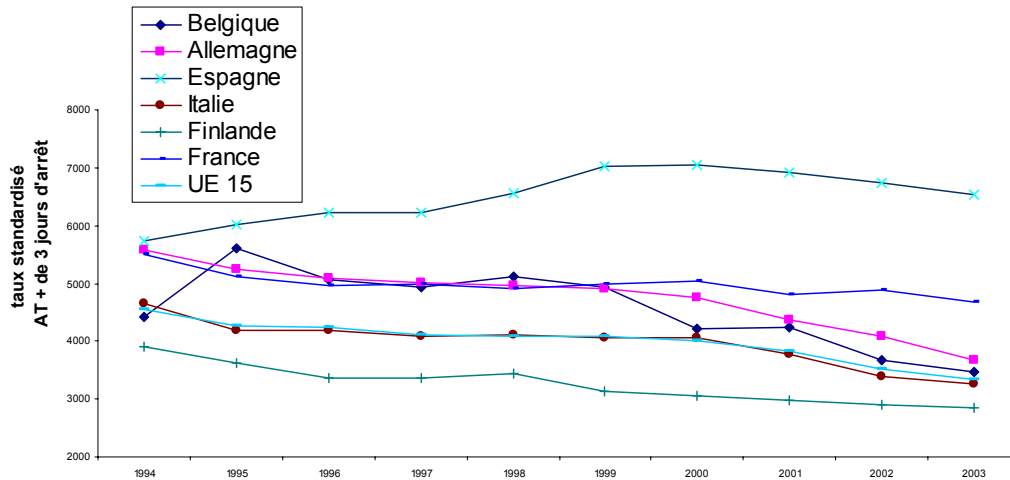
Toutefois, l'indice de fréquence des accidents du travail poursuit sa baisse tendancielle. L'indice de fréquence est le nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail pour 1000 salariés.

**Graphique : L'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt**



Source : CNAMTS (accidents du travail) – INSEE (effectifs salariés) – Calculs DARES –ministère chargé du travail

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.

### Evolution du nombre de maladies professionnelles reconnues

(source : statistiques trimestrielles de la CNAMTS)

	1996 <sup>a</sup>	1997 <sup>a</sup>	1998 <sup>a</sup>	1999 <sup>a</sup>	2000 <sup>a</sup>	2001 <sup>a</sup>	2002 <sup>a</sup>	2003 <sup>a</sup>	2004 <sup>a</sup>	2005 <sup>a</sup>	Variation % (2005/2004)
Nombre de maladies déclarées, constatées, reconnues	13 658	15 554	17 722	24 208	30 224	35 715	41 673	44 653	48 131	52 979	10,07%
Nombre de 1 <sup>er</sup> règlements ou d'incapacité permanente	10 120	11 588	13 127	17 750	21 917	26 717	31 461	34 862	37 422	41 707	11,45%
Nombre de décès	96	95	104	161	239	365	410	517	522	432	-17,24%

a : dénombrement définitif (dénombrement arrêté au 31 décembre de l'année N+2, connu au 1er semestre N+3).

### Evolution du coût des maladies professionnelles

(source : statistiques technologiques de la CNAMTS)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
coût total des pathologies indemnisées en millions d'euros (M€)	412,11	485,3	630,07	635,25	815,12	1121,46	1246,89	1481,79	1613,50	1733,66
indice (base 100 en 1995)	133	156	203	205	262	361	402	477	520	558

### Nombre de visites de contrôle effectuées dans le secteur agricole

Année 2006

Nature des interventions	Contrôles systématiques ou sur réclamations		Autres visites <sup>(3)</sup>	Total des interventions	
	Secteurs concernés <sup>(1)</sup>	Nombre			Salariés <sup>(2)</sup> occupés
Exploitations agricoles et assimilées Secteur 1 et 2		11 707	70 326	1 507	13 214
Travaux forestiers Secteur 3		1 817	8 445	240	2 057
Entreprises de travaux agricoles Entreprises paysagistes Secteur 4		1 924 536	13 245 3 146	340 81	2 264 617
Entreprises artisanales rurales Secteur 5		218	673	47	265
Coopératives agricoles Secteur 6 et 7		1 233	71 362	461	1 694
Organismes professionnels agricoles Secteur 8		389	40 845	177	566
Autres secteurs Secteur 9		1 704	23 708	330	2 034
Ensemble		19 528	231 750	3 183	22 711

Année 2007

Nature des interventions	Contrôles systématiques ou sur réclamations		Autres visites <sup>(3)</sup>	Total des interventions	
	Secteurs concernés <sup>(1)</sup>	Nombre			Salariés <sup>(2)</sup> occupés
Exploitations agricoles et assimilées Secteur 1 et 2		12 030	70 843	1 404	13 434
Travaux forestiers Secteur 3		1 865	8 784	270	2 135
Entreprises de travaux agricoles Entreprises paysagistes Secteur 4		2 256 1 003	13 928 8 513	313 170	2 569 1 173
Entreprises artisanales rurales Secteur 5		178	672	39	217
Coopératives agricoles Secteur 6 et 7		1 166	74 210	558	1 724
Organismes professionnels agricoles Secteur 8		486	39 666	201	687

Autres secteurs Secteur 9	1 973	28 636	430	2 403
Ensemble	20 957	245 252	3 385	24 342

(1) Secteur d'activité retenu pour la fixation des taux de cotisation AT des salariés agricoles.

(2) Effectif de l'établissement relevé lors de la 1<sup>ère</sup> visite de l'année, y compris les salariés saisonniers ou intérimaires inscrits au registre du personnel depuis le 1.01.

(3) Visites auxquelles le service a procédé pour s'assurer que les observations faites lors d'une première visite ont été suivies d'effet.

Le nombre total des interventions dans les entreprises et exploitations est en augmentation (+1631) soit +7,18 % par rapport à l'année 2006.

### Proportion de travailleurs couverts par ces visites.

LES STATISTIQUES SUIVANTES (Source : Caisse centrale de mutualité sociale agricole) concernent l'année 2006, comparée à l'année 2005. Les statistiques concernant 2007 ne sont pas encore disponibles.

SECTEURS PROFESSIONNELS	Nombre d'employeurs	Nombre de salariés	Salariés actifs équivalents temps plein
Culture et élevage	146 167	1 039 456	272 100
Travaux forestiers	6 572	38 583	26 419
Entreprises de travaux agricoles et paysagistes	20 906	139 393	79 699
Artisanat rural	2 392	7 936	5 150
Coopération	5 077	173 715	117 051
Organismes professionnels	8 114	252 840	180 959
Activités diverses	10 933	33 542	13 439
TOTAL 2006	200 161	1 685 465	694 817
RAPPEL 2005	202 698	1 723 180	699 621
EVOLUTION en %	-1.25%	-2.19%	-0.69%

A la lecture de ces chiffres, apparaît pour cette année 2006 une diminution générale du nombre d'employeurs comme du nombre de salariés et d'actifs équivalent temps plein.

Le tableau ci-dessous ventile pour 2006 les salariés en fonction du nombre de jours de travail.

	2005	2006	2006/2005
30 jours et moins	564 062	544 344	- 3.50 %
De 31 à 60 jours	212 133	206 172	- 2.81 %
De 61 à 90 jours	91 692	86 472	- 5.69 %
De 91 à 120 jours	67 481	71 400	5.81 %
De 121 à 150 jours	46 474	43 316	- 6.80%
De 151 à 180 jours	35 922	34 815	- 3.08 %



De 181 à 270 jours	104 288	100 749	- 3.39%
271 jours et plus	601 128	598 197	- 0.49%
Ensemble	1 723 180	1 685 465	- 2.19 %

On note une diminution générale du nombre de salariés saisonniers et une certaine stabilité des permanents. Seule la tranche des travailleurs employés de 91 à 120 jours est en augmentation. Cette évolution générale confirme la tendance à la réduction des emplois dans le secteur agricole.

### Années **2006** et **2007**

#### I - Part de la santé-sécurité dans l'ensemble des suites données aux contrôles :

Nombre d'infractions ayant donné lieu à	Total		Santé-sécurité et médecine du travail	
	2006	2007	2006	2007
Observations écrites	73527	76192	34726	41631
Mises en demeure	628	845	569	703
Référés	5	17	3	7
Procès-verbaux	917	1170	207	307

#### II - Décisions de justice intervenues dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail :

	Nombre de			Nombre de condamnations		
	Classements sans suite	Relaxes	Condamnations	Prison avec ou sans sursis	Affichage du jugement	Autres peines
2006	31	12	55	19	8	36
2007	24	7	34	15	7	28

LES STATISTIQUES SUIVANTES (Source : Caisse centrale de mutualité sociale agricole) concerne l'année **2006**. Les statistiques concernant 2007 ne sont pas encore disponibles.

### ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les résultats communiqués par les SITEPSA font apparaître qu'en matière d'accidents du travail 1869 enquêtes ont été faites et 316 rapports ont été établis (la différence entre le nombre d'enquêtes et le nombre de rapports provient du fait que seuls les accidents particulièrement graves font l'objet d'un rapport. Ces rapports sont communiqués à l'administration centrale.)

En matière d'accidents du travail proprement dits et pour les salariés uniquement, les statistiques établies par la caisse centrale de mutualité sociale agricole font ressortir, pour l'année 2006, les chiffres suivants :

SECTEURS PROFESSIONNELS	NOMBRE D'ACCIDENTS *			
	avec et sans arrêt de travail	avec arrêt de travail	graves non mortels	mortels
Culture et élevage	25 342	19 321	2 696	28
Travaux forestiers	4 759	3 698	536	3
Travaux agricoles	10 489	8 257	782	7
Artisans	585	455	65	s
Coopération	10 355	7 447	922	9
Organismes professionnels	7 283	2 439	472	s
Divers	4 820	1 408	253	-
Apprentis	3 639	2 879	160	-
ENSEMBLE	67 272	45 904	5 886	52
RAPPEL 2005	64 035	43 852	5 259	76

\* source : statistiques MSA 2006

Pour les départements d'ALSACE et MOSELLE :

DEPARTEMENTS CONCERNES	NOMBRE D'ACCIDENTS *			
	avec et sans arrêt de travail	avec arrêt de travail	graves non mortels	mortels
BAS-RHIN	932	582	81	1
HAUT-RHIN	651	446	29	0
MOSELLE	437	309	31	2
ENSEMBLE	2 020	1 337	141	3
RAPPEL 2005	1 960	1 346	137	2

\* source : statistiques MSA 2006

s : donnée confidentielle en application des règles du secret statistique

### MALADIES PROFESSIONNELLES \*

Code	Nature des maladies	Nombre de maladies		Nombre de jours indemnisés
		avec arrêt de travail	graves non mortelles	
001	Tétanos professionnel	-	-	396
005	Leptospiroses	s	-	435
006	Brucelloses professionnelles	-	-	12
010	Affections dues à l'arsenic et ses composés minéraux	-	-	361
011	Affections dues aux phosphates, carbamates et anticholinestérasiques	s	-	61
014	Affections causées par les ciments	s	-	18
015	Mycoses cutanées, péryonyxis et onyxis	3	-	84
016	Affections dues aux bacilles tuberculeux	s	s	553
019	Hémopathies provoquées par le benzène et les produits en renfermant	-	-	548

022	Pneumoconioses suite inhalation poussières avec silice libre	-	s	90
025	Affections dues aux huiles et graisses minérales ou de synthèse	5	4	1 220
028	Affections dues à l'aldéhyde formique et ses polymères	-	s	-
029	Affections dues aux vibrations/chocs d'outils ou de machines	10	10	3273
034	Ulcérations/dermites dues à l'acide chromique, chromates...	s	-	430
036	Affections professionnelles provoquées par les bois	4	-	1 011
039	Affections périarticulaires dues à des gestes et postures	2 470	932	509 165
044	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique	35	12	2 461
045	Affections respiratoires de mécanisme allergique	20	28	4905
046	Surdité provoquée par les bruits lésionnels	s	42	650
047	Affections dues à l'inhalation des poussières d'amiante	s	13	16
048	Affections dues aux solvants organiques liquides	s	-	99
049	Affections dues aux rickettsies	4	-	599
051	Rouget du porc	5	s	382
052	Ornithose - Psittacose	s	s	285
053	Lésions chroniques du ménisque	14	s	2 251
054	Affections respiratoires dues à poussières textiles végétales	-	s	33
056	Infections professionnelles à hantavirus	s	-	20
057	Affections consécutives aux vibrations	122	91	49 472
705	Maladie de Lyme	5	4	596
735	Affections cancéreuses dues aux goudrons, huile de houille...	-	-	94
747	Cancer broncho-pulmonaire dû à l'inhalation de poussières d'amiante	s	-	361
757	Affections consécutives à la manipulation de charges lourdes	88	69	40 705
NA	Non applicable	22	7	4 931
	TOTAL	2 819	1 219	625 517

\* source : statistiques MSA 2006

s : donnée confidentielle en application des règles du secret statistique

### **Les données statistiques suivantes sont issues du Rapport annuel sur l'Etat de la Fonction publique, Faits et Chiffres 2007-2008.**

#### ➤ **Sur les inspections et missions de contrôle**

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.

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

##### **Définitions et méthodes**

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. En 2006, la quasi-totalité des ministères répondent totalement ou partiellement. Aux ministères s'ajoute un certain nombre d'établissements publics. Compte tenu de ses particularités, la Poste est dorénavant comptée à part. En 2006, le ministère de l'Agriculture n'a pas répondu, le ministère de l'Éducation n'a pas donné d'informations sur ses établissements publics, certains services du Premier ministre n'ont pas répondu. Les données de 2005 ont alors été reprises pour ces trois institutions.

### **Résultats**

En 2006, 46 000 accidents du travail et 8 500 accidents de trajet sont survenus dans les ministères et établissements publics sous tutelle. Le taux d'accidents du travail augmente légèrement de 2,5 à 2,6 pour 100 agents, entre 2005 et 2006, tandis que le taux d'accidents de trajet reste stable à 0,4. Le nombre moyen de jours d'arrêt reste au même niveau : 0,4 jour par agent du fait des accidents du travail, 0,1 jour par agent du fait des accidents de trajet.

Dans les grandes administrations ministérielles, le niveau des accidents de travail varie peu mais augmente à l'Éducation. Le ministère de l'Éducation, première administration en effectifs, enregistre le plus grand nombre d'accidents en 2006 (20 265). Son taux d'accidents est néanmoins inférieur à la moyenne, mais augmente relativement à 2005 (1,8 % en 2005 à 2,1 % en 2006). Le ministère de l'Économie est à un niveau stable et plus faible (0,7 % en 2006 comme en 2005).

**Certaines administrations sont davantage soumises au risque d'accidents du travail.** Les 130 000 agents de la Police nationale subissent 11 300 accidents du travail, et le taux de 8,7 % (le plus élevé de toute l'administration) est en hausse par rapport à 2005. De nombreux accidents sont aussi recensés au ministère de l'Équipement (4 000), de la Justice (2 800), de la Défense (2 200). Le taux d'accidents augmente au ministère de la Justice (de 3,8 % à 4 %), mais diminue dans ceux de l'Équipement (de 4 à 3,7 %) et de la Défense (de 3 à 2,7 %). **Le taux d'accidents de trajet varie peu dans la plupart des grandes administrations de 2005 à 2006.** À l'Éducation nationale, il est stable à 0,4 %. Il augmente de 0,5 à 0,6 % dans la Police. Il est inchangé (0,5 %) pour l'Économie et la Défense. Enfin, il diminue de 0,8 % à 0,7 % dans la Justice, de 0,5 % à 0,4 % au ministère de l'Équipement. **Nombre total d'accidents du travail et de trajet et de jours d'arrêt des agents de la fonction publique de l'État de 2003 à 2006**

	Nombre d'accidents	Nombre de jours d'arrêt	Nombre d'accidents/effectif (en %)	Nombre moyen de jours d'arrêt par agent	
<b>Accidents de travail</b>					
2003	41 775	624 171	2,5	0,4	
2004	43 272	597 355	2,4	0,3	
2005	45 579	693 547	2,5	0,4	
2006	45 983	661 429	2,6	0,4	
<b>Accidents de trajet</b>					
2003	7 483	170 396	0,4	0,1	
2004	7 764	171 817	0,4	0,1	
2005	8 742	188 741	0,5	0,1	
2006	8 472	182 206	0,5	0,1	Effectif couvert
<b>Accidents de travail/trajet</b>					
2003	49 258	794 567	2,9	0,5	1 683 759
2004	51 036	769 172	2,8	0,4	1 823 850
2005	54 321	882 288	2,9	0,5	1 846 500
2006	54 455	843 635	3,1	0,5	1 766 918

#### Article 3§4

- 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: services de santé au travail

Le gouvernement français a pris l'initiative, dès 1998, d'une réforme de grande ampleur – mais non d'un bouleversement radical - du système français de médecine du travail conçu en 1946, et ce, afin d'améliorer le fonctionnement d'un réseau couvrant l'ensemble des salariés, d'accroître sa contribution à la sécurité sanitaire générale et de développer une approche pluridisciplinaire (médicale, technique, organisationnelle) demandée par l'Europe. Sur des nombreux points, des convergences sont apparues entre ces orientations et l'accord interprofessionnel « santé-travail » conclu par les partenaires sociaux en 2000.

Portée par la loi du 17 janvier 2002, cette réforme, qui s'est achevée par la parution du décret du 28 juillet 2004, a permis, par la création de services de santé au travail, de contribuer à faire évoluer la médecine du travail vers une culture de promotion de la santé en milieu de travail. Elle a été le fruit d'une réflexion de 5 ans et de chantiers successifs associant l'ensemble des partenaires et s'est articulée autour de trois volets : la ressource médicale, la pluridisciplinarité et la modernisation des structures de la médecine du travail.

La réforme a permis, par la création de services de santé au travail, de contribuer à faire évoluer la médecine du travail vers une culture de promotion de la santé en milieu de travail.

Toutefois, dès 2006, les professionnels du secteur de la santé au travail ont régulièrement fait part de leurs difficultés à faire face aux obligations réglementaires qui sont les leurs dans un contexte de ressource médicale particulièrement défavorable. Cette situation a conduit le gouvernement à engager rapidement des travaux d'évaluation et de prospection permettant d'envisager les évolutions nécessaires du système de santé au travail.

Un bilan de la réforme a été confié à une équipe pluraliste composée de l'IGAS, de l'IGAEN et de deux professeurs de médecine du travail – les Professeurs CONSO et FRIMAT afin de tirer les premiers enseignements des apports de la réforme de la médecine du travail après deux ans de mise en œuvre et d'effectuer des propositions en matière d'évolution des métiers concourant à la santé au travail a été présenté au ministre du travail en novembre 2007.

La mission pluraliste prend acte d'un système de santé au travail encore trop fondé sur des obligations de moyens. Ses propositions sont organisées autour de quatre axes :

- Mettre la prévention au centre de l'activité des services de santé au travail
- Se donner les moyens de la prévention : ressources humaines et recherche
- Organiser la prévention : du contrôle à la régulation du dispositif
- Ouvrir une période d'expérimentation encadrée.

Souhaitant que l'évolution du système de santé au travail fasse l'objet d'une large concertation, le gouvernement a sollicité l'avis du conseil économique et social, avis qui a été rendu le 13 février 2007.

### **Les évolutions envisagées concernent :**

- les missions et l'organisation des services de santé au travail : L'objectif est de renforcer l'efficacité de l'action des services de santé au travail en donnant la priorité à l'action en milieu du travail à travers des actions de prévention collectives, qui intègrent la santé dans toutes ses dimensions, tout en conservant le maintien d'une approche individuelle adaptée aux différents besoins des salariés. Ce souci de l'efficacité implique de ré-interroger les modalités du suivi médical individuel pour mieux les adapter à l'état de santé du travailleur et aux risques professionnels auxquels il est exposé.

Par ailleurs, s'agissant des salariés qui ne bénéficient pas d'un suivi médical satisfaisant du fait de leurs conditions de travail ou de leur statut – salariés saisonniers, travailleurs temporaires, salariés des entreprises sous-traitantes,

salariés des particuliers..., il est proposé de réfléchir à la mise en place d'un suivi et d'actions de prévention appropriés.

- le pilotage des services de santé au travail : il est proposé de mettre en place un pilotage régional de la santé au travail pour définir des orientations régionales des services de santé au travail, à partir des priorités nationales, aboutissant à un schéma régional de la santé au travail.

- une révision des modalités de financement des services de santé au travail pour asseoir leur indépendance et la logique de prévention (assiette des cotisations, modalités de collecte).

A l'issue de cette phase de concertation sociale, un projet de loi sera soumis au Parlement dès 2009.

### **Agriculture**

Les services de santé au travail :

Dans le prolongement du décret du 29 juillet 2004 qui a réorganisé le fonctionnement des services médicaux du travail en agriculture, le décret du 23 janvier 2006 a réformé de manière importante le financement de la médecine du travail en agriculture, permettant à chaque service de santé au travail de disposer des moyens nécessaires à l'exercice de leurs missions grâce à un plan de financement des services de santé au travail qui a été adopté par le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole.

La santé au travail au sein des sections de santé au travail des caisses de mutualité sociale agricole est assurée par un réseau composé de 384 médecins du travail, représentant 338 équivalents temps plein (ETP) et d'un personnel administratif et paramédical s'élevant à 421 personnes correspondant à 352 ETP.

En ce qui concerne les moyens financiers, ceux-ci sont assurés par une cotisation à la charge des employeurs et assise sur les salaires. En 2006 chaque caisse de mutualité sociale agricole a fixé un taux dont la moyenne reste à 0,43 %, comme pour l'année 2005. En 2007, aboutissement de la réforme du financement des services de santé au travail en agriculture, c'est la caisse centrale de la mutualité sociale agricole qui a fixé un taux unique pour tout le territoire, 0,44%. Cette réforme a aussi donné lieu en 2007 aux derniers textes nécessaires à sa mise en place, il s'agit notamment du décret n° 2007-419 du 23 mars 2007 relatif au financement des services de santé au travail en agriculture et modifiant le code rural (partie réglementaire).

### **Fonction publique**

La médecine de prévention dans la fonction publique d'Etat est encadrée par le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité et à la médecine de prévention dans la fonction publique. Les deux grands types de missions qui sont confiées au médecin de prévention sont :

- l'action sur le milieu professionnel (tiers temps)
- la surveillance médicale des agents.

Un certain nombre de garanties sont accordées aux médecins de prévention de façon à assurer leur indépendance (notamment concernant leur recrutement et leur licenciement). Ils reçoivent de plus une lettre de mission au moment de leur prise de fonction (art. 11.1 du décret du 28 mai 1982), lettre qui précise les services et établissements rentrant dans le champ de compétence, les objectifs des fonctions, la vacation horaire et, éventuellement, rappelle le principe d'indépendance, le rattachement fonctionnel, les conditions matérielles d'exercice.

#### ➤ **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'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 et 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 comité d'hygiène et de sécurité (CHS).

Le médecin de prévention est également amené à jouer un **rôle consultatif** important sous la forme d'avis ou d'observations écrites. Ainsi, en application de l'article 18 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, *« le médecin chargé de la prévention, attaché au service auquel appartient le fonctionnaire dont le cas est soumis au comité médical ou à la commission de réforme, est informé de la réunion et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion ; il remet obligatoirement un rapport écrit dans les cas prévus aux articles 26, 32, 34 et 43 du décret »*, à savoir :

- dans tous les cas où un fonctionnaire demande le bénéfice des dispositions de l'article 34 (2°) 2ème alinéa, de la loi du 11 janvier 1984 (maladie provenant de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L.27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou accidents survenus dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions) (article 26 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un congé de longue durée est demandé pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions (article 32 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un chef de service estime que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier sa mise en congé d'office de longue maladie ou de longue durée (article 34 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un fonctionnaire ayant bénéficié d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée envisage la possibilité de reprendre ses fonctions (article 43 du décret de 1986).

Enfin, 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. L'article 1er du décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 prévoit sur ce point que : *« Lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente, et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'administration, après avis du médecin de prévention, dans l'hypothèse où l'état de ce fonctionnaire n'a pas rendu nécessaire l'octroi d'un congé de maladie, ou du comité médical, si un tel congé a été accordé, peut affecter ce fonctionnaire dans un emploi de son grade, dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer les fonctions correspondantes. »*

L'article 11 alinéa 2 du décret de 1982 prévoit que les médecins de prévention *« sont assistés par des infirmiers et infirmières et, le cas échéant, par des secrétaires médicaux. »*

Il revient à chaque administration de déterminer, en concertation avec son ou ses médecins de prévention, si les effectifs relevant du service de médecine de prévention rendent nécessaire la présence d'un ou de plusieurs secrétaires médicaux.

### **Panorama interministériel de la mise en œuvre du suivi médical**

L'application de ces obligations réglementaires est globalement observée avec, malgré tout, de fortes disparités entre les ministères.

De manière générale, il faut souligner que l'obligation de surveillance médicale particulière est observée par l'ensemble des ministères dans la mesure où elle concerne des critères de suivi généraux. Les populations concernées recouvrent essentiellement les agents atteints de maladies chroniques, les femmes enceintes, les personnes handicapées, les agents changeant d'activité, les travailleurs de moins de 18 ans et, en application de l'article 24 du décret du 28 mai 1982, leur périodicité est au moins annuelle.

Le ministère de la défense présente, de toute évidence, les contraintes réglementaires les plus strictes. La visite médicale obligatoire pour le personnel civil est régie par un arrêté du 2 mai 2005. Le suivi des agents soumis aux visites médicales spéciales ou particulières s'effectue selon les fréquences prévues par le code du travail.

L'assiduité du suivi médical particulier est réelle même si 100% des agents n'ont pas bénéficié de cette visite médicale en 2006.

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

#### **Réponse**

L'effectif de salariés pris en compte dans cette approche est l'effectif surveillé par les services de santé au travail selon les déclarations effectuées dans les rapports administratifs et financiers des services, au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Au 1er janvier 2007, la population surveillée, par la médecine du travail, s'élève à 15 499 889 salariés.

### **Evolution de l'effectif de salariés suivis par les services de santé au travail**

<b>ANNEE</b>	<b>EFFECTIF *</b>
1995	2 464 485
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	15 499 900

\*chiffres arrondis à la centaine la plus proche

### **Répartition des services de santé au travail par catégorie**

Nombre de services de santé au travail
--

ANNEE	Services autonomes				Services inter-entreprises	Total Services
	Total	ETSE*	Dont 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	649	515	117	15	311	958

\*ETSE: services d'entreprises \*\* I-ETB : services interétablissements  
 \*\*\* UES : unité économique et sociale

### Evolution des effectifs de médecins du travail (contrats de travail) au 1<sup>er</sup> janvier 2007

Au 1er janvier de l'année	Temps plein		Temps partiel		Total
	Nombre	%	Nombre	%	
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,	3 876	55,0	7 067
2003	3295	46,5	3788	53,5	7083
2004	3557	48,3	3802	51,7	7359
2005	3540	48,3	3741	51,7	7331
2006	3234	49,2	3339	50,8	6573
2007	3216	47,8	3519	52,2	6735

La pratique répandue des temps partiels et l'existence de pluri-contrats ne rendent pas pertinents un décompte en personnes physiques mais exige de calculer des équivalences en temps plein. Il faut rappeler qu'en tendance, la situation reste très préoccupante car plus 17,5% des médecins du travail ont 60 ans et plus, 51 % ont 55 ans et plus, 75% ont 50 ans et plus.

Le nombre de contrats de médecins du travail est de 6735 au 1<sup>er</sup> janvier 2007. 52 % des médecins du travail travaillent à temps partiel.

### Effectif des personnels des services de santé au travail au 1<sup>er</sup> janvier 2007 :

- En ce qui concerne le **personnel infirmier** : 3695 agents sont recensés; 203 travaillent en services interentreprises.
- 413 **intervenants en santé au travail** (IST) et 14 intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) exercent au titre de la pluridisciplinarité.
- 5531 **secrétaires médicales** assistent les médecins du travail. La plupart travaillent en service médical interentreprises (4974 secrétaires).

- S'y ajoutent 2048 agents relevant des personnels administratifs (dont chauffeur, personnes d'accueil, personnel permanent d'entretien).

## BILAN 2006 DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL EN AGRICULTURE

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

	2002	2003	2004	2005 <sup>(1)</sup>	2006 <sup>(2)</sup>
Total salariés (*)	1 634 514	1 609 214	1 582 979	1 573 001	1 635 134
Salariés ayant travaillé au moins 40 jours par an (*)	868 073	863 317	849 546	847 060	851 221

(\*) Source : OES Observatoire du salariat - (1) Données 2004 (2) Données 2005

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
148 624	32 555	4 301	185 480

(\*) Source : Données OES 2005

Les très petites entreprises constituent l'essentiel des entreprises, ceci signifie pour les services de santé au travail, un salariat dispersé et de ce fait plus difficile à atteindre. Le total des entreprises est une fois encore en diminution. (186 258 en 2005).

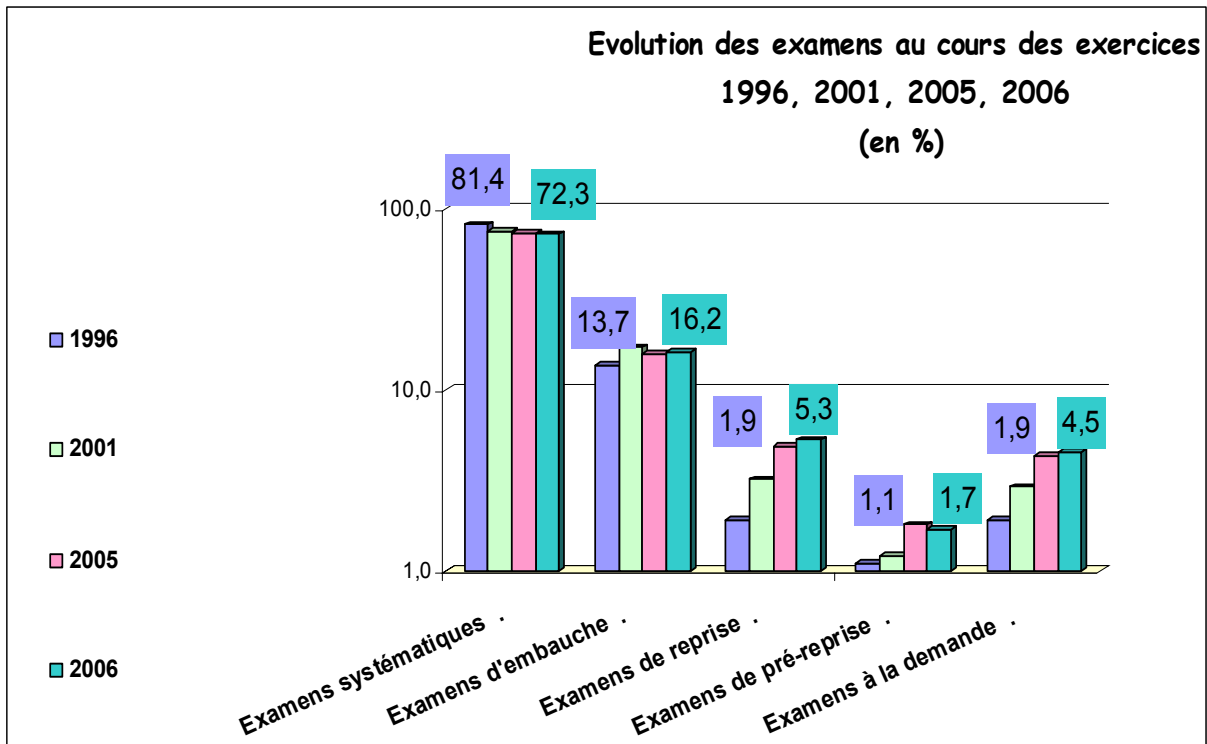
Les examens médicaux :

Le nombre d'examens médicaux réalisé pour les salariés agricoles s'est élevé à près de 400 000 (soit une baisse de 1,7 % comparativement à 2005). C'est bien une diminution des examens systématiques (-2,8 %) au profit des autres examens, notamment des examens de reprise (6,4 %), et à la demande (2,6 %). Une comparaison en poids relatif de même nature sur une période de 10 ans (2006-1996) fait apparaître une baisse de 9 points des examens systématiques, une progression des examens d'embauche (+3 points), des examens de pré-reprise (+1 point), de reprise (+3 points) et des examens à la demande (+3 points).

En ce qui concerne les examens de pré-reprise dont le nombre est significatif, leur motif est pour 32 % d'entre eux lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle, la demande émane du médecin conseil pour 51 % et du salarié pour 43 %.

En ce qui concerne les examens à la demande, 38 % sont déclenchés à l'initiative du salarié, 36 % à la demande du médecin du travail, 20 % à la demande de l'employeur et plus de 5 % à l'initiative du médecin traitant.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des examens au cours des exercices 1996, 2001, 2005 et 2006 :



### Le tiers temps :

L'activité dite de tiers temps a représenté plus de 60 000 heures de travail du médecin, soit 15,4 % (14,6 % en 2005), donc une progression de 7 %.

L'année 2006 a été une année de changement en matière d'actions en milieu de travail, et ce afin de prendre en compte le nouveau Plan Santé Sécurité au Travail 2006/2010 (PSST) mis en place par la Caisse Centrale de la mutualité sociale agricole et décliné ensuite par chaque caisse locale. Ce plan fixe des priorités d'actions pour les services de santé au travail et pour les services de prévention qui sont ainsi tenus de coordonner leurs interventions auprès des entreprises et des salariés agricoles. Il s'organise autour de trois axes : la population, les risques professionnels et les secteurs professionnels.

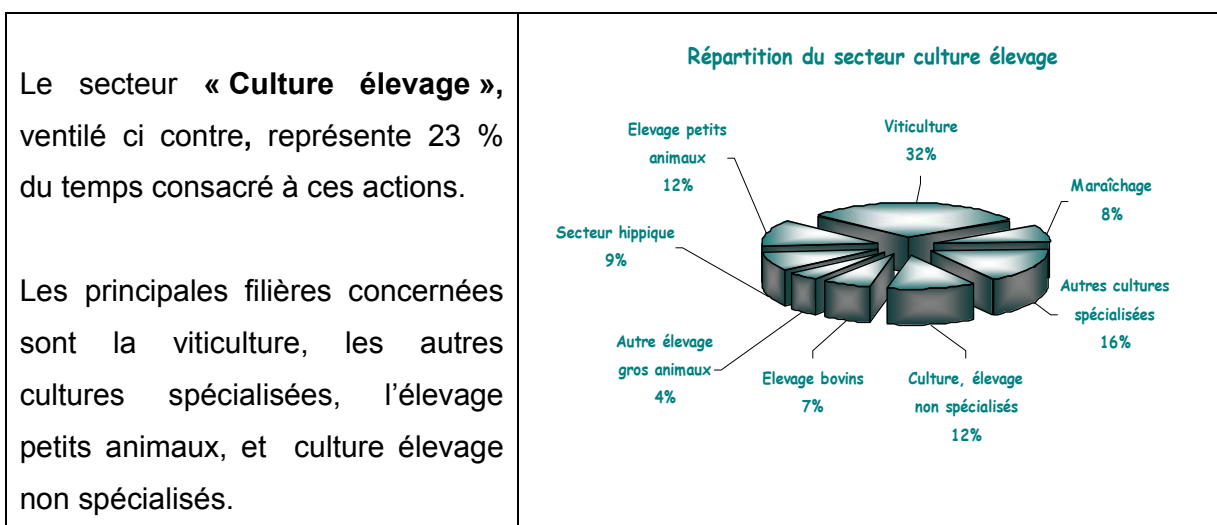
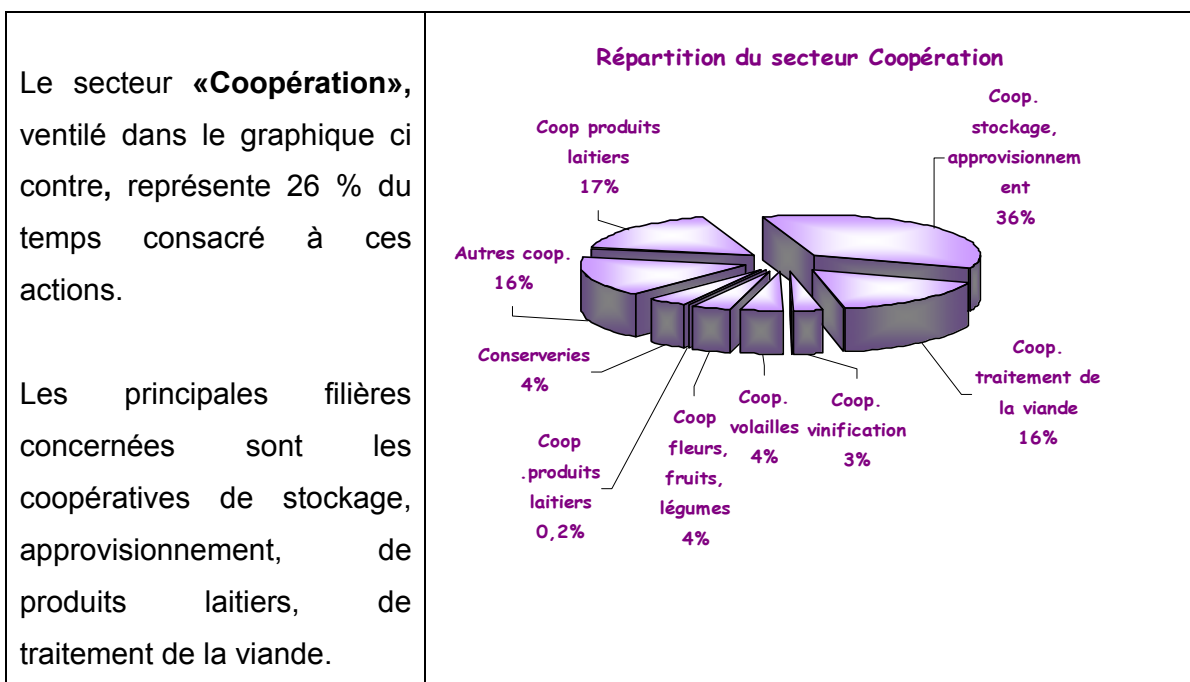
Ainsi le bilan 2006 permet une photographie des actions de tiers temps en fonction d'une population, d'un risque ou d'un secteur.

Les populations devant prioritairement bénéficier d'une surveillance médicale sont les travailleurs saisonniers, les travailleurs vieillissants et ceux les plus exposés aux risques professionnels nécessitant une surveillance médicale renforcée.

Les médecins du travail ont aussi consacré 27,6% de leur tiers-temps à des actions inscrites dans une priorité « Risque » :

- ❑ Le risque chimique, dont les produits phytosanitaires représentent la quasi-totalité
- ❑ Les risques physiques, dominés par les troubles musculo squelettiques et les lombalgies (69 % de ce type de risque)
- ❑ Le risque biologique, dont les trois quarts correspondent aux zoonoses.
- ❑ Le risque psychosocial, investissement important des médecins suite à l'enquête «Agressions en MSA », et dans l'appropriation et la mise en œuvre du « Protocole de Prise En Charge des Victimes d'Agression au travail » (PECVAT) diffusé dans le réseau en 2006.

En ce qui concerne les priorités par « secteurs professionnels », les médecins du travail y ont consacré 52,3% de leur tiers-temps. Les deux tableaux ci-dessous présentent la répartition de leur temps d'intervention dans les deux principaux secteurs professionnels concernés.



Les différentes actions sont les visites d'entreprises, les analyses de postes, l'évaluation des risques et les diagnostics prévention, ainsi que la réalisation d'études et enquêtes. On constate que ces dernières actions ont été réalisées principalement dans les secteurs « Culture élevage », « Coopératives », « Divers » et « organismes professionnels agricoles ».

D'une manière générale, les médecins du travail ont consacré 32% de leur tiers-temps à assister à des réunions.

Les médecins du travail suivent aussi d'autres populations :

- Les élèves de l'enseignement agricole :

Les interventions des médecins du travail auprès des élèves des établissements d'enseignement agricole, publics ou privés, s'inscrivent souvent dans le cadre des dérogations dont ont besoin les élèves de moins de 18 ans appelés à utiliser du matériel réputé dangereux.

Ces interventions progressent depuis la réforme réglementant ces interventions et leur coût

- Les exploitants agricoles :

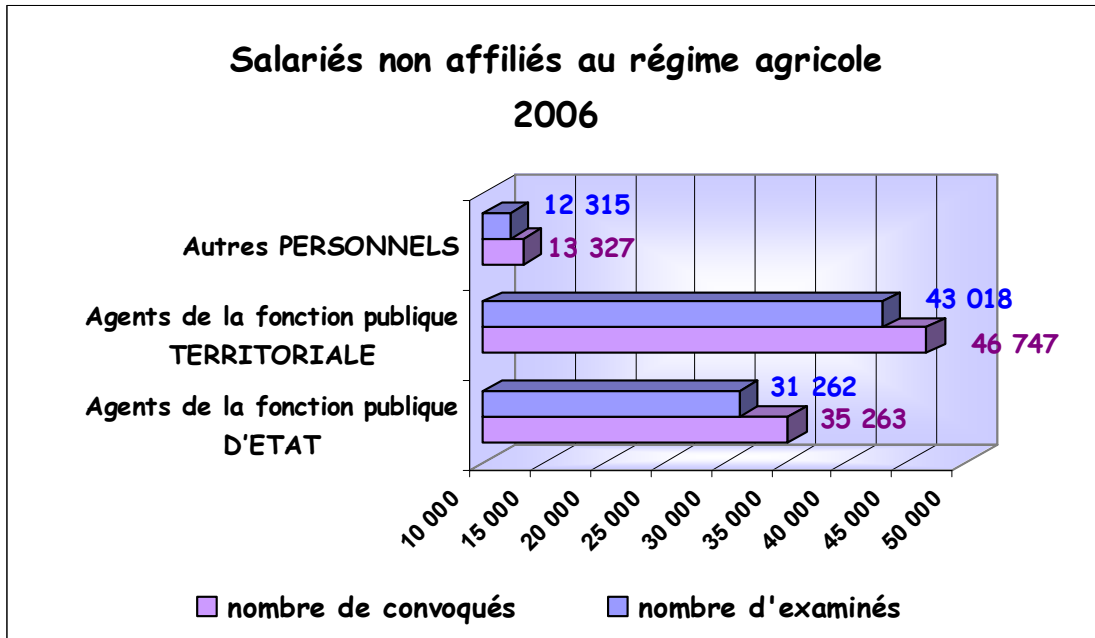
Le nombre d'exploitants adhérents aux services de santé au travail, lui donnant droit aux mêmes garanties qu'au salarié, diminuent du fait de la mise en place de l'assurance AT des exploitants, dite loi ATEXA. Les actions individuelles ou collectives menées dans ce cadre, quant à elles, augmentent de manière très importante. Elles représentent 13,6 médecins du travail ETP qui donnent lieu à une prise en charge financière par le fonds national de prévention des risques professionnels des exploitants agricoles.

<b>Personnes examinées</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Exploitants agricoles (adhér. volont.)	38	14
Elèves de l'enseignement agricole public	5 432	7 146
Elèves de l'enseignement agricole privé	4 012	4 368
Elèves des maisons familiales (MFR)	5 115	5 741
Elèves de l' AFASEC	285	185

- Les salariés non affiliés au régime agricole :

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





**Annexe : liste des principaux textes, concernant notamment le secteur agricole, dans le domaine de la santé au travail, adoptés en 2006 et 2007 (hors arrêtés annuels portant agrément)**

LOI N. 2006-11 du 2006/01/05 JOURNAL OFFICIEL du 2006/01/06 Loi d'orientation agricole. (art. 22).

DECRET N. 2006-42 du 2006/01/13 JOURNAL OFFICIEL du 2006/01/14 Travail de nuit des jeunes travailleurs et apprentis de moins de dix-huit ans et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

DECRET N. 2006-55 du 2006/01/17 JOURNAL OFFICIEL du 2006/01/19 Prévention des risques technologiques et à la sécurité du personnel et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

DECRET N. 2006-111 du 2006/02/02 JOURNAL OFFICIEL du 2006/02/05 Indemnités des stagiaires de rééducation professionnelle accidentés du travail, à l'allègement de certaines procédures relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles et modifiant le code de la sécurité sociale et le code rural (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

DECRET N. 2006-133 du 2006/02/09 JOURNAL OFFICIEL du 2006/02/20 Valeurs limites d'exposition professionnelle contraignantes à certains agents chimiques dans l'atmosphère des lieux de travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décret en Conseil d'Etat).

DECRET N. 2006-646 du 2006/05/31 JOURNAL OFFICIEL du 2006/06/02 Modification de la nomenclature des installations classées.

DECRET N. 2006-761 du 2006/06/30 JOURNAL OFFICIEL du 2006/07/01  
Protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

DECRET N. 2006-892 du 2006/07/19 JOURNAL OFFICIEL du 2006/07/20  
Prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dues au bruit et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décret en Conseil d'Etat)

DECRET N. 2006-1072 du 2006/08/25 JOURNAL OFFICIEL du 2006/08/29  
Protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

DECRET N. 2006-1293 du 2006/10/20 JOURNAL OFFICIEL du 2006/10/22  
Allègement de la procédure relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

DECRET N. 2006-1386 du 2006/11/15 JOURNAL OFFICIEL du 2006/11/16  
Conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

DECRET N. 2006-1665 du 2006/12/22 JOURNAL OFFICIEL du 2006/12/24  
Application de l'article L. 231-2-1 du code du travail et modifiant le décret n° 99-905 du 22 octobre 1999 relatif aux commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture.

ARRETE du 2006/01/11 JOURNAL OFFICIEL du 2006/01/24  
Visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France.

ARRETE du 2006/01/13 JOURNAL OFFICIEL du 2006/02/07  
Modification de l'arrêté du 26 octobre 2005 relatif aux modalités de formation de la personne compétente en radioprotection et de certification du formateur.

ARRETE du 2006/01/26 JOURNAL OFFICIEL du 2006/02/10  
Fixation pour 2006 des taux de cotisations dues au régime de l'assurance obligatoire des salariés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et de la part des cotisations affectées à chaque catégorie de dépenses de ce régime.

ARRETE du 2006/02/09 JOURNAL OFFICIEL du 2006/02/10  
Modification de l'arrêté du 30 juin 2004 établissant la liste des valeurs limites d'exposition professionnelle indicatives en application de l'article R.232-5-5 du code du travail.

ARRETE du 2006/03/03 JOURNAL OFFICIEL du 2006/03/18  
Prescriptions techniques relatives aux structures de sécurité anti-retournement équipant les tracteurs agricoles ou forestiers en service.

ARRETE du 2006/04/14 JOURNAL OFFICIEL du 2006/04/23

Conditions d'agrément d'organismes habilités à procéder aux mesures d'activité volumique du radon dans les lieux ouverts au public.

ARRETE du 2006/05/15 JOURNAL OFFICIEL du 2006/06/15

Conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées et contrôlées et des zones spécialement réglementées ou interdites compte tenu de l'exposition aux rayonnements ionisants, ainsi qu'aux règles d'hygiène, de sécurité et d'entretien qui y sont imposées.

ARRETE du 2006/08/08 JOURNAL OFFICIEL du 2006/10/11

Publication des références des normes réputées permettre de satisfaire aux règles techniques définies par les articles R. 233-84 et R. 233-151 du code du travail et les annexes qu'ils prévoient.

ORDONNANCE N.2007-329 du 2007/03/12 JOURNAL OFFICIEL du 2007/03/13

Relative au code du travail (partie législative)

DECRET N. 2007-1121 du 2007/07/19 JOURNAL OFFICIEL du 2007/07/21

Tableaux des maladies professionnelles en agriculture annexés au livre VII du code rural.

DECRET N. 2007-1539 du 2007/10/26 JOURNAL OFFICIEL du 2007/10/28 Valeurs limites d'exposition professionnelle contraignantes pour certains agents chimiques et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

DECRET N. 2007-1570 du 2007/11/05 JOURNAL OFFICIEL du 2007/11/07

Protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants et modifiant le code du travail (dispositions réglementaires).

ARRETE du 2006/12/29 JOURNAL OFFICIEL du 2007/01/25

Réception européenne en ce qui concerne certains éléments et caractéristiques des tracteurs agricoles ou forestiers à roues.

ARRETE du 2006/12/29 JOURNAL OFFICIEL du 2007/01/25

Réception européenne en ce qui concerne le niveau sonore aux oreilles des conducteurs des tracteurs agricoles ou forestiers à roues.

ARRETE du 2007/02/07 JOURNAL OFFICIEL du 2007/02/17

Modification de l'arrêté du 9 novembre 2004 définissant les critères de classification, l'emballage et l'étiquetage des préparations dangereuses et transposant la directive 2006/8/CE de la Commission du 23 janvier 2006 modifiant, aux fins de leur adaptation au progrès technique, les annexes II, III et V de la directive 1999/45/CE du Parlement européen et du conseil concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des états membres relative à la classification, à l'emballage et à l'étiquetage des préparations dangereuses.

ARRETE du 2007/02/22 JOURNAL OFFICIEL du 2007/03/01

Travaux de confinement et de retrait de matériaux non friables contenant de l'amiante présentant des risques particuliers en vue de la certification des entreprises chargées de ces travaux.

ARRETE du 2007/02/22 JOURNAL OFFICIEL du 2007/03/01  
Conditions de certification des entreprises réalisant des travaux de retrait ou de confinement de matériaux contenant de l'amiante.

ARRETE du 2007/05/04 JOURNAL OFFICIEL du 2007/05/16  
Mesure de la concentration en fibres d'amiante sur les lieux de travail et aux conditions d'accréditation des laboratoires.

ARRETE du 2007/05/04 JOURNAL OFFICIEL du 2007/05/10  
Catégorie d'équipements de travail susceptibles de ne pas permettre de respecter les valeurs limites d'exposition fixées au I de l'article R. 231-119 du code du travail.

ARRETE du 2007/07/03 JOURNAL OFFICIEL du 2007/07/24  
Catégories d'équipements de travail susceptibles de ne pas permettre de respecter les valeurs limites d'exposition fixées au I de l'article R. 231-1139 du code du travail.

ARRETE du 2007/07/04 JOURNAL OFFICIEL du 2007/07/20  
Modification de l'arrêté du 14 avril 2006 relatif aux conditions d'agrément d'organismes habilités à procéder aux mesures d'activité volumique du radon dans les lieux ouverts au public.

ARRETE du 2007/07/31 JOURNAL OFFICIEL du 2007/08/29  
Homologation nationale par type des tracteurs agricoles ou forestiers appartenant à une des catégories mentionnées à l'article 8 du décret n° 2005-1236 du 30 septembre 2005.

ARRETE du 2007/10/26 JOURNAL OFFICIEL du 2007/10/28  
Méthode de mesure à mettre en oeuvre pour le contrôle de la valeur limite d'exposition professionnelle relative aux fibres céramiques réfractaires.

ARRETE du 2007/10/26 JOURNAL OFFICIEL du 2007/10/28  
Modification de l'arrêté du 30 juin 2004 modifié établissant la liste des valeurs limites d'exposition professionnelle indicatives en application de l'article R. 232-5-5 du code du travail.

ARRETE du 2007/12/21 JOURNAL OFFICIEL du 2007/12/28  
Modification de l'arrêté du 26 octobre 2005 relatif aux modalités de formation de la personne compétente en radioprotection et de certification de formateur.

ARRETE du 2007/12/21 JOURNAL OFFICIEL du 2007/12/28  
Modification de l'arrêté du 6 décembre 2003 relatif aux conditions de délivrance du certificat et de l'agrément pour les organismes en charge de la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants.

### ***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

**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

#### **Politique générale de santé publique : la loi relative à la politique de santé publique (LPSP)**

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 affirme la responsabilité de l'État qui fixe des objectifs pluriannuels d'amélioration de santé de la population et définit des orientations stratégiques dans des domaines jugés prioritaires. Elle affirme aussi le rôle du Parlement qui débat et valide par son vote ces objectifs et ces orientations, et devant lequel le gouvernement rendra compte de la mise en œuvre de cette politique et de l'évaluation de son impact à intervalles réguliers. La définition d'un cadre de référence clair et cohérent a pour ambition de conjuguer les efforts des multiples acteurs de santé publique et d'améliorer leur efficacité d'ensemble. La loi vise à simplifier et à rationaliser l'organisation du système et met en place ou renouvelle les structures d'expertise (Haut conseil de la santé publique), de concertation (conférences nationale et régionales de santé), de programmation (plans stratégiques, plan régional de santé publique) et de coordination des financeurs et des acteurs (Comité national de santé publique et Groupement régional de santé publique).

La loi du 9 août 2004 définit également le champ de la santé publique : épidémiologie, prévention, qualité et sécurité des soins et produits de santé, organisation du système de santé, amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, identification et réduction des risques liés à l'environnement, y compris les conditions de travail, information et éducation à la santé, démographie des professions de santé.

L'amélioration de la santé de la population française passe par une approche visant à réduire la mortalité prématurée, à lutter contre les inégalités de santé et à prendre en compte dans leur globalité les déterminants de la santé. C'est ce que doit permettre le développement d'une approche programmée et coordonnée visant l'atteinte d'objectifs fixés à l'avance en fonction de résultats attendus pour la population. Le déséquilibre actuellement constaté entre soins et prévention est en fait pour une large part un déficit de programmation et d'organisation.

Plus que sur le montant des ressources affectées, les structures mises en place ou les actions mises en œuvre, la loi affirme que c'est sur l'amélioration de la santé de la population que doit, au bout du compte, se juger l'impact de la politique de santé publique. Dans une démarche non contraignante, la loi relative à la politique de la santé publique a donc proposé à la représentation nationale de s'engager sur des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes de population ayant des traits communs, à une échéance pluriannuelle (5 ans).

Les 100 objectifs inscrits dans le rapport annexé à la loi représentent des améliorations de l'état de santé à obtenir avec les connaissances et la technologie disponibles, en termes de santé (réduire la mortalité par cancer du sein, réduire la fréquence des complications du diabète, améliorer la qualité de vie des patients présentant une insuffisance rénale chronique, ...), ou de déterminants (réduire la consommation de tabac, réduire l'exposition aux polluants atmosphériques, ...). Il reste toutefois essentiel de bien comprendre l'articulation entre la définition de ces objectifs de santé et le choix des actions à mettre en œuvre.

L'évolution de la santé de la population reflètera l'impact d'une multitude d'actions au niveau national, régional et local qu'il s'agisse d'actions coordonnées au sein des plans stratégiques prévus par la loi, de programmes spécifiques, ou des plans régionaux de santé publique, mais aussi des actions entreprises de façon autonome par chacun des acteurs du système de santé, ou, de façon plus générale, par tous ceux dont les actions peuvent affecter les déterminants de la santé.

La définition et le suivi d'objectifs de santé pour la population ne dispense donc pas de répartir au mieux les ressources disponibles, d'organiser les actions au niveau national et au plan régional, de définir leurs objectifs propres et de procéder à l'évaluation de leur mise en œuvre et de l'atteinte de leurs objectifs. La définition de stratégies d'action coordonnées prioritaires prend ici tout son sens, au niveau national comme au niveau régional et local.

Les plans stratégiques pluriannuels définis au niveau national s'adressent ainsi à des problèmes de santé dont le retentissement est important et pour lesquels il est apparu particulièrement nécessaire d'organiser la coordination des actions d'intervenants multiples sur plusieurs années. Cette démarche de planification stratégique donne une meilleure lisibilité aux efforts consentis pour améliorer la santé.

Mais, si la santé publique doit être pensée globalement, c'est sur le terrain que se jouent la pertinence et l'efficacité des actions mises en œuvre. La loi confirme le

niveau régional comme l'échelon territorial optimal de définition et de coordination de la mise en œuvre des politiques de santé publique et met en place les structures permettant le développement et la mise en œuvre coordonnée des actions au niveau de chaque région. Les conférences régionales de santé assurent une fonction de concertation préalable à l'établissement des objectifs pluriannuels de chaque région, permettant, en particulier, de mieux intégrer les spécificités de chaque territoire. L'ensemble des actions et des programmes régionaux de santé sont priorisés et regroupés dans un plan régional de santé publique qui permet d'afficher et de suivre les actions poursuivies dans la région sous la coordination de l'État (le conseil régional peut également définir des objectifs particuliers à la région et conduire des actions en rapport). Enfin, la loi propose un mécanisme permettant aux différentes structures intervenant en santé publique de s'associer dans un Groupement Régional de Santé Publique, constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public, structure administrative légère qui permettent d'associer de nombreux partenaires aux formes juridiques variées. Les collectivités territoriales, au premier rang desquelles les régions, mais également les départements ou les communes, peuvent adhérer si elles le souhaitent au groupement régional de santé publique. Elles conservent la liberté de s'en retirer selon les règles d'une grande souplesse propres aux groupements d'intérêt public.

### **Mortalité infantile et maternelle : le plan périnatalité 2005-2007**

Conformément à la LPSP, ce plan présente un double objectif quantifié global : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5.5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100.000.

Les principales mesures sont les suivantes :

- entretien individuel et/ou en couple du 4e mois.

Le suivi de la grossesse est axé sur un bilan général et obstétrical dans le cadre de 7 examens prénataux obligatoires. Ce suivi est complété par une préparation à la naissance au cours de séances collectives. En plus de ce dispositif antérieur au plan, un entretien individuel et/ou en couple est proposé à toutes les femmes enceintes au cours du 4e mois. Il permet aux femmes d'évoquer toutes les questions qu'elles se posent au moment de leur grossesse et qui ne relèvent pas du domaine des soins.

- développement des réseaux de périnatalité.

Les réseaux de périnatalité permettent de développer la coordination inter-hospitalière public/privé et ville-hôpital. Ils associent les médecins et sages-femmes de ville, la protection maternelle et infantile, les hôpitaux publics et privés.

- renforcement de la sécurité par des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels.

Le plan prévoit des créations de postes de 480 sages-femmes, 370 praticiens hospitaliers, 1300 infirmiers et un financement de nouveaux équipements et de nouveaux personnels afin de mettre les maternités en conformité avec les décrets d'octobre 1998.

- mise aux normes des services de réanimation pédiatrique.



Deux niveaux de prise en charge de réanimation pédiatrique sont définis : la réanimation pédiatrique et la réanimation pédiatrique spécialisée. Cette organisation-cible doit permettre un maillage du territoire garantissant une prise en charge de première intention partout où cela s'avère nécessaire pour les nourrissons et les enfants.

Une commission nationale de la naissance a été installée pour le suivi du plan. L'évaluation de ce plan est actuellement en cours de finalisation.

**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

### **Statistiques sur les principaux indicateurs de santé**

En 2007, le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 206,5 milliards d'euros, soit 10,9 % du produit intérieur brut (PIB). La dépense totale de santé, agrégat retenu pour les comparaisons internationales, qui représentait 11,0 % du PIB en 2006, place la France en troisième position des pays membres de l'OCDE.

#### **Espérance de vie à la naissance**

L'espérance de vie à la naissance a franchi en 2006 la barre des 84 ans pour les femmes et de 77 ans pour les hommes.

#### **• Espérances de vie\* à la naissance et à 65 ans, par sexe**

**Années Hommes Femmes Hommes Femmes**

<b>1994</b>	73,6	81,8	16,2	20,7
<b>1996</b>	74,1	82,0	16,1	20,7
<b>1998</b>	74,7	82,4	16,4	20,9
<b>2000</b>	75,3	82,8	16,7	21,2
<b>2001</b>	75,4	82,9	16,9	21,4
<b>2002</b>	75,7	83,0	17,1	21,4
<b>2003</b>	75,8	82,9	17,1	21,2
<b>2004</b>	76,7	83,8	17,7	22,1
<b>2005</b>	76,7	83,7	17,7	22,0
<b>2006 (p)</b>	<b>77,1</b>	<b>84,0</b>		

(p) Résultats provisoires ; \* 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 2005, l'espérance de vie des hommes de 65 ans est de 17,7 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 2005

**Champ** : France entière. **Sources** : Statistiques de l'état civil, INSEE.

**Pour la troisième année consécutive, la mortalité est en deçà du niveau tendanciel**

En 2005, 538 200 personnes sont décédées, en 2006, 531 100, soit une diminution de 1,3 % par rapport à 2005. La baisse touche davantage les femmes (-1,7 %) que les hommes (-1,0 %) et elle est particulièrement marquée chez les femmes de 90 ans ou plus. Pour la troisième année, la mortalité est ainsi en dessous de celle qu'on pourrait attendre compte tenu du vieillissement de la population et de la prolongation de la tendance des dernières décennies.

### **Principales causes de mortalité générale**

Les tumeurs sont devenues 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, les causes de décès les plus fréquentes étaient en 2004, 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 près des trois quarts des décès.

## Principales causes de décès en France en 2004 : effectifs et taux standardisés de décès - Variations 2000-2004

Indicateurs de santé transversaux • Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population

Tableau 21 • Principales causes de décès en France en 2004 : effectifs et taux standardisés de décès - Variations 2000-2004 des taux de décès standardisés

Codes CIM10	Causes de décès	Effectifs			Taux standardisés* et variation 2000-2004**					
		Total	Hommes	Femmes	Total	%	Hommes	%	Femmes	%
A00-B99	Mal. infectieuses et parasitaires	9556	4875	4681	10,6	-15	14,0	-17	8,0	-12
A15-A19, U90	Tuberculose	824	428	396	0,8	-33	1,1	-39	0,6	-25
B20-B24	Sida et VIH	927	705	222	1,5	-12	2,3	-15	0,7	0
C00-D48	Tumeurs	152 708	90 688	62 020	184,2	-5	250,5	-7	127,2	-2
C00-C87	Tumeurs malignes	146 469	87 520	58 949	177,5	-5	251,7	-7	122,0	-2
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité bucc. et phar.	4 265	3 538	727	6,1	-14	11,1	-15	1,7	-6
C15	Tum. mal. d'oesophage	3 066	3 180	686	5,1	-15	9,5	-16	1,4	-13
C16	Tum. mal. de l'estomac	4 940	3 108	1 832	5,7	-10	8,8	-8	3,3	-13
C18	Tum. mal. du côlon	12 257	6 477	5 780	13,4	-4	17,7	-3	10,3	-6
C19-C20-C21	Tum. mal. du rectum et de l'anus	4 201	2 340	1 861	4,9	-2	6,5	-4	3,6	-3
C22	Tum. mal. du foie et des voies biliaires intra-hépatiques	7 111	5 297	1 814	8,7	0	15,3	-2	3,5	6
C25	Tum. mal. du pancréas	7 748	4 021	3 727	9,1	5	11,5	1	7,2	11
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., lir., poumon	28 392	22 773	5 619	37,9	-1	67,7	-5	13,5	24
C43	Mélanome malin de la peau	1 429	779	650	1,9	0	2,3	0	1,5	-6
C50	Tum. mal. du sein	11 404	205	11 199	14,5	-3	0,6	50	28,0	-4
C53	Tum. mal. du col de l'utérus	733	0	733	1,0	0	0,0		1,9	0
C54-C55	Tum. mal. d'autres parties de l'utérus	2 204	0	2 204	2,5	-4	0,0		4,5	-2
C56	Tum. mal. de l'ovaire	3 232	0	3 232	4,0	-5	0,0		7,2	-5
C61	Tum. mal. de la prostate	9 138	9 138	0	9,0	-7	24,3	-7	0,0	
C64	Tum. mal. du rein	3 032	1 951	1 081	3,6	-5	5,6	-3	2,1	-9
C67	Tum. mal. de la vessie	4 572	3 429	1 143	5,0	0	9,5	-2	1,9	12
C81-C96	Tum. mal. tissus lymph. et hémat.	12 319	6 501	5 818	14,0	-8	18,1	-8	11,1	-8
E00-E90	Mal. endoc., nutri. et métaboliques	18 856	8 141	10 715	19,4	-4	22,8	-3	16,7	-5
E10-E14	Diabète	10 891	5 135	5 756	11,3	-5	14,1	-4	9,1	-6
I00-I99	Mal. de l'app. circulatoire	147 323	69 337	77 986	145,8	-13	191,1	-14	111,8	-12
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	40 656	23 122	17 534	41,7	-16	63,9	-15	25,3	-15
I30-I33, I39-I52	Autres cardiopathies	42 572	18 505	24 067	41,0	-8	51,5	-9	33,3	-8
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	33 487	13 985	19 502	32,6	-16	37,9	-18	28,3	-16
J00-J99	Mal. de l'app. respiratoire	30 286	15 944	14 342	28,6	-18	43,9	-18	20,8	-17
J10-J11	Grippe	152	50	102	0,1	-93	0,1	-94	0,1	-93
J12-J18	Pneumonie	9 499	4 402	5 097	9,0	-17	12,4	-17	7,0	-15
J40-J47	Maladies chroniques voies resp. inf.	8 585	5 380	3 225	8,7	-16	14,6	-15	5,1	-16
J45-J46	- Asthme	1 099	302	717	1,2	-37	1,1	-45	1,3	-28
R00-R99	Sympt. et états mal définis	32 631	14 506	18 023	36,1	0	43,9	0	28,4	0
R95	Mort subite nourrisson	259	157	102	0,5	-38	0,6	-40	0,4	-33
V01-Y89	Causes externes	37 426	22 481	14 947	48,9	-13	70,0	-13	30,0	-13
V01-X59	Accidents	24 092	13 180	10 912	29,5	-19	40,7	-19	19,3	-19
V01-V99	- Accidents de transport	5 389	4 035	1 354	6,6	-32	13,4	-31	4,0	-35
W00-W19	- Chutes accidentelles	5 354	2 582	2 772	5,7	-3	7,5	-3	4,2	-2
X40-X49	- Intoxications accidentelles	911	454	457	1,2	-20	1,4	-13	1,0	-23
X60-X84	Suicides	10 797	7 853	2 944	16,3	-3	25,0	-5	8,6	1
X85-Y09	Homicides	465	271	194	0,7	-22	0,9	-18	0,6	0
A00-Y89	Total	509 408	263 070	246 338	562,4	-8	753,4	-10	414,2	-7

\* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf: Eurostat - Pop Europe - IARC-1976.

\*\* (Taux 2004 - Taux 2000) \*100/Taux 2000.

Champ: France métropolitaine.

Sources: INSEE-M-CépiDC.

## Taux de mortalité infantile : 3,7 pour 1 000 en 2006 contre 4,8 pour 1 000 en 1996

• Évolution du taux de mortalité infantile en France depuis 1996

Année	Taux de mortalité infantile* pour 1 000 enfants nés vivants
1996	4,8
2000	4,4
2001	4,5
2002	4,1
2003	4,0
2004	3,9
2005	3,6
2006 (p)	3,7

\* Taux de mortalité infantile : nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes.

(p) Résultats provisoires.

Champ: France métropolitaine.

Sources : INSEE, Bilan démographique.

**Le taux de mortalité maternelle** s'établit à 7 pour 100 000 naissances en 2003-2004 ce qui correspond à une soixantaine de décès annuels. Parmi ceux-ci, environ 50 % sont jugés évitables, notamment par la prise en charge adaptée des hémorragies du post-partum. Par ailleurs, l'augmentation de l'âge moyen des mères à la maternité est un facteur à prendre en compte dans le suivi de cet indicateur car au-delà de 35 ans le risque vital maternel est nettement augmenté. L'objectif relatif à la loi de santé publique est d'**atteindre un taux inférieur à 5 décès pour 100 000 naissances en 2008**.

**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).

Après une longue période de diminution, le taux de mortalité périnatale se situait depuis 2000 sur une pente croissante. En 2005, il enregistre de nouveau une baisse avec un taux égal à 10,4 pour 1 000 en France métropolitaine. La mortalité néonatale a peu évolué ces dernières années mais connaît une baisse significative en 2005 alors que la baisse de la mortalité infantile se poursuit.

### L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle

EN 2006, les établissements de santé publics et privés situés en France (France métropolitaine et DOM) ont enregistré plus de 25 millions de séjours, tous modes d'hospitalisation confondus, soit une augmentation de +2,6 % par rapport à 2005.

Depuis cinq ans, l'activité en hospitalisation partielle porte principalement cette hausse (+4,8 % en 2006), tandis que l'activité en hospitalisation complète reste

stable (+0,1 %) [tableau 1] : les séjours en hospitalisation partielle (venues) sont donc plus fréquents que ceux en hospitalisation complète (entrées).

L'hospitalisation partielle poursuit son augmentation. Elle augmente de +4,8 % en 2006, atteignant ainsi 13,5 millions de venues. Près de la moitié de ces venues ont lieu en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), quatre sur dix en psychiatrie, et la dernière en soins de suite et de réadaptation (SSR). Le développement de l'hospitalisation partielle s'inscrit dans la durée : cette activité a augmenté de +22 % en cinq ans.

### **Psychiatrie**

La prise en charge des patients en psychiatrie se décline selon les lieux d'hospitalisation sous plusieurs modes : en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet. Ce dernier peut faire l'objet de différentes natures de prises en charge, dont l'hospitalisation à temps plein (hospitalisation complète) qui est étudiée ici. De même, ce sont uniquement l'hospitalisation de jour ou de nuit qui sont désignées ici par le terme d'hospitalisation partielle.

Sont distinguées : la psychiatrie générale dédiée aux soins des adultes de plus de 16 ans et la psychiatrie infanto-juvénile, en charge des enfants et adolescents. Cette dernière accorde un poids beaucoup plus important dans l'hospitalisation à temps partiel : seules 3 % des entrées en hospitalisation complète relèvent de l'infanto-juvénile contre 30 % des venues en hospitalisation partielle. Compte tenu de leurs évolutions distinctes, ces deux branches de la discipline sont abordées séparément.



### **Psychiatrie générale (réponse au CEDS): baisse de l'activité en hospitalisation complète et hausse de celle en hospitalisation partielle**

#### ***L'activité hospitalière à temps plein en psychiatrie générale est plutôt à la baisse comme celle des capacités.***

Le nombre d'entrées (609 000) diminue de -1,1 % par rapport à 2005 et le nombre de journées d'hospitalisation (18,2 millions) baisse de -0,7 %, tous types d'établissements confondus.

Parallèlement, le nombre de lits continue également à baisser (-1 %). Cette tendance générale pour l'hospitalisation complète, si elle se vérifie dans les secteurs public et privé à but non lucratif, ne se retrouve pas dans les cliniques privées, qui représentent 20 % des lits et des journées d'hospitalisation complète en psychiatrie générale. En effet, ces établissements privés à but lucratif voient leurs capacités et activité plutôt stables (-0,5 % d'entrées, +0,3 % de lits et +0,1 % de journées) après une forte croissance les années précédentes.

La durée moyenne de séjour (DMS) reste stable autour de 30 jours. Toutefois, les DMS sont beaucoup plus élevées dans les établissements privés que dans les hôpitaux publics. De plus, dans les établissements privés à but non lucratif, le nombre de journées d'hospitalisation diminuant moins que le nombre d'entrées et de lits, la DMS est à la hausse.

***La modification du régime des autorisations d'hospitalisation à temps partiel de 2003 (l'ordonnance du 4/09/03 de simplification administrative a supprimé l'opposabilité de la carte sanitaire aux structures d'hospitalisation à domicile et aux structures d'hospitalisation à temps partiel), qui a permis le développement de ce***

**type d'alternatives à l'hospitalisation complète, est très perceptible dans l'évolution des capacités et de l'activité d'hospitalisation partielle.** En effet, la hausse du nombre de venues et de places, très sensible en 2004 mais moins marquée en 2005, se confirme en 2006, essentiellement dans le secteur privé. Ainsi en 2006, tous types d'établissements confondus, le nombre de places croît de +0,9 % et le nombre de venues de +1,2 %.

Psychiatrie infanto-juvénile : évolutions différenciées de l'activité et des capacités à temps plein

La psychiatrie infanto-juvénile est réalisée essentiellement dans les établissements publics (80 % des capacités et de l'activité) ; elle est marginale dans le secteur privé à but lucratif. Cette discipline se développe à temps plein sans évolution des capacités d'hospitalisation. Le nombre d'entrées augmente fortement cette année encore (+6,1 %) atteignant ainsi 22 000 tandis que le nombre de lits est stable. En conséquence, la DMS continue à baisser pour atteindre 19,5 jours, tous types d'établissements confondus. L'activité en hospitalisation partielle poursuit sa tendance à la hausse. Le nombre de places en hôpitaux de jour et en hôpitaux de nuit a augmenté de +0,5 %, pour 1,5 % de venues supplémentaires.

**Activité et capacités par grands groupes de disciplines en 2006**

Hospitalisation complète	Activité		Capacités	
	Nombre d'entrées en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de lits en 2006	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Médecine chirurgie-obstétrique	10 238	+0,1	227 677	-1,0
Lutte contre les maladies mentales	630	-0,9	67 784	-1,0
Soins de suite et de réadaptation	876	+1,7	94 442	+2,8
Soins de longue durée	38	-5,5	68 602	-5,2
<b>Ensemble</b>	<b>11 782</b>	<b>+0,1</b>	<b>448 505</b>	<b>-0,9</b>
Hospitalisation partielle	Nombre de venues en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de places en 2006	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Médecine Chirurgie Obstétrique	6 612	+6,6	20 398	+4,8
Lutte contre les maladies mentales	5 086	+1,3	26 727	+0,7
Soins de suite et de réadaptation	1 809	+8,9	6 011	+6,5
<b>Ensemble</b>	<b>13 507</b>	<b>+4,8</b>	<b>53 136</b>	<b>+2,9</b>

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2005-2006, données statistiques.

**Activité et capacités en hospitalisation complète en court séjour**

	Activité		Capacités	
	Nombre d'entrées en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de journées (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Médecine chirurgie-obstétrique	10 238	+0,1	60 096	-1,1
établissements publics	6 322	+1,5	41 083	0,0
établissements privés à but non lucratif	824	+1,4	4 804	-0,2
établissements privés à but lucratif	3 091	-2,9	14 208	-4,5
<b>• dont séjours classés en médecine</b>	<b>5 539</b>	<b>+1,2</b>	<b>33 985</b>	<b>-0,2</b>
établissements publics	4 162	+1,5	26 975	+0,2
établissements privés à but non lucratif	443	+2,1	2 661	+0,2
établissements privés à but lucratif	954	-0,7	4 349	-2,6
<b>• dont séjours classés en chirurgie</b>	<b>3 656</b>	<b>-2,1</b>	<b>21 130</b>	<b>-3,0</b>
établissements publics	1 501	+0,8	10 894	-0,9
établissements privés à but non lucratif	304	-1,2	1 765	-2,2
établissements privés à but lucratif	1 851	-4,5	8 471	-5,7
<b>• dont séjours classés en obstétrique</b>	<b>1 023</b>	<b>+2,2</b>	<b>4 981</b>	<b>+0,9</b>
établissements publics	659	+2,5	3 214	+1,7
établissements privés à but non lucratif	77	+8,9	378	+7,4
établissements privés à but lucratif	287	+0,1	1 389	-2,5
			227 677	-1,0
			150 645	-0,8
			19 440	-2,8
			57 592	-0,8
			114 787	-0,3
			93 451	-0,2
			9 569	-2,4
			11 776	+0,9
			80 061	-1,9
			42 380	-2,2
			8 240	-4,0
			39 441	-1,2
			22 829	-0,6
			14 814	-0,6
			1 640	+1,0
			6 375	-1,1

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2005-2006, données statistiques.

**Activité et capacités en hospitalisation partielle en court séjour**

	Activité		Capacités	
	Nombre de venues en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de places en 2006	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Médecine chirurgie-obstétrique	6 612	+6,6	20 398	+4,8
établissements publics	2 957	+4,6	9 388	+6,8
établissements privés à but non lucratif	498	+2,3	2 029	+3,4
établissements privés à but lucratif	3 157	+9,4	9 001	+3,2
<b>• dont séjours classés en médecine</b>	<b>4 336</b>	<b>+6,3</b>	<b>9 403</b>	<b>+5,8</b>
établissements publics	2 335	+4,2	6 528	+6,7
établissements privés à but non lucratif	330	+1,7	1 093	+0,7
établissements privés à but lucratif	1 671	+10,3	1 782	+6,1
<b>• dont séjours classés en chirurgie</b>	<b>1 900</b>	<b>+7,7</b>	<b>10 013</b>	<b>+4,2</b>
établissements publics	366	+9,0	1 931	+11,0
établissements privés à but non lucratif	151	+2,2	909	+5,8
établissements privés à but lucratif	1 383	+7,9	7 173	+2,3
<b>• dont séjours classés en obstétrique</b>	<b>377</b>	<b>+6,1</b>	<b>882</b>	<b>+2,2</b>
établissements publics	255	+2,6	909	+0,0
établissements privés à but non lucratif	18	+16,0	27	+42,1
établissements privés à but lucratif	104	+13,7	46	+39,4

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2005-2006, données statistiques.

**Durées moyennes de séjour par discipline en hospitalisation complète**

	En jours		
	DMS 2005	DMS 2006	Évolution 2005/2006
Médecine chirurgie-obstétrique	5,9	5,9	0,0
séjours classés en médecine	6,2	6,1	-0,1
séjours classés en chirurgie	5,8	5,8	0,0
séjours classés en obstétrique	4,9	4,9	0,0
Lutte contre les maladies mentales	29,5	29,5	+0,1
psychiatrie générale	29,8	29,9	+0,1
psychiatrie infantile-juvénile	20,8	19,5	-1,3
Soins de suite et de réadaptation	33,1	33,1	0,0

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2005-2006, données statistiques.

## Réponse au CEDS sur la gestion des listes d'attente

### Eléments relatifs au délai de prise en charge dans les services des urgences :

Les services des urgences font face à une augmentation continue de leur activité dont la cause tient à la fois à des changements de comportement des usagers et à une évolution de l'organisation des soins de ville. Ils sont en outre dans une situation de contradiction majeure : obligés d'accueillir et de traiter toute personne qui se présente, ils demeurent, pour l'hospitalisation de leurs patients et la réalisation de certains examens complémentaires, dépendants de l'accord et des contraintes organisationnelles des services partenaires.

La résultante de ces deux phénomènes est un engorgement des services et un allongement des temps de passage des patients, qui engendre l'insatisfaction des usagers, l'altération des conditions de travail des professionnels, la dégradation de la qualité des soins et la recrudescence d'actes violents.

Face à ces constats, l'allocation de ressources supplémentaires (personnels, lits, équipements techniques dédiés) peut être perçue comme la seule solution. Or, les travaux conduits dans les différents chantiers de 2003, 2005, 2006 et 2007 par la MeaH (environ 80 services) et les urgentistes impliqués dans la démarche ont mis en évidence une fluctuation des ressources allouées aux services et l'absence de corrélation entre ce niveau de ressources et les symptômes décrits ci-dessus.

Plus encore, les professionnels des services des urgences ont démontré qu'il était possible, à l'aide de solutions organisationnelles, d'apporter quelques améliorations à la situation constatée: réduire les dysfonctionnements aux interfaces avec les services supports, redonner sa vocation à l'unité d'hospitalisation de courte durée, optimiser les modalités de rotation des boxes d'examen, etc.

Certains ont ainsi obtenu des réductions sensibles des délais de prise en charge, d'autres ont pu limiter l'impact sur les temps de passage des patients d'une augmentation de leur activité. Une majorité d'entre eux a aussi obtenu une réduction sensible du nombre de patients concernés par des temps de passage très longs (plus de 8, 10 ou 12 heures avant une hospitalisation ou un retour à domicile).

Mais au-delà des améliorations qu'ont pu obtenir les urgentistes, leur travail aura permis :

- De confirmer l'importance pour un service des urgences de se fixer un objectif de réduction de l'engorgement et des temps de passage des patients : il s'agit d'un objectif légitime pour les usagers et pour les soignants et structurant pour l'organisation des services ;
- De poser certains principes de gestion : tout patient, quelles que soient sa gravité clinique ou la pertinence de son recours aux services des urgences, « consomme » les ressources du service (temps médecin, temps infirmier, box), ralentissant la prise en charge de l'ensemble des patients, qui, « stagnants », mobilisent des ressources et concourent à leur tour à l'engorgement des services... Il convient donc de prendre en charge tous les patients, lourds ou légers, dans un temps le plus proche possible de leur optimal ;



- De faire la démonstration qu'il existe des marges d'amélioration à l'intérieur même des services des urgences et non pas seulement en amont (permanence des soins) ou en aval (lits d'hospitalisation).

Les gains constatés montrent une réduction de 11 % du temps de passage moyen avec un accroissement d'activité de 6 % en moyenne sur 18 services d'accueil des urgences.

### **Éléments relatifs au délai de traitement dans les services de radiothérapie**

Le gouvernement a lancé en 2003 un plan de lutte contre le cancer, faisant de cette dernière un chantier prioritaire pour la politique de santé. La radiothérapie reste un des moyens privilégiés pour traiter les malades atteints de cette maladie. Or des études diverses montrent que l'efficacité des services et la qualité des traitements est variable selon les établissements. Quatre chantiers ont été conduits en 2003, 2005, 2006 et 2007. Ils ont montré l'efficacité de la gestion en flux tendu pour réduire les délais de prise en charge des patients nécessitant un traitement de radiothérapie. En effet, cette pratique, qui consiste à lisser quotidiennement et à chaque étape la programmation des patients avec la planification des ressources (consultation médicale, scanner - dosimétrie, physique et traitements) est bien adaptée au rythme et à l'intensité d'activité d'un service de radiothérapie.

Gains constatés par les établissements :

- Amélioration des délais de prise en charge jusqu'à 50 % selon la localisation
- Développement de la polyvalence des professionnels
- Meilleure qualité des processus mis en œuvre dans les centres par une documentation à jour, structurée, partagée et diffusée
- Renforcement du management par la mise en œuvre de tableaux de bord et de réunions de résolutions de problèmes mais aussi par le développement de l'analyse prospective
- Prise en compte plus importante du patient par l'amélioration de l'accueil, la meilleure programmation de sa prise en charge

### **Organisation des services d'imagerie**

Les délais de rendez-vous d'examen constituent une des mesures de la performance d'un service d'imagerie la plus agrégée, de multiples paramètres impactant sa valeur. Le délai d'examen a été défini comme l'intervalle entre la date de prise de rendez-vous et la date du premier créneau programmé disponible. Cette méthode, nécessairement manuelle, présente l'avantage d'appréhender la capacité réelle d'un service d'imagerie en évitant les biais de mesure liés à des examens programmés, pour des raisons médicalement justifiées, plusieurs mois à l'avance (opération chirurgicale par exemple).

Pour réduire leurs délais d'examen, les établissements ont eu recours aux pratiques suivantes, la plupart du temps en association:

- Réduire les examens non honorés pour libérer des créneaux d'examens inutilisés ;
- Améliorer les procédures de prise de rendez-vous, notamment par une meilleure programmation ;

- Améliorer l'interface avec les demandeurs (qualité des bons de demande, sensibilisation des prescripteurs à l'impact d'une demande incomplète...);
- Améliorer la programmation des patients notamment en utilisant la durée réelle d'un examen (et non une durée générique initialement paramétrée).
- Améliorer la planification des ressources et leur adéquation avec l'activité

## **Article 11§2**

**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.**

**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.**

## REPONSE

### Mise en œuvre de la politique de santé publique

**- *Promotion d'une alimentation saine : le programme national nutrition santé (PNNS) 2006-2010***

Le PNNS a fixé des objectifs précis et quantifiés, tant en matière de consommation alimentaire que d'activité physique. 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, le PNNS a 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. Le PNNS évite 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/m<sup>2</sup>) 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 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.

**- *Dépistage des maladies : le programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2005-2008***

Conformément aux objectifs fixés par la LPSP, les principales mesures s'appuient sur 5 axes :

**- Veille**

- Construction d'une enquête épidémiologique en lien avec l'Institut de veille sanitaire sur la prévalence du VIH et des hépatites en milieu carcéral
- Données issues de l'enquête « Contexte de la sexualité en France », menée par l'Agence nationale de la recherche sur le Sida en 2005 et des enquêtes socio-comportementales "Connaissances, attitudes, croyances et pratiques", sur la population générale, les migrants et les habitants des départements français d'Amérique.
- Amélioration de la surveillance épidémiologique par l'envoi d'une lettre sensibilisant les prescripteurs au nouveau formulaire de déclaration obligatoire des infections VIH et du sida
- Estimation de la prévalence des chlamydiae en population générale.

- Prévention

- Diversification de la communication autour du sida/VIH. Adaptation des messages et des supports en fonction de la population cible (ex : homosexuels, migrants) et des territoires (ex : départements français d'Amérique)
- Signature de conventions tripartites entre le ministère de la Santé, le ministère chargé de la justice et des associations de prévention du sida/VIH favorisant l'intervention des associations en milieu carcéral

- Dépistage

- Modernisation du dispositif public et gratuit de dépistage : centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST recentralisés et rapprochés du dispositif de dépistage du VIH.
- Elaboration d'une stratégie de diagnostic biologique du VIH.

- Prise en charge thérapeutique

Afin d'harmoniser les dispositifs de prise en charge et leur qualité sur l'ensemble du territoire, les mesures suivantes ont été mises en place :

- création d'une coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH
- adaptation de la tarification permettant aux patients de bénéficier d'une journée d'hospitalisation annuelle de synthèse à partir de décembre 2007. Cette hospitalisation permet de faire le point sur la prise en charge des patients.
- actualisation des recommandations des experts tous les deux ans : rapport de recommandations du groupe d'experts en juillet 2006 et prévu pour juillet 2008
- sensibilisation des partenaires et institutions sur l'éducation thérapeutique et la prévention dans le domaine de la sexualité dans l'infection par le VIH.

- Accompagnement

- Augmentation du nombre d'appartement de coordination thérapeutique (1038 places fin 2007, et 190 nouvelles prévues en 2008).
- Campagnes de lutte contre les discriminations à l'encontre des personnes séropositives, réalisées par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, au moins une par an, notamment sous forme de spots TV et d'affiches. Au début, les campagnes étaient sous une forme unique, destinées à tous les publics, puis progressivement, elles ont ciblé les populations les plus touchées (homosexuels, personnes des départements français d'Amérique, migrants) et ajusté les messages selon les publics visés.

**Dans les établissements scolaires, le suivi de santé est assuré par les médecins et les infirmières de l'Education nationale.**

*Les médecins assurent entre autres :*

- la visite médicale obligatoire réalisée entre la 5<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> année de l'enfant. Cet examen est l'occasion de dépister les troubles du langage et plus généralement les difficultés susceptibles d'entraver les apprentissages. Il permet en outre de détecter les signes éventuels de maltraitance ;<sup>2</sup>
- l'intégration et l'adaptation des élèves porteurs de handicap et de maladies chroniques, en lien étroit avec les équipes éducatives ;

---

- le suivi des élèves signalés par les équipes éducatives ou les parents, tout au long de la scolarité ;
- la délivrance d'un avis d'aptitude pour les élèves orientés vers l'enseignement professionnel et amenés à travailler sur « machines dangereuses ».

*Les infirmiers* de l'Education nationale ont un triple rôle : relationnel, technique et éducatif.

Ils assurent ainsi entre autres missions :

- l'écoute et l'accompagnement des élèves,
- l'organisation des soins et des urgences et le suivi infirmier de l'état de santé des élèves ainsi que l'accueil des élèves atteints de troubles de la santé,
- le développement d'actions d'éducation à la santé dans l'établissement scolaire.

Ils sont systématiquement présents dans les établissements de l'éducation prioritaire, en particulier dans les Réseaux ambition réussite, et dans les internats. Les 900 postes créés depuis 2006 et les 600 prévus d'ici 2010 permettront de faire en sorte que tout établissement scolaire dispose d'un infirmier de référence, satisfaisant ainsi à l'engagement inscrit dans la loi d'orientation pour l'avenir de l'Ecole du 23 avril 2005 (rapport annexé).

### **Education à la santé en milieu scolaire : le plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009**

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. La mesure-phare du plan est 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 (art. L. 2132-2-1 du Code de la Santé Publique). 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

Un comité de suivi du plan national de prévention bucco-dentaire a été établi.

**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.**

En lien avec les enseignements, et dans le cadre du projet d'école et d'établissement, elle se développe autour de quatre objectifs prioritaires :

- **la lutte contre le tabagisme et la prévention des conduites addictives** : le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool fait de l'école un acteur de premier plan dans la politique de prévention. Il prévoit que tous les élèves bénéficient à chaque niveau de leur scolarité, dans le cadre de leur emploi du temps, d'une éducation à la prévention des pratiques addictives portant sur le tabac, l'alcool, le cannabis et autres substances licites ou illicites (article L312-18 du code de l'éducation),
- **la formation aux premiers secours** : l'objectif est de développer chez les élèves des comportements civiques et solidaires, tant dans le domaine de la sécurité que dans celui de la santé ou de l'environnement, en leur donnant les moyens d'acquérir, progressivement, le sens de la responsabilité individuelle et collective (circulaire n°2006-085 du 24 mai 2006 relative à l'éducation à la responsabilité en milieu scolaire),
- **l'éducation nutritionnelle** : face aux enjeux de santé publique que représentent les problèmes de surpoids et d'obésité, le ministère de l'éducation nationale a développé depuis plusieurs années une véritable politique nutritionnelle et alimentaire à destination des établissements scolaires en lien avec le Programme National Nutrition Santé (PNNS 1 et 2).
- **l'éducation à la sexualité** : l'objectif est de développer et d'accompagner les séances d'éducation à la sexualité de l'école au lycée, conformément à la circulaire du 17 février 2003 prise en application de la loi du 4 juillet 2001.

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.

## **Partenariats**

***Le ministère de l'éducation nationale a une politique partenariale structurée et renforcée avec :***

Le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative dans le domaine de la promotion et de la protection de la santé des jeunes. Un contrat cadre a été signé le 17 juillet 2003 entre l'EN et le ministère de la santé. Il fait l'objet, chaque année d'un nouvel avenant.

## **Article 11§3**

**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.**

**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.**

Réponse

### **Prévention des accidents de la vie courante**

Un plan de prévention des accidents de la vie courante est en cours d'élaboration et visera à :

- valoriser l'installation des détecteurs avertisseurs autonomes de fumées.
- améliorer la résistance au feu des meubles rembourrés.
- réviser les règles applicables aux dispositifs de prévention des défenestrations involontaires et mettre en place des outils de recensement des données accidentologiques et de d'information du public sur ce risque.
- instaurer une visite au domicile des personnes âgées et promouvoir les systèmes d'alarme pour les personnes âgées.
- diffuser un passeport pour la sécurité des enfants âgés de 2 à 5 ans.
- élargir l'apprentissage obligatoire de la natation pour les enfants.
- promouvoir le port du gilet de sauvetage et poursuivre la sensibilisation au risque de noyade.
- créer un portail dédié à la prévention des accidents de la vie courante.
- sensibilisation de la population générale et de certaines populations à risques aux différents accidents de la vie courante et information sur les gestes de prévention de ces accidents.

### **Prévention à l'égard du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie : deux plans d'action**

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008

Pour réduire l'impact des drogues et de leurs conséquences néfastes, une action utilisant tous les leviers de l'action publique (application de l'éventail législatif, information et prévention, système de soins, coopération internationale) et mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux (jeunes, parents, enseignants, éducateurs, policiers, juges, soignants, chercheurs, agents économiques, associations) est nécessaire. Ce plan gouvernemental 2004-2008 accorde une place majeure à la prévention et les objectifs principaux sont les suivants :

- abaisser la prévalence du tabagisme (en visant particulièrement les jeunes et les autres populations prioritaires)
- réduire le tabagisme passif en milieu scolaire, dans les trains et dans les établissements de santé pour en faire, à terme, des lieux exemplaires sans tabac

- améliorer le respect de l'interdiction de fumer dans les espaces non réservés sur les lieux collectifs (milieu scolaire, hôpitaux, transports, lieux de travail, restaurants et administrations)
- réduire le tabagisme chez les professionnels de santé
- diminuer la consommation totale d'alcool
- prévenir les usages à risque liés à l'alcool ainsi que l'installation de la dépendance
- améliorer l'accessibilité du système de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool
- retarder l'âge de la première consommation de cannabis
- inverser la tendance à l'augmentation de la consommation régulière de cannabis par les adolescents
- réduire l'accessibilité du cannabis
- faire prendre conscience de l'existence de l'abus de cannabis
- améliorer l'effectivité des sanctions prononcées à la suite d'une interpellation pour usage simple de stupéfiants
- inverser la tendance à l'augmentation de la consommation d'ecstasy
- renforcer la médicalisation du dispositif spécialisé ambulatoire
- améliorer la couverture des équipes de liaison en milieu hospitalier
- réduire les détournements de buprénorphine
- améliorer l'accessibilité des traitements de substitution par méthadone
- réduire la transmission de virus de l'hépatite C pour les jeunes usagers de drogues

Les objectifs opérationnels du plan sont assortis d'indicateurs de mise en œuvre et d'efficacité.

#### - Plan de prise en charge et la 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 de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici à 2008

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.



### **Environnement : le plan national Santé Environnement 2004-2008**

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 objectifs prioritaires du plan sont :

- garantir un air et une eau de bonne qualité
- prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers
- mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes)

Un comité de pilotage impliquant quatre ministères suit la mise en œuvre du plan.

### **Vaccination : le plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010**

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. 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 4448 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.

### ***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

**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 nature, les raisons et l'étendue des réformes réalisées durant la période de référence sont présentées ci-après. Il est à noter que les régimes de prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité et de survivants n'ont pas été modifiés durant cette période.

**Aspects généraux:** *La loi n° 2005-35 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale a amélioré l'efficacité globale du*

marché des services aux demandeurs d'emploi : fin du monopole de l'Agence nationale pour l'emploi et ouverture, tout en les encadrant, des activités de placement aux opérateurs privés, définition du *Service public de l'emploi*, coordination et pilotage des actions au plan national et territorial. L'*ordonnance n° 2005-299 du 31 mars 2005* a organisé la gestion commune des régimes de retraite des commerçants et des artisans et du régime d'assurance maladie des indépendants et préparé la mise en place du régime social des travailleurs indépendants dont un recouvrement unifié des cotisations et contributions sociales dues à titre personnel par ces travailleurs.

La simplification des obligations sociales des entreprises s'est poursuivie. L'*ordonnance n° 2005-651 du 6 juin 2005* a renforcé les droits des entreprises cotisantes dans leurs relations avec les organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales, notamment en cas de divergences ou de difficultés d'application de la réglementation. Surtout, elle a établi une procédure de « rescrit social » permettant à l'entreprise d'obtenir de son organisme de recouvrement des cotisations et des contributions sociales une prise de position sur une situation juridique précise, position devenant ensuite opposable à cet organisme pour la situation examinée. En ce qui concerne la dématérialisation des relations entre les caisses chargées du recouvrement des cotisations et les entreprises, la *loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007* a nettement accéléré le processus en cours qui, à terme, s'appliquera aux déclarations sociales et aux paiements de cotisations de l'ensemble des entreprises.

Un *Comité national de lutte contre la fraude à la protection sociale* a été créé en octobre 2006 pour sensibiliser les acteurs, coordonner et évaluer les politiques et les actions (Il est remplacé en 2008 par la *Délégation nationale à la lutte contre la fraude* dont la compétence est élargie à la fraude fiscale). La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2007* a pris plusieurs nouvelles dispositions en ce domaine : sanctions à l'égard des personnes qui incitent les assurés à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, restitution de la carte Vitale (accès aux soins) en cas de transfert de résidence à l'étranger, clarification de la situation des travailleurs détachés en France au regard du système français de protection sociale, prise en compte des éléments de train de vie pour l'appréciation des conditions de ressources et mise en place d'un nouveau répertoire national d'identification des assurés sociaux. La *Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008* a donné une nouvelle impulsion en faveur du contrôle de l'attribution des prestations en améliorant la détection des fraudes (échanges d'information entre les caisses versant les prestations familiales et l'administration fiscale, extension du droit de communication et meilleure coordination des actions des caisses). Elle a également renforcé le contrôle des arrêts de travail et des indemnisations en matière de maladie et complété les sanctions du travail dissimulé (possibilité de sanction forfaitaire de l'employeur en cas d'absence éléments sur la rémunération versée et d'annulation des allègements de cotisations sociales).

**Soins médicaux:** La *loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre femmes et hommes* a augmenté la durée du versement des

prestations de maternité en cas de naissance prématurée (plus de six semaines avant la date prévue) nécessitant l'hospitalisation de l'enfant.

La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2007* a assoupli le plafond des ressources ouvrant droit à l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (20 % au lieu de 15 % au-dessus du plafond de ressources fixé pour accéder à la CMU Complémentaire).

La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2008* a instauré des franchises sur le remboursement de certains produits et soins de santé par les régimes d'assurance maladie de base, appelées "*franchises médicales*". Les gains financiers dégagés seront affectés au financement des chantiers prioritaires de santé publique (maladie d'Alzheimer, soins palliatifs et cancer). Ces nouvelles franchises qui s'ajoutent aux tickets modérateurs et forfaits existants, s'appliquent à toutes les personnes à l'exclusion des enfants, des femmes enceintes et des personnes disposant de faibles ressources. Leur montant est forfaitaire (0,50 € par boîte de médicament et acte paramédical et 2 € par transport sanitaire) et applicable dans la limite d'un plafond annuel de 50 € par personne. Les organismes proposant des couvertures complémentaires en maladie sont dissuadés fiscalement et socialement de couvrir ces franchises.

**Indemnités de maladie:** La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2006* a coordonné les conditions d'accès aux prestations en espèces d'assurance maladie afin d'éviter toute rupture de maintien des droits entre une période de chômage indemnisé et le début d'un nouvel emploi.

**Prestations de chômage:** La *loi n° 2005-35 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale* a réformé le régime des obligations des demandeurs d'emploi et les sanctions administratives qui peuvent leur être appliquées. L'objectif a été de rendre celles-ci plus effectives tout en les graduant et en introduisant le principe d'une procédure contradictoire. La loi a également précisé et clarifié l'organisation et les procédures de contrôle de la recherche de l'emploi effectuées par certains agents du ministère de l'emploi, de l'agence nationale pour l'emploi et des organismes d'assurance chômage.

Le régime d'assurance chômage a fait l'objet d'une nouvelle *convention collective nationale interprofessionnelle signée du 18 janvier 2006* pour la période 2006-2008. Elle marque une volonté de favoriser un retour rapide à l'emploi par un accompagnement renforcé des demandeurs d'emploi et par l'attribution d'aides en vue de leur reclassement. En ce qui concerne les prestations, cette nouvelle convention a créé une filière ouvrant droit à 12 mois d'indemnisation sur la base d'une activité minimale de 12 mois au cours des 20 derniers mois. Cette nouvelle filière complète les deux filières existant pour les demandeurs d'emploi de moins de 50 ans, l'une comportant 7 mois d'indemnisation, l'autre 23 mois d'indemnisation. Au delà, la filière d'indemnisation propre aux personnes de 57 ans et plus est supprimée. La filière ouvrant droit à une durée d'indemnisation de 36 mois sur la base d'une

activité de 27 mois au cours des 36 derniers mois s'applique désormais à tous les demandeurs d'emplois de 50 ans et plus.

La loi n° 2006-339 du 23 mars 2006 relative au retour à l'emploi et sur les droits et devoirs des bénéficiaires de minima sociaux a créé un nouveau dispositif de transition entre minima sociaux et emplois plus lisible et accessible, commun aux bénéficiaires des différentes catégories d'allocations.

La même loi relative au retour à l'emploi a défini un nouveau système de prise en charge des salariés licenciés pour raison économique et de sécurisation de leur trajectoire professionnelle, le *Contrat de transition professionnelle* qui a vocation à mieux sécuriser les salariés. Il organise un parcours de reclassement comprenant des mesures d'accompagnement, des périodes de formation professionnelle en organisme et des périodes de travail en entreprise pour lesquelles le bénéficiaire perçoit respectivement une *allocation de transition professionnelle* et une rémunération sur la base d'un contrat de travail à durée déterminée. Ce dispositif a été mis en place à titre expérimental pour une durée d'une année dans sept bassins d'emploi au profit de licenciés d'entreprises de moins de 1000 salariés par l'*ordonnance n° 2006-440 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle* et sera évalué en 2008. La loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social a précisé ce dispositif et a créé parallèlement un *congé de mobilité* dont pourront bénéficier les salariés d'entreprises de plus de 1000 salariés, licenciés pour raisons économiques. Ce nouveau congé, établi dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, comportera également des mesures d'accompagnement, des périodes de formation et d'emploi.

**Prestations de vieillesse:** Plusieurs mesures d'encouragement de l'activité des travailleurs vieillissants ("seniors") ont été prises. La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2007* a amélioré les conditions du cumul entre l'emploi et la retraite. Elle a également garanti aux travailleurs prolongeant leur activité au delà de l'âge de 60 ans (retraite à taux plein sous condition de durée d'assurance) que leur retraite de base continuera à être calculée d'après les règles en vigueur au moment où ils avaient atteint cet âge. Par ailleurs, des mesures d'aménagement des fins de carrières ont également été prises en 2006 par les partenaires sociaux responsables de la retraite complémentaire obligatoire en répartition. Enfin, la *loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008* a décidé l'extinction progressive, à partir de 2009, de l'*Allocation équivalent-retraite (AER)* dont bénéficient les chômeurs de moins de 60 ans disposant de faibles ressources et justifiant de 40 années de cotisations à la retraites.

**Prestations aux familles:** La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2007* a prévu la possibilité de partager les allocations familiales entre deux parents séparés ou divorcés en cas de garde alternée des enfants. Elle

instaure également un prêt « *avenir jeunes* » ouvert, sous conditions de ressources et sans intérêt, aux jeunes de 18 à 25 ans pour financer des dépenses liées à leur entrée dans la vie professionnelle. Elle a également défini un *congé de soutien familial* au profit des travailleurs qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un parent âgé gravement malade ou handicapé. Ce congé de trois mois est renouvelable dans la limite d'une année. Il n'est pas rémunéré ni indemnisé mais les bénéficiaires conserveront leurs droits à des prestations de sécurité sociale et cette période sera prise en compte pour leur retraite. La *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008* a modulé le montant de l'*Allocation de rentrée scolaire (ARS)* en fonction de l'âge de l'enfant afin de mieux prendre en compte les coûts supportés par les familles aux différents âges.

**Prestations de maternité:** La loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de *financement de la sécurité sociale pour 2006* a organisé la prise en charge par l'assurance maternité de l'allongement de la durée du congé de maternité accordée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'*égalité des droits et des chances des personnes handicapées* dans le cas de naissances d'enfants grandement prématurés. La *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008* a amélioré le congé maternité des travailleuses indépendantes: dans le secteur de l'agriculture, la période de perception de l'allocation destinée à assurer le remplacement de l'agricultrice est maintenant alignée sur la durée du congé de maternité des travailleuses salariées. Pour les travailleuses indépendantes des autres secteurs d'activité, le congé indemnisé au titre de la maternité passe de 60 à 74 jours avec une durée minimale obligatoire de 44 jours dont 14 avant l'accouchement.

**Financement:** Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2007* a prévu des aménagements des contributions de l'industrie pharmaceutique (relèvement de la *taxe sur le chiffre d'affaires* et *contribution exceptionnelle de régulation sur le chiffre d'affaires des grossistes-répartiteurs*).

Pour favoriser l'activité professionnelle des travailleurs vieillissants (les "seniors"), la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2008* a porté de 24,15 % à 50 % le taux de la contribution due par les employeurs sur les préretraites privées d'entreprise et a aligné la *Contribution sociale généralisée* due par le bénéficiaire d'une préretraite sur le taux applicable aux revenus d'activité (7,5 %). Le recours à la mise à la retraite d'office est dissuadé par la création d'une contribution patronale de 25 % sur les indemnités dues au salarié (50 % à partir de 2009). De son côté, la *loi de 2006 sur la participation et l'actionnariat salarié* avait supprimé la contribution (« contribution Delalande ») due par l'employeur qui licencie un salarié de 50 ans et plus, n'ayant pas eu l'effet dissuasif espéré en dépit de son adaptation en 2003.

La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2008* a également institué de nouvelles recettes : une contribution patronale (10 %) et salariale (2,5 %) sur les attributions de stock-options affectée au financement du régime d'assurance maladie, le prolongement en 2008 du taux exceptionnel de



contribution des entreprises pharmaceutiques sur leur chiffre d'affaires ainsi que l'extension de la *Contribution sociale de solidarité sur les sociétés* aux personnes morales de droit public exerçant dans un cadre concurrentiel.

Par ailleurs, dans le but de favoriser l'emploi et le travail, plusieurs lois ont créé ou prolongé des allègements ou des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale dans certains statuts d'activité ou zones géographiques défavorisées ou encore assouplit le statut fiscal et social des 'heures supplémentaires' de travail. Compensées par le budget de l'Etat, ces dispositions sont sans conséquence sur le financement de la sécurité sociale.

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

Réponse

En ce qui concerne les données chiffrées, statistiques et toutes autres informations pertinentes, se reporter aux rapports annuels de la Commission sur les comptes de la sécurité sociale sur :

[www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/ccss.htm](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/ccss.htm)

et aux *Programmes de qualité et d'efficience* qui figurent en annexe 1 au projet de loi annuel de financement de la sécurité sociale sur :

[www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss.htm](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss.htm)



**En réponse au CEDS sur les données chiffrées indiquant la proportion de personnes couvertes dans chacune des branches**, il convient de se reporter au 19ème rapport (détaillé) sur l'application du code européen de sécurité sociale pour ce qui concerne le régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés.

Les autres catégories de travailleurs salariés (agriculture, agents statutaires) et indépendants relèvent à titre obligatoire de régimes de sécurité sociale. Des éléments chiffrés peuvent également être trouvés dans les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale (voir supra).

Quant aux données *sur le montant minimum des prestations de sécurité sociale en vue d'apprécier leur efficacité*, il convient de se reporter aux réponses et aux calculs de prestations par cas-types dans le 19ème rapport (détaillé) sur l'application du code européen de sécurité sociale. Se reporter également aux réponses du 10ème rapport sur les parties non ratifiées.

**Evolution de la législation et de la réglementation dans le domaine agricole**

Au cours de la période de référence ont été publiés les textes suivants :

**Loi n° 2005-157 du 23 février 2005** relative aux territoires ruraux (JO du 24 février 2005). L'article 64 permet le rattachement de la personne pluriactive non salariée au

seul régime de l'activité permanente dans le cas où cette personne exerce une activité permanente et une activité saisonnière quand bien même l'activité saisonnière générerait plus de revenus.

Par ailleurs, l'article 66 permet au conjoint qui participe à l'activité non salariée non agricole du chef d'exploitation pluriactif d'accéder au statut de conjoint collaborateur du régime agricole lorsque le chef d'exploitation est rattaché au seul régime de son activité non salariée agricole.

**Décret n° 2005-417 du 2 mai 2005** pris en application de l'article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 (JO du 5 mai 2005) sur l'application de la contribution des entreprises agricoles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

**Ordonnance 2005-651 du 6 juin 2005** relative à la garantie des droits des cotisants dans leurs relations avec les organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales (JO du 7 juin 2005). Le nouvel article L. 725-23 du code rural permet aux cotisants de se prévaloir des circulaires et instructions ministérielles régulièrement publiées au bulletin officiel du ministère chargé de l'agriculture. Par ailleurs, le nouvel article L. 725-24 du code rural crée le dispositif de rescrit social permettant aux cotisants ou futurs cotisants du régime social agricole d'obtenir de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent une position explicite sur leur situation au regard de la réglementation qui leur est applicable en matière d'avantages en nature et de frais professionnels, d'exonérations ou de réductions de l'assiette sociale ou de cotisations.

**Décret n° 2005-1043 du 25 août 2005** (JO du 27 août 2005) relatif au financement du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles pour 2005.

**Ordonnance n° 2005-1127 du 8 septembre 2005** relative à diverses mesures de simplification dans le domaine agricole (JO du 9 septembre 2005). L'article 7, créant l'article L. 731-22 du code rural, prévoit la prise en compte de la variation des revenus professionnels pour le calcul de l'assiette des cotisations sociales des non salariés agricoles.

**Décret en Conseil d'Etat n° 2005-1264 du 7 octobre 2005** relatif au rescrit social et modifiant le code de la sécurité sociale et le code rural (JO du 9 octobre 2005) : définit les modalités d'application de l'ordonnance 2005-651 du 6 juin 2005.

**Décret en Conseil d'Etat n° 2005-1351 et décret n° 2005-1352 du 31 octobre 2005** (JO du 3 novembre 2005), pris en application de l'article L. 241-3-1 du code de la sécurité sociale et, pour le secteur agricole, de l'article L. 741-24 du code rural, modifiés par l'article 35 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Ce dernier article a modifié le dispositif qui ouvre la possibilité aux salariés employés à temps plein et qui passent à temps partiel de maintenir l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse au niveau de la rémunération équivalente au temps plein. Cette possibilité est désormais ouverte à l'ensemble des salariés employés à temps partiel, aux personnes qui cumulent plusieurs activités, ainsi qu'aux salariés dont la rémunération n'est pas établie selon le nombre d'heures travaillées : salariés rémunérés à la tâche (dont les salariés occupés aux travaux de récoltes et ouvriers bûcherons dans le secteur agricole), VRP, assistantes maternelles, gardiens et employés d'immeubles et journalistes pigistes essentiellement.

**Décret n° 2005-1547 du 9 décembre 2005** (JO du 11 décembre 2005) relatif à la fixation des cotisations du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles dans les départements d'outre-mer pour 2005.

**Décret en Conseil d'Etat n° 2005-1572 du 15 décembre 2005** relatif au recouvrement des cotisations sociales des personnes non salariées des professions agricoles et modifiant le code rural, **et décret n° 2005-1573 du 15 décembre 2005** (JO du 17 décembre 2005) relatif à l'assiette des cotisations sociales des personnes non salariées des professions agricoles et modifiant le code rural : fixent les modalités d'application du dispositif de prise en compte de la variation des revenus.

**Loi d'orientation agricole n° 2006-11 du 5 janvier 2006** (JO du 6 janvier 2006)

L'article 20 de la loi a supprimé la cotisation de solidarité que devaient acquitter les associés non exploitants de société, afin de favoriser les investissements en agriculture.

L'article 21 a rendu obligatoire pour le conjoint du chef d'exploitation, la personne qui lui est liée par un PACS ou qui vit avec lui en concubinage, l'option pour la qualité de collaborateur du chef d'exploitation, ou celle de salarié, ou celle d'exploitant. Cette mesure vise à améliorer la protection sociale de ces assurés, en particulier au regard de l'assurance vieillesse.

L'article 23 a autorisé le Gouvernement à prendre par ordonnance les dispositions visant à faire bénéficier les non salariés exploitants des terres d'une superficie inférieure à la demi SMI de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

L'article 24 autorise à prendre en compte, pour la revalorisation des retraites, les périodes d'affiliation des parents au foyer.

L'article 35 définit les conditions d'assujettissement au régime agricole des salariés des associations de gestion et de comptabilité, ainsi que les salariés employés dans les filiales d'organismes agricoles.

**Le décret n° 2006-25 du 9 janvier 2006** (JO du 11 janvier 2006) portant, pour le régime agricole, application du IV de l'article L. 741-27 du code rural, étend au régime agricole les dispositions du régime général concernant la prolongation de la durée d'exonération pour les bénéficiaires de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises (ACCRE).

**L'arrêté du 24 janvier 2006** (JO du 18 février 2006), pris pour l'application de l'article D. 722-6 du code rural, fixe le seuil d'importance des exploitations et entreprises agricoles pour l'assujettissement au régime des non salariés agricoles, lorsque la personne cumule plusieurs activités agricoles non salariées de nature différente dont l'importance de l'une ne peut être appréciée qu'en fonction du temps de travail.

**Le décret n° 2006-542 du 11 mai 2006** (JO du 13 mai 2006) portant application de l'article L. 732-35-1 du code rural, permet le rachat de cotisations d'assurance vieillesse des années accomplies en qualité d'aide familial.

**Le décret en Conseil d'Etat n° 2006-756 du 28 juin 2006** (JO du 30 juin 2006) pris pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code, relatif à la pluriactivité des travailleurs non salariés des professions agricoles et non agricoles. Ce décret fixe les modalités particulières de rattachement à un seul régime de protection sociale pour les personnes exerçant

une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole, lorsque l'une des deux activités est permanente et l'autre saisonnière.

**Décret n° 2006-1274 du 18 octobre 2006** (JO du 19 octobre 2006) relatif au financement du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles pour 2006.

**Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007** (JO du 22 décembre 2006) :

L'article 10 neutralise sur le plan social, pour les chefs d'exploitation soumis au régime du forfait ou pour ceux soumis à un régime réel d'imposition qui ne sont pas adhérents à un centre de gestion agréé, l'augmentation de l'assiette des cotisations consécutive à la réforme de l'impôt sur le revenu prévue par la loi de finances pour 2006.

L'article 26 prévoit que pour pallier la disparition des crédits du BAPSA permettant de financer des prises en charges partielles de cotisations des agriculteurs en difficulté, la possibilité est ouverte aux organismes assureurs (MSA et GAMEX) de recourir à une enveloppe prélevée sur les crédits d'action sociale pour financer ces prises en charges partielles de cotisations.

L'article 27 introduit dans le régime agricole certaines dispositions applicables au régime général. Ces adaptations portent notamment sur l'exclusion de l'assiette sociale des sommes versées au titre des contrats de prévoyance collectifs obligatoires, des contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires et des régimes de retraite supplémentaires, ainsi que des actions gratuites attribuées aux salariés et aux mandataires sociaux

Les articles 28 et 29 prévoient que les cotisations et contributions dues par un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole qui exerce plusieurs activités agricoles et qui vient à cesser l'une d'entre elles sont désormais dues sur l'ensemble des revenus qui ont été perçus au cours de la période de référence (assiette triennale ou assiette annuelle).

L'article 107 revalorise les retraites de base de certaines personnes non salariées agricoles en corrigeant les inégalités affectant les pluriactifs, les personnes ayant eu plusieurs statuts en agriculture et les conjoints ayant une carrière incomplète.

**Décret n° 2006-1825 du 23 décembre 2006** (JO du 31 décembre 2006) relatif à la fixation des cotisations du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles dans les départements d'outre-mer pour 2006.

**L'arrêté du 26 décembre 2006** (JO du 25 janvier 2007) pris pour l'application du 2° de l'article R. 741-13 du code rural, institue la caisse de MSA d'Alsace comme organisme de recouvrement unique dans le régime agricole pour les entreprises ne comportant pas d'établissement en France.

**Le décret n° 2007-175 du 9 février 2007** (JO du 10 février 2007) précise les conditions de mise en œuvre du chèque-transport institué par l'article 69 La loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 (JO du 31 décembre 2006) pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social.

**Le décret n° 2007-637 du 27 avril 2007** (JO du 29 avril 2007), relatif au calcul des cotisations sociales dues au régime de protection sociale des personnes non

salariées des professions agricoles, prévoit d'abaisser l'assiette forfaitaire régularisable des cotisations des chefs d'exploitations ou d'entreprises agricoles nouveaux installés, afin d'éviter, dans le plus grand nombre de cas, les avances de trésorerie. Il prévoit également une adaptation de l'assiette forfaitaire régularisable des cotisants de solidarité.

**Le décret n° 2007-874 du 14 mai 2007** (JO du 15 mai 2007), portant diverses dispositions relatives aux établissements ou services d'aide par le travail et à l'exercice d'une activité à caractère professionnel en milieu ordinaire de travail par les travailleurs handicapés admis dans ces établissements ou services et modifiant le code de l'action sociale et des familles, précise les modalités de versement d'une prime d'intéressement aux travailleurs handicapés et les cotisations sociales appliquées à cette prime.

**La loi n° 2007-1223 du 21 août 2007** (JO du 22 août 2007) en faveur de l'emploi et du pouvoir d'achat, prévoit, dans son article 1<sup>er</sup> l'exonération de cotisations sociales patronales et salariales sur les heures supplémentaires.

**Le décret n° 2007-1380 du 24 septembre 2007** (JO du 25 septembre 2007) porte application de l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 21 août 2007 en faveur de l'emploi et du pouvoir d'achat.

**Décret n° 2007-1499 du 18 octobre 2007** (JO du 20 octobre 2007) relatif au financement du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles pour 2007.

**Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008** (JO du 21 décembre 2007) :

**Article 16 : Préretraites**

- Pour limiter le recours aux préretraites d'entreprise, le taux de la contribution patronale créée par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites est porté de 24,15 % à 50 % et les taux réduits sont supprimés.

Les avantages servis à compter du 11 octobre 2007 à de nouveaux préretraités, en application de dispositifs institués par les entreprises avant le 28 mai 2003, sont désormais soumis à cette contribution.

- Par ailleurs, les allocations de préretraites sont pour les droits ouverts à compter du 11 octobre 2007 assujetties à la CSG au taux de 7,5 % soit le taux applicable aux revenus d'activité. Pour les droits ouverts avant le 11 octobre 2007, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer (avec exos et taux réduits).

Les personnes bénéficiaires d'une allocation ou d'un avantage de préretraite ne peuvent ni être exonérées de CSG (pour les personnes exonérées de la taxe d'habitation), ni être assujetties au taux réduit de 3,8 % pour les personnes redevables de la taxe d'habitation, mais dont le montant de l'impôt sur le revenu est inférieur au seuil de mise en recouvrement de 3,8 % ou au taux de 6,6 % dans les autres cas.

- S'agissant des mises à la retraite d'office, et sans attendre l'extinction au 31 décembre 2009 des accords de branche dérogeant à l'interdiction de mise à la retraite d'office avant soixante-cinq ans, les indemnités versées dans ce cadre - qui étaient auparavant largement exonérées - sont désormais soumises à une contribution de 25 % en 2008 puis de 50 % en 2009 dont le produit sera affecté à la CNAVTS. Cette contribution est également applicable aux indemnités versées aux salariés de plus de soixante-cinq ans.

La loi supprime par ailleurs le régime social et fiscal favorable dont bénéficiaient entre 2010 et 2014 les branches ayant signé des accords dérogatoires. Le régime fiscal et social des indemnités versées dans le cadre de ces accords est aligné sur celui des indemnités de départ volontaire à la retraite.

**Article 17 : CSG des non salariés agricoles - exonération de cotisations patronales pour l'emploi des accueillants familiaux :**

- La contribution sociale généralisée (CSG) des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole nouvellement installés est actuellement calculée sur une assiette forfaitaire régularisée lorsque les revenus définitifs sont connus. Les modalités de calcul de cette assiette forfaitaire conduisent près de la moitié des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à payer une contribution supérieure, parfois dans des proportions importantes, à celle due au moment de la régularisation lorsque les revenus sont connus. Les caisses de mutualité sociale agricole doivent alors procéder à des remboursements de contributions.

Pour éviter ces remboursements, le I de l'article 17 de la loi modifie, comme cela a été fait en matière de cotisations sociales, l'assiette forfaitaire régularisable servant au calcul de la CSG pour les nouveaux installés. Celle-ci est désormais fixée à 600 SMIC.

Parallèlement, la loi abaisse de 150 à 100 SMIC l'assiette forfaitaire régularisable servant au calcul de la CSG pour les personnes redevables de la cotisation de solidarité définie à l'article L.731-23 du code rural débutant leur activité

- Le II de l'article 17 maintient le principe d'annualité pour le recouvrement de la CSG dues par les chefs d'exploitation lors de la cessation d'activité des intéressés sauf en cas de décès.
- ☐ Le III de l'article 17 rétablit l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi des accueillants familiaux par des groupements professionnels agricoles. En effet, cette disposition qui, tant qu'elle figurait dans le code de l'action sociale et des familles, était applicable au régime agricole, ne l'était plus depuis qu'elle avait été intégrée dans le code de la sécurité sociale.

**Article 18 : Exonérations JA et cessation temporaire d'activité :**

Les conditions de mise en oeuvre de l'exonération partielle de cotisations dont peuvent bénéficier les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise pendant les cinq

premières années qui suivent leur installation, sont modifiées en ouvrant la possibilité de suspendre le bénéfice de l'exonération pendant les périodes de cessation temporaire d'activité.

**Article 22 : Cotisations patronales ATMP :**

En vue de promouvoir la prévention, la loi supprime les exonérations de cotisations employeur en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles des dispositifs d'exonération totale suivants :

- zones de revitalisation rurale ou urbaine,
- aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise,
- exonérations services à la personne,
- structures d'aide sociale,
- entreprises implantées dans les départements d'outre mer,
- embauches de salariés sous CDI par les groupements d'employeurs agricoles
- transformations de CDD en CDI par les employeurs du secteur agricole
- contrats d'accompagnement dans l'emploi et contrats d'avenir,
- contrats d'accompagnement dans l'emploi dans les départements d'outre mer,
- zones franches urbaines,
- jeunes entreprises innovantes,
- organismes d'intérêt général et associations en zones de revitalisation rurale
- bassin d'emploi à redynamiser.

Sont concernées les cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Article 57 : Amélioration de l'indemnisation du congé maternité pour les professions indépendantes (BPAS)

**Article 112 : Travail dissimulé:**

En cas de constat de travail dissimulé, les inspecteurs des URSSAF et de la MSA peuvent exploiter les procès-verbaux des autres services de contrôle (police, inspection du travail ...) et procéder au recouvrement des cotisations, sans refaire le contrôle.

Par ailleurs, les sanctions du travail illégal sont rendues plus dissuasives en permettant de procéder à un redressement forfaitaire correspondant à 6 mois de SMIC (près de 3.500 €) lorsqu' aucun élément ne permet de connaître la rémunération versée au salarié en contrepartie de l'activité non déclarée par son employeur.

Les modalités d'annulation des exonérations ou réductions de cotisations ou contributions suite au constat d'un délit de travail dissimulé, sont complétées pour permettre la modulation du montant de l'annulation, proportionnellement à la quantité de travail dissimulé que l'employeur aura utilisé à son profit.

**Article 12§2**

- 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.

Réponse

Les mesures législatives ci-dessus ne modifient pas l'application des parties ratifiées du code européen de la 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

Sur les données chiffrées, statistiques et autres informations pertinentes, se reporter au 19ème rapport annuel (détaillé) d'application par la France du code européen de sécurité sociale.

**Article 12§3**

- 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 l'amélioration du système de sécurité sociale, ainsi que sur les éventuelles mesures visant à le restreindre.

Réponse

Voir réponses sous l'article 12§1.



**En réponse au CEDS** concernant les *données sur les réformes du financement de la sécurité sociale, des prestations de maladie et de chômage ainsi que des retraites à la lumière des critères fixés par le Comité*, il est précisé qu'il n'y a pas eu de réforme des modalités de financement de la sécurité sociale durant la période de référence précédente. Il y a simplement eu différentes mesures d'ajustement à l'occasion des lois annuelles de financement comme cela a été



le cas pour la période de référence examinée en I. Il est à noter également que les mesures d'allègement ou d'exonération des charges sociales, remboursées par le budget de l'Etat n'ont pas de conséquence sur le budget de la sécurité sociale.

#### **Article 12§4**

- 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

Le cadre juridique général est inchangé. Se reporter aux rapports antérieurs. Les accords bilatéraux de sécurité sociale peuvent être consultés sur: [www.cleiss.fr/docs/textes/index.html](http://www.cleiss.fr/docs/textes/index.html)



#### **Réponse au CEDS**

***Versement des prestations familiales : le fait d'exiger que l'enfant concerné réside sur le territoire en question est compatible avec l'article 12§4 et à son annexe ... mais les Etats qui appliquent cette clause sont dans l'obligation de conclure un accord bilatéral avec les Etats qui appliquent un principe différent en vue de garantir l'égalité de traitement au sens de l'article 12§4 :***

Les autorités françaises ne comprennent pas cette demande et estiment que la garantie de l'égalité de traitement sur le territoire d'un autre Etat ne peut leur incomber via l'obligation de conclure un accord avec cet autre Etat.

***Signification des termes "stricte égalité de traitement entre ressortissants français et non ressortissants" :***

Par stricte égalité de traitement, il est entendu qu'il n'existe qu'une seule législation applicable à la fois aux nationaux et aux non ressortissants. Aucune mesure particulière n'affecte ces derniers.

***Non assujettissement à une condition de durée de résidence pour l'ouverture***

*du droit aux diverses prestations de sécurité sociale des ressortissants des Etats parties à la Charte ou à la Charte révisée : application également aux pensions ?*

Il est confirmé que la législation française obligatoire de sécurité sociale ne comporte pas de périodes de résidence applicables spécifiquement aux étrangers pour l'ouverture du droit aux prestations, y compris pour les pensions de vieillesse et de survivant. Il n'est donc également pas demandé de condition de résidence à un non ressortissant d'un Etat partie à la Charte ou à la Charte révisée pour l'obtention d'une pension de réversion de vieillesse.

*Conservation satisfaisante des avantages acquis en matière de pensions de vieillesse: application de ce principe aux prestations et pensions en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, aux pensions d'invalidité et de survivants des ressortissants de la Charte ou de la Charte révisée non couverts par un accord bilatéral ?*

Les droits acquis en matière de vieillesse (pensions et survivants) sont conservés quelle que soit la nationalité et le lieu de résidence du bénéficiaire direct (le travailleur) ou potentiel (son éventuel conjoint survivant) en l'attente de l'âge de liquidation.

En revanche, ce principe de conservation est sans objet pour les prestations d'accidents et de maladies professionnels et les prestations d'invalidité car ces assurances ne reposent pas en France sur la durée de l'affiliation (et donc sur une accumulation des droits). L'attribution de la prestation ou de la pension est fonction de l'existence d'une affiliation au moment où est reconnue la maladie professionnelle ou l'invalidité ou au moment où survient l'accident professionnel. Nationaux et non ressortissants sont traités de la même manière à cet égard.

En revanche, l'exportation de la pension liquidée est limitée :

- en invalidité, par la condition de pouvoir contrôler la poursuite de l'état d'invalidité de la personne dans son Etat de résidence,
- en accident du travail et maladie professionnelle, à l'existence d'une convention bilatérale entre la France et l'Etat de résidence de la personne ou à ratification par cet Etat de la convention n°19 de l'OIT.

### ***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

**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 délivrée facultativement par des organismes de sécurité sociale, des collectivités publiques ou des associations non gouvernementales aux personnes les plus défavorisées.

Le système, déjà été décrit dans les rapports précédents, a connu plusieurs réformes sur la période couverte par le présent rapport (01/01/2005 au 31/12/2007).

Plusieurs réformes intervenues sur la période 2005 – 2007 doivent être mentionnées en ce qu'elles ont contribué à l'amélioration des ressources des allocataires de prestations d'assistance et renforcé la politique d'accès à l'emploi de ces personnes :

- dans le cadre de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le Gouvernement a porté une attention particulière à la question des ressources des personnes handicapées :
  - pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle, les possibilités de cumul de l'AAH avec un revenu d'activité ont été améliorées. Ainsi, les personnes handicapées qui occupent des emplois, en particulier à temps partiel, ont la garantie que l'effort consenti pour exercer une activité ne sera pas annulé par une diminution rapide de leurs ressources de solidarité. Appelé communément « intéressement », ce dispositif n'est pas limité dans le temps : il s'applique pendant toute la durée où l'allocataire perçoit des revenus d'activité. De même, le cumul de l'AAH et d'une activité à caractère professionnel est possible pour les personnes travaillant en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ;
  - la création de la Garantie de ressources des personnes handicapées (GRPH – complément à l'AAH) pour compenser l'absence de revenu d'origine professionnelle de personnes handicapées qui n'ont aucune perspective d'emploi et donc aucune perspective de ressources issues du travail ;
  - la création de la majoration pour la vie autonome (MVA – complément à l'AAH) pour aider les allocataires de l'AAH ne disposant d'aucun revenu d'activité propre de vivre dans un logement indépendant et de faire face aux charges supplémentaires que cela implique ;
  - l'assouplissement de la condition de résidence pour les allocataires qui s'absentent plus de trois mois hors de France pour poursuivre des études,
  - l'extension de l'obligation d'emploi aux bénéficiaires de l'AAH ;
  - Raccourcissement des délais d'instruction des demandes d'AAH et simplification des modalités de gestion de l'allocation dans le cadre d'importantes réformes institutionnelles (création des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et des Maisons départementales des personnes handicapées)
- La loi du 23 mars 2006 a réformé le dispositif dit « d'intéressement » qui permet aux bénéficiaires de l'allocation de revenu minimum d'insertion (RMI), de l'allocation de parent isolé (API) et de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) de cumuler en tout ou partie, leurs revenus d'activité avec leur allocation :
  - l'ancien mode d'intéressement, issu de la réforme de 2001, était jugé trop complexe et ses incitations financières trop peu visibles.
  - la loi du 23 mars 2006 a institué un dispositif plus lisible, reposant sur :
    - un cumul intégral de l'allocation et du salaire pendant les trois premiers mois de la reprise ;
    - à compter du 4<sup>ème</sup> mois et pendant les neuf mois suivants pour

- les reprises au-dessus de 78h, une prime forfaitaire de 150 € (pour les bénéficiaires de l'ASS ou du RMI sans charge de famille) majorée de 75 € pour les autres bénéficiaires ; une prime proportionnelle en dessous de 78 h permettant le cumul partiel du salaire et de l'allocation ;
- quelle que soit la quotité de travail de la reprise, le versement d'une prime forfaitaire de 1 000 € (à la charge de l'Etat) au 4ème mois de la reprise : la prime de retour à l'emploi, initialement instituée par décret (2005) pour compenser les coûts liés à une reprise d'activité (coûts de déplacement, de garde d'enfant et perte d'aides liées au statut antérieur), pérennisée et améliorée par la loi n° 2006-339 du 23 mars 2006 supprimant les conditions sur la nature de l'employeur.
- Enfin, au cours de l'année 2007, une profonde réforme des minima sociaux a été annoncée, notamment sur la base des travaux de 2005 d'une commission « familles, vulnérabilité, pauvreté », dans le cadre des objectifs fixés par le Président de la République dans la lettre de mission du Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté (9 juillet 2007). Il s'agit de transformer en profondeur les minima sociaux afin que le retour à l'emploi soit toujours plus rémunérateur que le maintien dans l'assistance, et que le travail donne à tous la garantie de sortir et d'être protégé de la pauvreté. Cette réforme s'appuiera sur les expérimentations du revenu de solidarité active (RSA) prévues par la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat. 34 départements et l'État ont pu expérimenter en faveur des bénéficiaires du RMI et de l'API, un nouveau mécanisme d'intéressement à la reprise d'activité.

### **L'assistance médicale**

La couverture maladie universelle (CMU) de base permet à toute personne résidant de manière régulière et stable en France de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité (frais de santé pris en charge par la sécurité sociale). La CMU complémentaire permet aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil mensuel de 606 euros pour une personne seule en 2007 (621 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2008) de bénéficier 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).

Les étrangers qui justifient de la condition de résidence stable et ininterrompue depuis plus de trois mois sur le territoire français mais ne remplissent pas la condition de régularité de séjour peuvent prétendre à l'Aide Médicale de l'Etat (AME), si leurs ressources ne dépassent pas le plafond mensuel mentionné ci-dessus pour la protection complémentaire de la CMU.

Les soins urgents 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 d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité de séjour et qui

ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État sont pris en charge sur une dotation forfaitaire versée par l'État aux organismes d'assurance maladie.

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

**L'assistance médicale.**

Les décrets n° 2005-859 et 2005-860 du 28 juillet 2005 ont établi la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la liste des pièces justificatives de l'identité du demandeur, de sa résidence en France et de ses ressources. L'arrêté du 19 mai 2006 a fixé un nouveau modèle de formulaire de demande d'aide médicale de l'État. L'arrêté du 6 mai 2008 a fixé les données comptables et statistiques fournies par la CNAMTS sur l'aide médicale de l'État et les prises en charge de soins urgents.

Dans un avis du 3 novembre 2004, le comité européen des droits sociaux avait relevé qu'en ce qui concerne l'application de l'article 13 de la Charte sociale européenne révisée la législation française « ne prive pas les étrangers en situation irrégulière de tout droit à l'assistance médicale puisque (elle) prévoit :

- l'aide médicale de l'État (AME) qui couvre certains frais pour tout étranger ayant résidé en France pendant une période ininterrompue de plus de trois mois même s'il ne remplit pas les conditions de résidence régulière ;
- la prise en charge du traitement des autres étrangers en situation irrégulière en cas d'urgence mettant en cause le pronostic vital. »

En revanche, le comité européen des droits sociaux avait estimé que l'article 17 de la Charte révisée, « directement inspiré de la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'enfant », s'opposait à ce que la condition de trois mois de résidence en France soit appliquée aux enfants des demandeurs de l'aide médicale de l'État.

Se fondant sur l'article 3-1 de la convention précitée relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990 qui stipule que « l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale », Le Conseil d'État, par un arrêt du 7 juin 2006, a annulé les décrets précités du 28 juillet 2005 « en tant qu'ils mettent en œuvre à l'égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ». En application de cette jurisprudence, la CNAMTS a demandé aux organismes d'assurance maladie qui gèrent l'aide médicale de l'État de « prendre en charge les enfants mineurs durant les trois premiers mois et ensuite les parents afin que toute la famille relève du même dispositif. Les droits des enfants mineurs prennent effet au jour de la demande d'aide médicale de l'État formulée par le représentant légal et prennent fin au jour où il est possible d'enregistrer ces enfants à un autre titre, à savoir, par exemple, en tant que personnes à charge du représentant légal bénéficiaire de l'aide médicale de l'État ou en tant qu'ayant droit du représentant légal affilié à un autre régime. »

**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

### **L'assistance sociale**

#### Le seuil de pauvreté en France

Le seuil de pauvreté en France se situe à 681 euros de revenus mensuels (50% du revenu médian en 2005).

En tant que tel, le niveau du revenu minimum d'insertion (RMI), fixé à 440,86 euros net pour une personne seule se situe au-dessous du seuil de pauvreté. Il faut toutefois tenir compte des diverses aides (ou droits connexes) apportées aux bénéficiaires du RMI pour comparer au seuil de pauvreté. 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, ...) ou de l'accès gratuit à certains services.

#### 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. Il s'adresse principalement aux populations suivantes : les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes isolées et les personnes privées d'emploi et disposant de faibles ressources. La mise à jour de ces mesures est la suivante :

- RMI : le montant minimum est de 440,86 euros par mois pour une personne seule au 1/1/2007. En 2007, 1 230 279 personnes (métropole et départements d'outre-mer) ont bénéficié du RMI pour un coût en terme d'allocation de l'ordre de 5,2 milliards d'euros (hors prime exceptionnelle de fin d'année).
- Allocation de parent isolé (API) : 213 148 personnes ont bénéficié en 2007 de l'API pour un coût d'environ 1,110 milliards d'euros
- Allocation de solidarité spécifique (ASS) : Le montant maximum de l'ASS est de 14,74 EUR par jour (montant au 1er janvier 2008). L'ASS est payée par l'Assedic, mensuellement, à terme échu. L'ASS est versée en totalité si les ressources de l'allocataire sont inférieures à :
  - 589,60 EUR par mois pour une personne seule,
  - 1179,20 EUR par mois pour un couple (montants au 1er janvier 2008).
- Depuis le 16 novembre 2006, l'allocation d'insertion (AI) est remplacée par l'allocation temporaire d'attente (ATA). Le montant, à taux plein, de cette



allocation est de 10,04 € par jour. Elle est allouée pour 1 an, mais le dossier est réexaminé au bout d'un semestre. L'ATA est une allocation versée aux demandeurs d'asile et à certaines personnes sans emploi.

- Allocation aux adultes handicapés (AAH) : en 2007, 808 164 personnes ont bénéficié de l'AAH pour un coût de 5,376 milliards d'euros. L'allocation de base de 621,27 euros peut être complétée, pour les allocataires présentant un taux d'incapacité permanente supérieur à 80%, par une majoration pour vie autonome (MVA) fixée à 103,63 euros ou par le complément de ressources (CPR), pour les handicapés qui ne peuvent pas travailler, de 179,31 euros.
- L'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité (ASI), peut venir en "supplément" d'une allocation d'invalidité ou de vieillesse lorsque les ressources sont inférieures à un plafond (7 635,53 euros pour une personne seule ou à 13 374,16 euros pour un couple). Cette allocation du FSI ne peut être supérieure à 4 391,68 euros par an.
- Allocation d'assurance veuvage (AAV) pour les personnes dont les ressources sont inférieures à 2098,27 euros par trimestre depuis le 1/09/08.
- Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).
- Allocation simple à domicile de l'aide sociale aux personnes âgées : en application de l'article 3 II et III de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, le montant de l'allocation simple à domicile et le plafond de ressources ont été assimilés à ceux de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Cette allocation de l'aide sociale aux personnes âgées, à la charge de l'État, permet aux personnes âgées de plus de 65 ans (ou 60 en cas d'inaptitude au travail) de bénéficier du minimum vieillesse (621,27 € /mois en 2007), quand elles n'ont pas droit à l'allocation de solidarité aux personnes âgées et qu'elles ne se sont pas constituées de droits à une pension de retraite au cours de leur activité professionnelle.

### **L'assistance médicale**

L'aide médicale de l'État ouvre aux étrangers résidant en France en situation irrégulière depuis plus de trois mois et justifiant de ressources qui ne dépassent pas le même plafond que pour l'accès à la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (606 € en 2007, 621 € au 1<sup>er</sup> juillet 2008) un droit à la prise en charge intégrale de leurs soins, sans avance préalable, comparable à la couverture de santé des bénéficiaires de la CMU et de la protection complémentaire.

Ainsi, dépassant le cadre des stipulations prévues par l'article 13§4 de la charte sociale européenne révisée qui visent uniquement les personnes répondant à une condition de régularité du séjour, une assistance médicale complète sous la forme d'une protection de santé gratuite accordée pour une année et renouvelable est accordée, de façon équivalente, aux personnes résidant en France quelle que soit leur situation à l'égard des lois sur le séjour en France des étrangers.



## **Les conclusions du CEDS en 2006**

### En réponse à l'avis du CEDS sur l'aide sociale aux jeunes de moins de 25 ans

Le revenu minimum d'insertion est une allocation qui n'est pas attribuée aux jeunes de moins de 25 ans qui bénéficient de d'autres titres de l'aide de l'Etat. En effet, les jeunes handicapés peuvent percevoir un minimum social spécifique, d'un montant supérieur au revenu minimum d'insertion, l'allocation aux adultes handicapés (dès l'âge de 20 ans, ou dès 16 ans la personne n'est plus considérée comme à la charge de ses parents), qui vient en relais de l'allocation d'éducation spéciale bénéficiant aux jeunes handicapés et à leur famille. En outre, les jeunes parents isolés peuvent percevoir l'allocation pour parent isolé (sans condition d'âge), d'un montant supérieur au RMI.

Le choix de ne pas attribuer le revenu minimum d'insertion aux jeunes de moins de 25 ans s'explique d'abord par la volonté 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.

D'autre part, des dispositifs sont développés spécifiquement pour les jeunes :

- ✓ Le revenu minimum leur est accordé s'ils ont charge de famille ou attendent un enfant ;
- ✓ Le jeune de moins de 25 ans présent dans une famille pauvre est pris en compte dans la détermination de l'aide sociale (revenu minimum d'insertion)
- ✓ Des dispositifs spécifiques sont mis en œuvre pour favoriser l'insertion professionnelle des jeunes : 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 particulier, des structures qualifiées de « deuxième chance » sont développées pour préparer à la vie professionnelle des jeunes sortis sans qualification du système scolaire.

Les départements, à qui la gestion de l'allocation de revenu minimum d'insertion a été décentralisée, peuvent choisir de modifier le dispositif pour améliorer la situation de certains jeunes

### En réponse à l'avis du CEDS sur l'octroi du RMI aux étrangers non communautaires

Il convient de rappeler que la loi du 18 décembre 2003 portant décentralisation du RMI a mis la législation française en conformité avec le droit communautaire concernant les ressortissants de l'Union européenne (article L. 262-9-1 du code de l'action sociale et des familles). Il en résulte que la condition de résidence en France ne leur est pas opposable. Par ailleurs, l'élargissement récent de l'Union européenne aboutit à réduire de fait le nombre des Etats parties à la Charte sociale européenne auxquels la condition de résidence reste opposable.

En revanche, cette loi n'a pas modifié les conditions d'accès au RMI des étrangers non communautaires. Ainsi, les étrangers remplissant certaines conditions de séjour

révélant la stabilité de leur présence en France et une volonté d'insertion, ainsi que les réfugiés, apatrides et titulaires de la protection subsidiaire ont accès au RMI.

En portant de trois à cinq ans la durée de résidence nécessaire pour solliciter une carte de résident, la loi du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité, a eu pour effet d'allonger de deux années la durée de résidence exigée pour l'accès au RMI, qui répond aux mêmes critères. Cependant, la condition de durée de résidence n'est pas opposable aux personnes de nationalité étrangère titulaires de la carte de résident. Par conséquent, cette condition n'est opposable qu'aux personnes étrangères titulaires d'un titre de séjour temporaire.

Pour pouvoir accéder au RMI, les étrangers doivent être en possession :

- soit d'une carte de séjour temporaire à validité professionnelle justifiant d'au moins 5 ans de résidence régulière en France,
- soit d'une carte de séjour temporaire avec mention "vie privée et familiale" justifiant d'au moins 5 ans de résidence régulière en France,
- soit d'une carte de résident.

Les ressortissants algériens doivent être titulaires soit d'un certificat de résidence de ressortissant algérien de 10 ans, soit d'un certificat d'une durée d'un an à validité professionnelle justifiant d'au moins 5 ans de résidence régulière en France.

Quant aux réfugiés, ils ont droit au RMI dès lors qu'ils détiennent :

- soit un certificat de réfugié,
- soit un récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention "reconnu réfugié" d'une durée de 6 mois,
- soit un récépissé portant la mention "reconnu réfugié" d'une durée supérieure à 3 mois.

Une condition de durée de résidence préalable ne paraît pas pouvoir être considérée comme une norme discriminatoire selon les critères de la Convention européenne des droits de l'homme (article 14) visée dans le préambule de la Charte sociale européenne révisée.

## Synthèse du champ des prestations légales

Outils ou dispositifs	Pilote Instance gestionnaire	Classe d'âge Caractéristiques du public et nombre de bénéficiaires	Budget total (dépenses)	Condition d'accès/ type de prestation	finalité
RMI (revenu minimum d'insertion)	Pilotes : départements depuis le 1 <sup>er</sup> /1/2004 Paiement de l'allocation par les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de mutualité sociale agricole (MSA)	1 230 279 bénéficiaires en moyenne en 2007, dont environ 3% de moins de 25 ans.	Prévisions 2007 : 5,2 Mds€ contre 5,2 Mds€ en 2006	- conditions d'âge (25 ans), de résidence et de ressources. - En 2007, le montant du RMI pour un isolé est de 440,86 euros par mois et de 661,29 euros pour un couple. Barème familialisé : majoration de 132,26 euros pour chacun des 2 premiers enfants (pour un couple) ou 2 <sup>e</sup> enfant pour un isolé, et de 176,34 euros à partir du 3 <sup>e</sup> enfant.	Principe du double droit: un droit à une allocation et un droit à l'insertion  Contrat d'insertion conclu entre le bénéficiaire (et les personnes prises en compte pour la détermination du montant de l'allocation) et le département représenté par le président du conseil général
API (allocation de parent isolé)	Pilote national Etat (DGAS) Paiement de l'allocation par les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de mutualité sociale agricole (MSA)	213 148 bénéficiaires en moyenne en 2007, dont 37% de moins de 25 ans	1,110 Mds€ en 2007 en progression de 4,5 % par rapport à 2006	- Réglementation globale des prestations familiales (conditions de résidence, de régularité de séjour et isolement avéré). En 2007, le montant de l'API est de 748,24 € par mois pour un parent isolé avec un enfant, auxquels on ajoute 187,06 € par enfant - Condition de ressources	Droit objectif dès que les conditions sont remplies  Statut de minimum social mais contexte de prestation familiale au parent isolé (absence de contrepartie au versement de l'allocation)

Outils ou dispositifs	Pilote Instance gestionnaire	Classe d'âge Caractéristiques du public et nombre de bénéficiaires	Budget total (dépenses)	Condition d'accès/ type de prestation	finalité
AAH (allocation aux adultes handicapés)	<p>Pilote national Etat (DGAS)            Paiement de l'allocation par les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de mutualité sociale agricole (MSA)</p> <p>Les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont chargées de l'instruction, dans les MDPH (maisons départementales des personnes handicapées)</p> <p>Les conditions administratives sont vérifiées par organismes (CAF et MSA) qui assurent le paiement de l'allocation</p>	808 164 bénéficiaires en 2007 dont 7% de moins de 25 ans	5,376 Mds€ en 2007 en progression de 2,8 % par rapport à 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réglementation des prestations familiales (condition de résidence, régularité de séjour)</li> <li>- taux d'incapacité d'au moins 50 %</li> <li>- si le taux d'incapacité est inférieur à 80 %, condition d'impossibilité de se procurer un emploi (L.821-2)</li> <li>- plafond de ressources annuel de 7.537,20 euros pour un isolé, doublé pour un couple et majoré de 50 % par enfant à charge</li> </ul>	

## Article 13§2

- 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

Aucun élément nouveau depuis le précédent rapport.

**Article 13§3**

- 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

L'assistance sociale est apportée par des services publics communaux, intercommunaux ou départementaux, par les guichets de paiement des prestations sociales ; des organisations non gouvernementales apportent également leur concours (voir article 14).

**Article 13§4**

- 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**L'assistance médicale.**

Les décrets n° 2005-859 et 2005-860 du 28 juillet 2005 relatifs à l'aide médicale de l'État ont mis à jour la réglementation de cette prestation, qui datait du décret n°93-648 du 26 mars 1993 et qui n'avait pas été adaptée après la réforme de l'aide médicale de l'État à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000. La réglementation de l'ancienne aide médicale qui était destinée à des personnes françaises démunies pouvait fonder la vérification des conditions d'identité et de ressources notamment sur les déclarations du demandeur, celles-ci étant vérifiables immédiatement auprès des services fiscaux.

L'aide médicale de l'État étant depuis 2000 la couverture de maladie des étrangers résidant en France en situation irrégulière, la bonne gestion administrative de la prestation ne permettait plus de s'en remettre aux déclarations des demandeurs quant à leur identité, à l'effectivité de leur résidence en France et à leurs ressources. Le rapport d'une mission de l'IGAS de février 2003 avait constaté le désordre auquel

conduisait la conservation de l'ancienne réglementation à l'égard de la nouvelle population concernée : à Paris, la part des déclarations sur l'honneur de résidence en France atteignait 40 % et celle des déclarations sur l'honneur d'absence de ressources jusqu'à 99 % des demandes.

**Le décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005** a institué des listes ouvertes de documents propres à justifier l'identité et la durée de la résidence en France. Plutôt qu'une inutile déclaration sur l'honneur d'absence de ressources, il est désormais demandé au postulant à l'aide médicale de l'État d'indiquer la nature de ses moyens d'existence en France.

Les documents demandés pour la justification de l'identité et de la durée de résidence en France ne rompent pas avec la pratique antérieure aux décrets, puisqu'avant ceux-ci, comme il a été établi par la mission précitée de l'IGAS, la résidence en France se justifiait dans 48 % des cas par le passeport avec visa, dans 28 % des cas par le passeport sans visa, dans 15 % des cas par un titre de séjour expiré. Les listes du décret du 28 juillet 2005 ont repris la mention de ces documents et se sont élargies à d'autres documents possibles, selon un éventail très ouvert tels qu'une attestation de domiciliation, une attestation d'hébergement, une attestation de scolarité d'un établissement d'enseignement, un document relatif à une prestation servie par une collectivité locale, un organisme de sécurité sociale ou une ASSEDIC, un bulletin d'hospitalisation, le titre de recettes ou la facture d'un établissement de santé, une attestation établie par un professionnel de santé ou une association reconnue.

Quant aux ressources, elles font l'objet de **déclarations** de la part des demandeurs. Leur justification par des documents n'est jamais exigée. Lorsque le demandeur indique qu'il ne peut pas faire état des ressources dont il dispose, des précisions sur les charges de vie qu'il assume (par exemple : loyer immobilier, charges de famille dans le pays d'origine) peuvent éclairer ses moyens d'existence. Le service qui l'aide à constituer le dossier de demande lui propose, au vu des indications fournies, une estimation chiffrée du montant des ressources.

Ainsi, les textes réglementaires du 28 juillet 2005 ont-ils mis en place les moyens d'un accès contrôlé à la prestation, adapté à la situation des étrangers auquel il s'adresse et prenant en compte les difficultés administratives qui leur sont propres. L'instruction ouverte et équilibrée des demandes que ce dispositif permet aux organismes d'assurance maladie qui en ont la charge, est le garant de la stabilité de la couverture de santé assuré pour une année renouvelable aux étrangers en situation irrégulière. Au contraire, un libre accès aux soins gratuits, sans contrôle de conditions d'identité, de résidence en France et des moyens d'existence pour toute personne étrangère entrant en France ne pourrait que porter préjudice à l'ensemble du dispositif.

***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).

**Instrument 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

**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

**En réponse au CEDS** qui demande des informations sur la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, il convient de noter que celle-ci rénovant l'action sociale et médico-sociale a transformé en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux dédiés à 4 grandes catégories de population particulièrement fragiles : enfance et familles en difficulté-personnes handicapées- personnes âgées- personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Derrière ce texte, il y a une forte volonté d'individualiser les actions menées auprès des bénéficiaires, d'affirmer et de promouvoir leur participation et leurs droits ainsi que ceux de leur entourage, de renforcer les régulations et les coopérations des acteurs.

Par exemple, de façon concrète, chaque établissement et service concerné doit élaborer un livret d'accueil, une charte des droits et libertés de la personne accueillie, un contrat de séjour qui précise la prise en charge et le projet de vie, un projet d'établissement ou de service, mettre en place un conseil de vie sociale et une fonction de conciliateur au sein de l'établissement.

Par le mécanisme d'évaluation (évaluation interne/auto évaluation et évaluation externe) qui doit être mis en place, selon un calendrier défini (tous les 5 ans pour l'évaluation interne, tous les 7 ans pour l'évaluation externe), par tous les établissements et services, est visée l'amélioration du service rendu aux usagers.

Cette démarche qualité est donc structurée à partir de cette évaluation.

Dans ce cadre, les pratiques professionnelles sont réfléchies, formalisées et transparentes.

Pour accompagner cette démarche d'évaluation, l'identification et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques, la loi a mis en place l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale.

L'agence poursuit notamment l'accompagnement du déploiement de l'évaluation ; elle doit prochainement produire un nouveau guide de l'évaluation interne.

Les services sociaux en France sont en totale conformité avec l'interprétation du Comité européen des droits sociaux, tant au plan des finalités que des objectifs d'actions.

La seule différence, mais qui est d'importance, réside dans la gratuité de ces services en France.

**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

Le secteur médico-social compte 24 500 structures, 1 050 000 places, 400 000 salariés.

#### **Article 14§2**

**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 France est consciente que l'action des bénévoles est complémentaire de celle des professionnels; elle souhaite donc un développement accru des réseaux de bénévoles.

L'Etat co finance les associations supports, les têtes de réseaux, ou sur projets. Les associations support, ont quant à elles, une politique active de formation de leur personnel.

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.

Les collectivités territoriales (villes et conseils généraux) soutiennent aussi, localement, les associations de bénévoles par des co financements ou des appuis en logistiques, ainsi que des campagnes de communication qui permettent de valoriser les initiatives locales et de promouvoir les engagements solidaires des habitants.

**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.**

Il est préalablement important de souligner que si les associations du secteur social et de celui de la santé sont majoritairement non lucratives, elles ne fonctionnent pas exclusivement sur le bénévolat. Ces secteurs n'accueillent pas la plus forte part du bénévolat pratiqué en France : 13% est pratiqué dans ces associations (soit 121 550 bénévoles équivalent temps plein)<sup>3</sup>. Les deux secteurs sont par ailleurs souvent associés dans les statistiques, c'est pourquoi le secteur de la santé est parfois mentionné également ici.

Les seules associations du social représentent 5,5% des associations en activité en France. Si l'on y ajoute les associations du secteur de la santé, elles représentent 11,3% (soit 123 800 associations). Le nombre d'associations de ces deux secteurs augmente annuellement de 5,7% depuis 6 ans.

Les associations des secteurs du social et de la santé disposent d'un budget cumulé de 21 milliards d'euros.

En plus des associations, les 1 500 fondations en activité en France jouent un rôle social majeur. Elles sont strictement « opérationnelles », redistributrices de fonds en fonction de politiques structurées, ou associent les deux fonctions (gestion d'établissements et élaboration de programmes de soutien financier) tout en faisant participer activement les bénéficiaires à la mise en œuvre de ces programmes.

### **Niveau d'accès effectif des individus à ces services**

L'intervention des associations du secteur social est essentiellement locale : 47% agissent au niveau de la commune et 27% au niveau du département.

Les associations des secteurs sanitaire et social reposent à hauteur de 67% sur des ressources d'origine publique ce qui permet un accès du plus grand nombre à leurs services.

La loi dite 2002-2 institue la mise en place de comités d'usagers dans les établissements du secteur sanitaire et social. Mais sa mise en œuvre, notamment pour les personnes les plus exclues, reste difficile. La Fondation de France intègre une aide complémentaire dans la quasi-totalité de ses appels à projets pour soutenir les porteurs de projets qui s'engagent dans une démarche favorisant l'implication active des personnes bénéficiaires, parmi lesquelles des personnes exclues.

---

<sup>3</sup> Toutes les données statistiques citées sont extraites du rapport de Viviane Tchernonog, *Le paysage associatif français : mesures et évolutions*, Dalloz, 2007

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

### Réponse

**Ressources des personnes âgées** : pas de modifications législatives et réglementaires significatives pour ce qui concerne les règles des régimes de retraite durant la période de référence.

Du point de vue **des soins de santé pour les personnes âgées** : pas non plus de modifications législatives significatives pour ce qui concerne l'assurance maladie des personnes âgées (prise en charge identique quelque soit l'âge des assurés

et de leurs membres de famille).

### **Mesures sociales**

La prise en charge des personnes âgées dépendantes connaît depuis quelques années un complet bouleversement, avec quatre avancées :

- Le plan « vieillissement solidarités » relayé par la plan « solidarité grand âge », qui constitue un effort sans précédent de création de places nouvelles en établissements et services : en 4 ans, 20 000 places de SSIAD, 19 000 places d'EHPAD, 6 000 places d'accueil de jour et 3 000 places d'hébergement temporaire.
- La médicalisation des maisons de retraite a radicalement transformé la prise en charge en établissement. Environ 90 % des places concernées font l'objet d'une convention tripartite au 31 décembre 2007, date butoir confirmée par la LFSS pour 2008. Cette orientation se poursuit avec la seconde génération des conventions, basée un nouveau mode de tarification qui intègre le calcul de la charge en soins par résident.
- L'institution de la journée de solidarité a permis de disposer d'une ressource pérenne affectée au financement des dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie, l'APA et la PCH, ainsi qu'une partie des dépenses de santé des établissements et service.
- La création de la CNSA a permis de garantir que les crédits nouveaux seront effectivement consacrés aux personnes âgées dépendantes et handicapées. En outre la CNSA a mis en place depuis sa création une véritable animation du secteur et son conseil est devenu un lieu de débat pour l'ensemble des partenaires concernés.

Ces avancées sont à resituer dans le cadre global de la réorganisation du champ social et médico-social, sous l'impulsion de la loi 2002-2 : incitation à la coopération et à la complémentarité avec comme outils les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens et les groupements de coopération sociale et médico-sociale, accent mis sur l'usager la mise en place de nouveaux droits et des conseils de la vie sociale dans les établissements, introduction d'une logique de projet avec une obligation d'évaluation interne et externe au moyen de procédures aujourd'hui validés par l'agence nationale de l'évaluation, généralisation de la convergence tarifaire.

- ***A domicile***

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a constitué une réelle avancée par rapport à la prestation spécifique dépendance (PSD) :

- elle cible et solvabilise les grands nombres pour une aide de 6 000 € en moyenne annuelle par personne à domicile, tous GIR confondus ;
- elle touche des personnes aux revenus modestes : à domicile, 83 % disposent de moins de 1 300 € par mois pour une personne seule et de 2 200 € par mois pour un couple (données DREES au 31/12/2006) ;
- elle couvre tout le spectre de la dépendance du GIR 1 à 4 (48 % des personnes relevant du GIR 4 de l'échantillon PAQUID sont atteintes d'un syndrome démentiel, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) ;

- elle repose sur l'évaluation des besoins de la personne dans l'environnement de sa vie quotidienne et sur la définition et la mise en œuvre d'un plan d'aide personnalisé.

Néanmoins, l'analyse du taux de saturation des plans d'aide pointe certaines limites de l'APA à domicile :

- alors que l'APA prévoit qu'elle couvre des aides de toute nature, elle ne solvabilise que très peu d'aides techniques ou d'aménagements du logement et les plans d'aide sont composés à 90 % d'aide humaine.
- les montants moyens des plans d'aide sont, en décembre 2007, inférieurs de 28 % aux plafonds nationaux fixés pour l'APA. Néanmoins, l'écart entre ces montants moyens et les plafonds nationaux est plus faible pour les personnes très dépendantes : les plans d'aide atteignent en moyenne 83 % du barème national pour les bénéficiaires évalués en GIR 1 et 69 % pour celles qui relèvent du GIR 4.
- Le ticket modérateur - nul jusqu'à un revenu de 677 € par mois, il augmente ensuite rapidement jusqu'à atteindre 90 % à partir d'un revenu de 2700 € - peut être relativement élevé pour des revenus modestes, par exemple 280 € pour une personne dont le revenu est de 1200 € au plafond du GIR 1. Ces tickets modérateurs peuvent introduire un mécanisme d'auto-limitation du plan d'aide, voire de non-recours à l'APA.

Le rapport du Centre d'analyse stratégique de juin 2006 « personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » souligne par ailleurs l'insuffisance de l'aide apportée par l'APA pour les personnes âgées isolées.

Les volumes moyens d'aide fournie par les professionnels et par l'entourage correspondent à peu près aux données établies par la conférence de consensus de 2004, soit de l'ordre de 150 heures par mois. En revanche, ils apparaissent insuffisants pour les personnes isolées, quand on prend en compte l'ensemble des aides reçues, c'est-à-dire celles attribuées dans le cadre de l'APA, les soins à domicile et les aides de l'entourage.

Enfin, la structuration des services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile peut conduire à des restes à charge cachés qui provient du différentiel entre le coût de référence horaire pris en charge par le conseil général dans le cadre de la mise en œuvre du volet « aides humaines » du plan d'aide APA et le coût réel pratiqué par le service prestataire d'aide à la personne lorsqu'il est agréé et fixe, de ce fait, librement ses tarifs.

- **En établissement :**

Le reste à charge des personnes hébergées en EHPAD se compose :

- du tarif hébergement
- du tarif dépendance (141 €/mois/résident en moyenne). Il s'agit d'un ticket modérateur communément appelé « talon 5-6 » acquitté par tous les

---

<sup>4</sup> SFES - Conférence de consensus 2004- Pampalon R. Colvez A. Bucquet D. 1991 : Établissement d'une table de passage de la dépendance des personnes âgées au besoin d'aide à domicile. *Rev. Epidemiol Sante Publique*. 39 (3) : 263-73.

résidents. Cette participation peut être assortie, le cas échéant, pour les bénéficiaires de l'APA d'une participation financière en fonction de leurs ressources qui se déclenche à compter de 2 234 €/mois.

De nombreuses études présentées ces dernières années<sup>5</sup> montrent que 70 % des résidents ne peuvent acquitter leurs frais d'hébergement : avec un reste à charge moyen évalué à 1 600 € par mois (données DREES) et des retraites dont le montant moyen s'élève à 1 200 € (données DREES), le coût de résidence en établissement est en moyenne supérieur de 420 € aux pensions perçues par un retraité de 80 ans.

Le cumul des différentes aides dont peuvent bénéficier les personnes âgées permet de solvabiliser :

- les personnes aux revenus les plus faibles par le biais de l'aide sociale à l'hébergement, assujettie à l'obligation alimentaire et au recours sur succession,
- et les personnes aux revenus les plus élevés grâce notamment à la réduction d'impôt attachée aux dépenses d'hébergement. La réduction d'impôt permet à une grande majorité de résident de ne plus payer d'impôt et par conséquent d'être éligible au taux de CSG réduit soit une économie de 100 M€ / an qui s'ajoute aux aides fiscales estimées à 150 M€/an.

Par conséquent, les personnes aux revenus moyens ne sont pas ou peu concernés par ces différentes aides et sont fortement pénalisées et désavantagées. Or, la majorité des résidents se situe dans la fourchette des revenus moyens non aidés (c'est-à-dire des revenus compris entre 1 000 € et 1 500 €). Dans la plupart des cas, la solidarité familiale et/ou le patrimoine sont fortement mis à contribution.

### **Services sociaux et médico-sociaux**

- ***Aide ménagère***

L'aide ménagère à domicile est une prestation légale uniquement dans le cadre de l'aide sociale départementale aux personnes âgées et concerne celles d'entre elles bénéficiaires du minimum vieillesse.

Pour les organismes de sécurité sociale, l'aide ménagère à domicile est une prestation extralégale, financée par les fonds d'action sanitaire et sociale mis en place par les caisses vieillesse des différents régimes de base pour les personnes âgées.

- ***Les services de soins infirmiers à domicile***

Les services de soins à domicile sont des services sociaux et médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et médico-sociale. Ils assurent, sur prescription

---

<sup>5</sup> Rapport de la Cour des Comptes, « Les personnes âgées dépendantes », novembre 2005 ; rapport du Centre d'analyse stratégique « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », juin 2006 et le rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale de l'Assemblée nationale approuvé le 17 mai 2006 sur « le financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ».



médicale, auprès des personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. De façon dérogatoire, sur avis du contrôle médical, ils peuvent prendre en charge des personnes âgées de moins de 60 ans.

L'âge moyen des bénéficiaires est de 83 ans, et 42% sont en GIR 2 et les GIR 1 représentent 10%. La prise en charge porte en majorité sur des soins d'hygiène et de confort, de mobilisation et/ou transferts. Le SSIAD a un rôle majeur pour la toilette et habillage qu'il gère seul dans 40% des cas et un rôle moindre dans la gestion des problèmes d'élimination, des transferts ou des déplacements intérieurs.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) constituent un maillon essentiel du maintien à domicile :

- Ils ont un rôle de coordination gérontologique de premier plan, c'est le rôle de l'infirmier coordonnateur.
- ils contribuent à un meilleur recours aux soins hospitaliers en prévenant ou en différant les hospitalisations et en facilitant un retour précoce au domicile.
- Par leur situation de proximité et leur intervention au quotidien, ils préviennent et retardent la dégradation progressive de l'état des personnes et l'entrée en établissement.

Le développement des SSIAD constitue un axe important de la politique de libre choix menée par le gouvernement en direction des personnes âgées et handicapées. Le PSGA prévoit la création de 6 000 places de SSIAD par an jusqu'en 2009 puis de 7 500 places à compter de 2010 pour atteindre l'objectif de 232 000 places en 2025.

- **Améliorations du financement et de la tarification des établissements** visant, principalement, à assurer une prise en charge de qualité aux résidents en maisons de retraite (loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, article 69)

Concernant la médicalisation et le conventionnement tripartite, elle vise les points suivants :

- L'achèvement de la première vague de conventionnement pour les établissements n'ayant pas signé de convention au 31 décembre 2007

La date butoir de signature de la première convention tripartite pour les établissements dont le GMP est supérieur à 300 et dont la capacité est au moins égale à 25 lits, n'a donc pas été reportée : maintenue au 31 décembre 2007, elle conduit à encadrer à compter de 2008 la tarification des établissements qui n'ont pas signé leur convention tripartite dans le délai imparti :

- les établissements qui, en application de l'article 5 de la loi APA du 20 juillet 2001, bénéficient déjà d'un forfait global de soins (USLD et maisons de retraite hospitalières notamment) voient leurs ressources bloquées à la valeur de 2007 de leur dotation globale de soins dans l'attente de la signature d'une convention ;
- les établissements non médicalisés, qui ne disposent pas d'une organisation interne des soins et qui font appel aux prestations de soins de ville, se voient allouer un forfait global de soins sur la base d'un tarif à la place fixé par arrêté

ministériel dans l'attente de la signature de leur convention tripartite. Dans les deux cas, la signature de la convention tripartite rouvre la négociation conventionnelle.

Le principe de tarification des établissements n'ayant pas signé de convention avant le 31 décembre 2007 est bien de les engager dans le processus conventionnel afin d'assurer la médicalisation des établissements sur l'ensemble du territoire pour une prise en charge de meilleure qualité. L'arrêté de tarification pris par le préfet prévoit des engagements qualitatifs minimaux pour ces établissements qui permettent de mettre en œuvre, a minima, les droits des résidents dans ces établissements. Une instruction du 29 janvier 2008 aux services déconcentrés détaille la mise en œuvre sans délai de la tarification par arrêté.

Fin mars 2008, les résultats de synthèse issus de SAISEHPAD font état 7 183 établissements conventionnés, représentant 526 723 places installées soit un taux de conventionnement de 94,1 %, pour un montant de crédits engagés au titre des conventions actives de 1,59 Md€

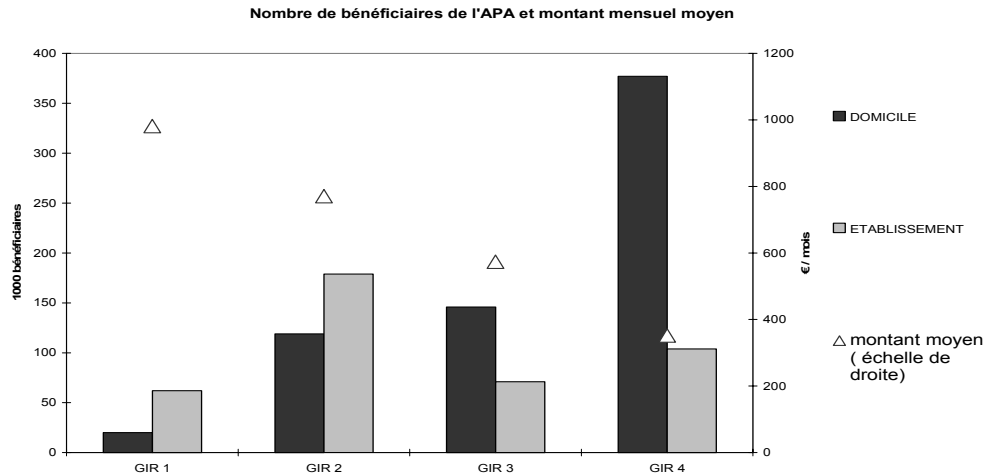
- Concernant le renouvellement des conventions tripartites, une première estimation des coupes PATHOS a été réalisée par la CNAM : elle révèle que 1 293 EHPAD ont vu leur coupe PATHOS validée, ce qui représentent un total de 96 167 places. Pour l'année 2008, ce sont, sur la base des conventions qui arrivent à échéance sur l'exercice, près de 1 100 conventions qui sont concernées par le renouvellement et l'application de la tarification au GMPS.

- Une avancée notoire dans la souplesse de gestion de la médicalisation des logements foyers : la possibilité de conventionner partiellement pour les logements foyers habilités à dispenser des soins aux assurés sociaux.

**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

**Fin décembre 2007, 1 078 000** personnes âgées bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (**APA**) dont 662 000 (61 %) au titre d'un plan d'aide personnalisé à domicile. Soit une progression de 5,2% en glissement annuel, en net fléchissement par rapport à l'année précédente (8,1 %). La dépense à domicile représente 3,04 milliards € en 2007.



### Bénéficiaires de l'aide ménagère en 2006

Nombre total: 447 247

Dont

CNAVTS : 254 572

Départements : 28 800

Autres

(MSA, Mines, RATP, SNCF) 163 875

### Aide ménagère servie par la CNAVTS

Le taux de participation de la CNAVTS a été fixé à 17,46 € au 1er janvier 2007 la semaine (17,69 € en Alsace-Moselle) et 20,13 € (20,36 € en Alsace-Moselle) les dimanches et jours fériés.

### Bilan de l'aide ménagère servie par la CNAVTS

Années	Nombre d'heures	Dépenses
2001	37 042 551	308 012 725
2002	30 482 688	259 645 265
2003	22 999 081	200 435 291
2004	22 548 040	231 687 516
2005	21 608 747	234 610 554
2006	19 700 000	220 260 000
2007	19 050 000	218 620 000

A fin 2006, les **SSIAD** représentent un peu plus de 2 000 services et 91 478 places installées et 92 328 places autorisées et un volume financier de 1 080 millions d'euros. Les SSIAD sont le plus souvent des structures de petite taille (moins de 10 ETP avec majoritairement des aides-soignants qui représentent 80% des actes) et de statut majoritairement associatif.

## Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

(source: DREES, décembre 2006)

	Places	Établissements
Établissements expérimentaux .....	288	44
Hébergements temporaires.....	2 400	131
<b>Logements foyers .....</b>	<b>152 900</b>	<b>2 975</b>
<b>Maisons de retraites (EHPA-EHPAD).....</b>	<b>436 300</b>	<b>6 376</b>
Dont :		
Secteur public.....	221 300	2 732
Secteur privé commercial.....	87 900	1 604
Secteur privé non lucratif.....	127 100	2 040
Unités de soins de longue durée.....	79 300	1 044
<b>TOTAL.....</b>	<b>671 188</b>	<b>10 570</b>

**Améliorations du financement et de la tarification des établissements** visant, principalement, à assurer une prise en charge de qualité aux résidents en maisons de retraite (loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, article 69)

Concernant la médicalisation et le conventionnement tripartite, elle vise les points suivants :

- L'achèvement de la première vague de conventionnement pour les établissements n'ayant pas signé de convention au 31 décembre 2007

La date butoir de signature de la première convention tripartite pour les établissements dont le GMP est supérieur à 300 et dont la capacité est au moins égale à 25 lits, n'a donc pas été reportée : maintenue au 31 décembre 2007, elle conduit à encadrer à compter de 2008 la tarification des établissements qui n'ont pas signé leur convention tripartite dans le délai imparti :

- les établissements qui, en application de l'article 5 de la loi APA du 20 juillet 2001, bénéficient déjà d'un forfait global de soins (USLD et maisons de retraite hospitalières notamment) voient leurs ressources bloquées à la valeur de 2007 de leur dotation globale de soins dans l'attente de la signature d'une convention ;
- les établissements non médicalisés, qui ne disposent pas d'une organisation interne des soins et qui font appel aux prestations de soins de ville, se voient allouer un forfait global de soins sur la base d'un tarif à la place fixé par arrêté ministériel dans l'attente de la signature de leur convention tripartite. Dans les deux cas, la signature de la convention tripartite rouvre la négociation conventionnelle.

Le principe de tarification des établissements n'ayant pas signé de convention avant le 31 décembre 2007 est bien de les engager dans le processus conventionnel afin d'assurer la médicalisation des établissements sur l'ensemble du territoire pour une prise en charge de meilleure qualité. L'arrêté de tarification pris par le préfet prévoit des engagements qualitatifs minimaux pour ces établissements qui permettent de mettre en œuvre, a minima, les droits des résidents dans ces établissements. Une instruction du 29 janvier 2008 aux services déconcentrés détaille la mise en œuvre sans délai de la tarification par arrêté.

Fin mars 2008, les résultats de synthèse issus de SAISEHPAD font état de 7 183 établissements conventionnés, représentant 526 723 places installées soit un taux de conventionnement de 94,1 %, pour un montant de crédits engagés au titre des conventions actives de 1,59 Md€

- Concernant le renouvellement des conventions tripartites, une première estimation des coupes PATHOS a été réalisée par la CNAM : elle révèle que 1 293 EHPAD ont vu leur coupe PATHOS validée, ce qui représente un total de 96 167 places. Pour l'année 2008, ce sont, sur la base des conventions qui arrivent à échéance sur l'exercice, près de 1 100 conventions qui sont concernées par le renouvellement et l'application de la tarification au GMPS.

- Une avancée notable dans la souplesse de gestion de la médicalisation des logements foyers : la possibilité de conventionner partiellement pour les logements foyers habilités à dispenser des soins aux assurés sociaux.

### **Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)**

Sous le label CLIC sont installés des guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de leurs familles et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer. Bien identifiées par les personnes âgées, ces structures se situent dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de mise en réseau entre les professionnels, notamment les professionnels de santé, d'accompagnement à domicile et de l'aménagement de l'habitat, et les acteurs locaux.

Les missions des CLIC se déclinent selon trois niveaux de label :

- Le niveau 1 correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose, outre le personnel nécessaire, un local accessible et repérable, un accueil téléphonique, une base de données, des actions de formation / information. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.
- Le niveau 2 prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette de services partielle, (comme des groupes de paroles, des actions de formation / information, des actions de prévention...). Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.
- Le niveau 3 prolonge le niveau 2, prend en charge le suivi et l'évaluation des situations les plus complexes et articule prise en charge médico-sociale et coordination des acteurs de santé, accompagnement social et actions d'aide à l'amélioration de l'habitat. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les

services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les services de transport, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

On recensait, au 31 décembre 2004, à la veille de la décentralisation du dispositif, 517 CLIC répartis dans 96 départements, 24 départements ayant achevé le maillage de leur territoire, 64 départements ayant atteint au moins 50 % de leurs objectifs. Parallèlement à cette croissance, on constatait une nette progression des CLIC de niveau 3, qui représentaient, en décembre 2004, 51 % des CLIC (contre 24 % fin 2001), une moindre progression des CLIC de niveau 1 (de 48 % fin 2001 à 30 % en décembre 2004) et des CLIC de niveau 2 (28 % et 19 % respectivement fin 2001 et fin 2004).

**Fin 2006**, on recensait 541 CLIC, ce chiffre étant a priori sous-estimé car établi sur la base d'une mise à jour partielle, par 35 % des départements seulement, du portail CLIC.



## **Réponse aux conclusions du Comité Européen des Droits Sociaux sur le rapport français de 2004,**

### Partie Ressources suffisantes :

#### *- sur le nombre de bénéficiaires du "minimum vieillesse":*

Il est à noter tout d'abord que ce minimum social a été simplifié et rendu plus lisible par l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004, entrée en vigueur en 2007. Désormais appelé *Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)*, il devient une prestation unique et différentielle dont les caractéristiques et les conditions d'obtention sont inchangées : montant variable en fonction de la composition du foyer (personne seule, conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité), allocation accordée sous condition d'âge, de résidence et de ressources annuelles (au 1er janvier 2008, 7 719,52 € pour une personne seule et 13 521,27 € pour un ménage) mais sans condition de nationalité ni d'activité professionnelle antérieure.

En ce qui concerne le nombre des bénéficiaires, la tendance continue d'être à la baisse même si la courbe se tasse : leur nombre est passé de 2 200 000 personnes en 1970 à 634 508 en 2003 et 599 590 en 2006. Ces bénéficiaires représentent environ 6 % des personnes âgées de plus de 65 ans, 60 % d'entre eux sont des femmes.

*- sur le niveau de revenu des personnes âgées et les niveaux moyens des pensions comparés au niveau moyen des salaires versés en France et au coût de la vie.* Cette question a été étudiée en détail dans le 4ème rapport du Conseil d'orientation des Retraites, *Questions et orientations pour 2008*, 10 janvier 2007, se référer aux pages 45 à 60 sur :

<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-723.pdf>

## Partie Soins de santé

- *sur la participation des patients âgés au coût des soins et des médicaments dans le cadre de la "Couverture maladie universelle":*

Le régime de base d'assurance maladie (CMU) ne prévoit pas de modalités particulières de participation financière pour les personnes âgées. Pour un soin ou un produit donné, les différents "reste à charge" sont donc les mêmes que pour les autres personnes.

Il faut toutefois signaler l'effet indirect d'une disposition particulière du régime d'assurance maladie : les personnes reconnues en "*affection de longue durée*" bénéficient d'une prise en charge à 100 % des soins et produits liés à cette affection. Cette disposition s'applique sans distinction d'âge mais en pratique, les personnes âgées en relèvent beaucoup plus fréquemment que les enfants ou les adultes.

Le tableau, ci-dessous, montre la dépense réelle moyenne et le reste à charge moyen par tranche d'âge avant l'intervention d'une couverture complémentaire qui, en France, est souscrite sur une base volontaire. Ce tableau fait donc ressortir la part de la dépense qui est prise en charge par le régime de base.

Tranches d'âge	Dépense moyenne par personne protégée en €	Reste à charge avant
		l'intervention d'une assurance volontaire complémentaire en €
0-20 ans	446	177
21-39 ans	917	358
40-49 ans	1299	509
50-59 ans	1672	546
60-69 ans	1730	600
70-79 ans	2570	498
80 ans et +	3496	760

Source EPAS 2003

***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 indexées<sup>6</sup> ; 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.

---

<sup>6</sup> 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.

### Réponse

**La participation des instances nationales de concertation sur les politiques de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté (conseils, comités et observatoires représentatifs de l'inter ministérialité, du dialogue social ou de la société civile) a été consolidée et fait l'objet de réunions régulières** – Ainsi le *Comité permanent du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CP du CILE)*, le *Conseil national de l'insertion par l'activité économique (CNIAE)*, l'*Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*, le *Comité du dialogue social pour les affaires européennes et internationales (CDSEI)* et le *Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)* - sont régulièrement consultés. L'élaboration du Plan national d'action pour l'inclusion sociale (PNAI), outil de programmation nationale des politiques d'inclusion sociale pour la période 2008-2011, a eu largement recours aux conclusions des travaux préparés en amont par le CNLE sur les différents axes prioritaires retenus (retour à l'emploi, insertion des jeunes, hébergement et logement social) et aux informations livrées par le dernier rapport de l'ONPES. Par ailleurs, le projet de PNAI été l'objet de consultations auprès de chacun des conseils et comités cités. Les avis recueillis ont été pris en compte, autant que les contraintes établies pour un exercice très encadré le permettaient. Au cours de la prochaine période, les méthodes et les outils propres à améliorer l'inter ministérialité seront renforcés et affinés, notamment au sein du CP du CILE. Seront également poursuivies les pratiques de participation des usagers aux différentes instances de consultation et de suivi. A titre d'exemple, est lancée une étude visant à améliorer la connaissance des parcours des publics accueillis dans les dispositifs d'accompagnement vers l'emploi et d'insertion par le travail ou l'activité économique et à évaluer l'impact de ces dispositifs en termes d'insertion professionnelle et sociale. Cette étude associe les personnes bénéficiaires à l'évaluation. Elle devrait aboutir à un ensemble de préconisations sur l'évolution de ces dispositifs qui pourraient être reprises dans les suites à donner au Grenelle de l'insertion (cf.infra)

- Un processus de large concertation nationale a été mis en place sur le thème de l'insertion sociale: les travaux du Grenelle de l'insertion qui se sont déroulés de

novembre 2007 à mai 2008 ont été l'occasion d'une intense activité partenariale avec les acteurs nationaux et de nombreux décideurs locaux: trois groupes de travail au niveau national, quatorze journées thématiques, un nombre important d'événements labellisés comme des manifestations du Grenelle de l'insertion à l'initiative d'acteurs locaux et de très nombreuses contributions, personnelles ou institutionnelles. Ces travaux ont été conclus le 23 mai par une journée de discussion et de débats organisée à Paris : en sont issues de nombreuses recommandations figurant dans une feuille de route ouvrant 12 chantiers sur l'insertion des publics en difficultés sociales et professionnelles. Certains d'entre eux ont été lancés avant même la clôture des travaux, comme la réforme de la formation professionnelle, ou le développement des clauses d'insertion dans les marchés publics qui a fait l'objet d'une communication en conseil des ministres en avril.

Un Comité de suivi multipartite est mis en place pour accompagner et garantir la mise en œuvre des conclusions du Grenelle de l'insertion, dans le respect des principes d'actions et des engagements de tous les partenaires y ayant participé. La composition de ce comité garantit la représentativité de l'ensemble des acteurs de l'insertion : Etat, collectivités territoriales, partenaires sociaux, associations, usagers, etc.

Les politiques d'inclusion sociale envisagées durant la période 2008-2011 seront fortement marquées par la dynamique d'ample concertation ayant présidé aux travaux du Grenelle de l'insertion et qui doit se poursuivre.

**- Mise en place de la démarche expérimentation/évaluation/généralisation : un exemple avec le revenu de solidarité active.**

Le projet d'un Revenu de solidarité active (RSA) lié à la réforme des minima sociaux est apparu dès la Commission famille/vulnérabilité/pauvreté (mai 2005). Le CILE 2006 a posé le principe de l'expérimentation, sur la base du volontariat, de nouvelles formules de cumul entre le revenu minimum d'insertion et le revenu tiré d'une activité professionnelle<sup>7</sup>. La loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat a consacré le principe d'une expérimentation sur trois ans du RSA, dispositif visant à rendre « attractif le retour au travail ou l'augmentation de l'activité professionnelle pour les personnes éloignées de l'emploi qui bénéficient de la solidarité nationale et à lutter contre la pauvreté ».

En 2008, trente quatre départements volontaires ont expérimenté ce dispositif, soumis à l'évaluation d'un Comité scientifique selon une méthodologie ad hoc<sup>8</sup> débouchant sur un rapport d'analyse et de synthèse. Les premiers résultats connus et statistiquement significatifs de ces expérimentations indiquent une progression du taux de retour à l'emploi de 30% dans les zones bénéficiaires par rapport aux zones témoins.

Sur cette base, les modalités (législatives) de généralisation du dispositif, soumis au vote des assemblées à l'automne 2008, conduiront à une simplification des allocations de minima sociaux, à une incitation à l'activité et à une réduction de la pauvreté.

**- Développement de la méthode d'expérimentation sociale incluant systématiquement l'évaluation.**

L'expérimentation sociale vise à s'appuyer sur la forte tradition d'innovation sociale de la France pour conduire des programmes inédits répondant à une nécessité sociale mais dont les modalités font débat.

<sup>7</sup> Sur la base de la loi organique du 1<sup>er</sup> août 2003 relative à l'expérimentation dans les collectivités locales.

<sup>8</sup> Par comparaison entre zones témoins (RMI) et zones expérimentales (RSA).

Dans cette optique, les autorités françaises ont construit une définition exigeante de l'expérimentation sociale qui intègre les éléments suivants :

Il s'agit d'une innovation en matière de politique sociale ; elle est initiée dans un premier temps à petite échelle compte tenu des incertitudes existantes sur ses effets ; elle est mise en œuvre de façon à permettre d'en évaluer les résultats. Cette évaluation est menée dans l'optique d'une généralisation de l'expérimentation.

Cette définition a servi de cadre à un appel à projets lancé en 2007 et dont les résultats ont été publiés en mai 2008 sous le titre « 37 projets pour ne plus faire de l'évaluation le parent pauvre des politiques d'insertion ». La sélection des projets s'est déroulée en trois phases : une phase exploratoire permettant de mieux appréhender les projets, une phase de renforcement aboutissant à un premier tri et à des regroupements de projets, enfin la sélection définitive des projets.

Cet exercice a permis d'identifier les champs pour lesquels une nouvelle gouvernance sociale est à l'œuvre comme, par exemple, le soutien à la mobilité géographique des chômeurs... A contrario, il a permis le repérage de sujets, pourtant essentiels dans la lutte contre la pauvreté, qui sont encore mal couverts par les projets émergents, comme par exemple l'insertion des personnes sortant de prison, la lutte contre l'illettrisme des mères au foyer, ou bien des gens du voyage, les dispositifs de bail innovant pour les jeunes en insertion etc. Enfin, il a mis en évidence le besoin d'une fonction intermédiaire stable entre porteurs de projets et équipes de recherche. Il appartient à L'Etat de jouer ce rôle d'intermédiaire, d'aiguillon et de facilitateur.

Ainsi, les éléments d'une politique publique à grande échelle tirant les enseignements de l'expérimentation sont-ils désormais en place afin que le passage de la phase de consultation/concertation/expérimentation à celle de la généralisation se fasse sans perte de substance ni de sens sur les politiques sociales engagées.

#### **- Clarification et réorganisation de la gouvernance des politiques d'insertion à partir des travaux du Grenelle de l'insertion.**

Plusieurs des mesures en cours de mise en œuvre vont entraîner une réorganisation du fonctionnement du service public de l'emploi et de la formation dans le sens de la simplification<sup>9</sup> des procédures et de la participation des usagers à la gouvernance. Il conviendra aussi de savoir comment chaque niveau territorial sera impliqué. Ainsi il ressort des travaux du Grenelle qu'il appartiendrait à l'Etat (qui peut participer aux pactes territoriaux pour l'insertion créés dans le cadre du RSA) d'optimiser les instances d'observation, d'évaluation et de pilotage afin d'adapter au mieux l'affectation de ses ressources aux contextes locaux<sup>10</sup>. Le niveau régional serait celui de la programmation stratégique, y compris pour ce qui concerne les modalités de gestion des fonds du FSE. Enfin, le niveau départemental serait celui de l'organisation de l'offre d'accompagnement global des personnes afin de mieux tenir compte des contextes locaux. En effet, donner aux parcours une orientation professionnelle doit mobiliser compétences, prestations, conseils et services inscrits dans le département, pour ce qui concerne à la fois l'accès à l'emploi et l'accès aux droits sociaux. La logique appelle que cela se fasse sous la responsabilité du service public de l'emploi, en lien étroit avec le Conseil général, chef de file pour ce qui concerne l'action sociale.

<sup>9</sup> Les travaux du Grenelle de l'insertion parlent « d'en finir avec le parcours du combattant » des bénéficiaires.

<sup>10</sup> Extrait des travaux du Grenelle : « Il est nécessaire de mettre de l'ordre et de la cohérence dans les moyens d'un pilotage et d'une observation aujourd'hui bien trop dispersés pour connaître, mesurer et agir pertinemment. C'est une condition d'efficacité pour l'approche gouvernementale interministérielle de lutte contre l'exclusion et la pauvreté ».

Les mesures engagées durant les dernières années ainsi que les futures mesures, en cours de mise en œuvre ou annoncées, s'appuient sur un socle normatif important et à large spectre.

Parmi les textes existants jusqu'en 2007 on peut citer pour mémoire :

- \* Loi d'orientation relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale du 29 juillet 1998
- \* Loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005
- \* Loi relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, qui conforte la priorité assignée à la scolarisation en milieu ordinaire
- \* Loi d'orientation agricole de 2006 (dispositif logement pour les travailleurs agricoles)
- \* Loi du 23 mars 2006 relative au retour à l'emploi instituant une priorité d'accès en crèche pour les bénéficiaires de minima sociaux. Serait élargie par la loi généralisant le RSA aux demandeurs d'emploi
- \* Loi « engagement pour le logement » de juillet 2006 prévoit les plans d'action contre l'habitat indigne.
- \* Loi instituant le droit au logement opposable du 5 mars 2007, par laquelle la France s'est dotée d'une législation très avancée, s'orientant vers une obligation de résultat en matière de logement
- \* Loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat du 21 août 2007

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

### Réponse

#### **Plans et programmes :**

- \* Plan de cohésion sociale (2005-2009)
- \* Plan de lutte contre les marchands de sommeil et l'habitat indigne (2007)
- \* Plan de traitement des foyers de travailleurs migrants (2007-2011)
- \* Plan d'action renforcé en faveur des personnes sans abri (PARSA) (janvier 2007)

Progrès accomplis au cours de la période 2006-2008 :

De larges progrès ont été accomplis durant cette période en matière d'inclusion sociale plus particulièrement dans les trois axes stratégiques suivants :

- **Retour à l'emploi des personnes qui en sont les plus éloignées et sortie des logiques d'assistanat.**

Au cours de cette période, la généralisation du suivi mensuel personnalisé des demandeurs d'emploi par l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) a entraîné une nette amélioration du service rendu aux demandeurs d'emploi (19 millions d'entretiens-conseils en 2007). En outre, l'Agence a multiplié les expérimentations en faveur de publics rencontrant des difficultés spécifiques (jeunes, handicapés, chômeurs ayant besoin d'un accompagnement renforcé...). Par ailleurs, la coopération avec les conseils généraux pour l'insertion professionnelle des bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) s'est poursuivie.

La loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat a consacré le principe de l'expérimentation du RSA (arrêté au CILE 2006) sur trois ans. Les contrats aidés, créés dans le cadre du Plan de cohésion sociale (PCS)<sup>11</sup>, ont permis à de nombreuses personnes éloignées de l'emploi, et/ou bénéficiaires de minima sociaux, de reprendre une activité professionnelle.

La mise en œuvre de la loi de cohésion sociale s'est traduite par l'augmentation des moyens financiers consacrés au développement et à la consolidation des structures de l'insertion par l'activité économique, et au renforcement de l'accompagnement des salariés en insertion.

Les mesures de soutien à la création d'activité ont amplifié la création d'entreprises. Plus de 3 000 prêts en micro-crédits personnels garantis ont été accordés depuis la création du Fonds de cohésion sociale en 2005 (loi du 18 janvier 2005). Ils représentent un montant global de 7,2 millions d'euros. Par ailleurs, le Fonds de garantie pour l'initiative des femmes (FGIF) est en plein développement.

S'agissant des personnes immigrées ou issues de l'immigration, des actions propres à lutter contre la discrimination liée à l'origine ethnique réelle ou supposée ont été mises en place : la charte de la diversité a été élargie en direction des petites et moyennes entreprises (PME) (désormais majoritaires) et des employeurs publics (grandes villes, établissements publics, etc.).

#### ➤ Insertion sociale et professionnelle des jeunes

Depuis l'entrée en vigueur du Plan de cohésion sociale (2005-2009), les missions locales dont les effectifs ont été renforcés, et les Permanence d'accueil, d'orientation et d'information PAIO sont reconnues comme membres concourant au Service public de l'emploi. A ce titre, elles mettent en œuvre le Contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS) destiné à accompagner vers et dans l'emploi durable des jeunes rencontrant des difficultés d'insertion en cinq ans. Au 30 juin 2008, et depuis sa mise en œuvre, le programme a vu entrer 567 000 jeunes (83 000 en 2008). Les plateformes de vocation mises en place en 2005 par l'ANPE dans le cadre du CIVIS s'adressent à des publics de faible qualification ou peu expérimentés. 41 000 personnes ont été recrutées par leur intermédiaire au premier semestre 2007.

#### *Enseignement:*

#### Dispositifs et actions menés en direction des jeunes en grande difficulté scolaire au niveau du collège (6<sup>ème</sup> à 9<sup>ème</sup> année de la scolarité obligatoire)

Des Programmes Personnalisés de Réussite Educative sont mis en place pour les élèves qui ne maîtriseraient pas des compétences du socle commun de connaissances et de compétences. Sont visés prioritairement les élèves de 6<sup>ème</sup> et de 5<sup>ème</sup>.

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.

En 2007 – 2008, 6,5% des élèves de l'école élémentaire et 7,3 % des élèves du collège en bénéficiaient. 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

<sup>11</sup> Contrats d'avenir, Contrats accompagnement emploi (CAE), Contrats initiative emploi (CIE), Contrats insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA)

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<sup>ème</sup> pour la durée du lycée.

### L'éducation prioritaire

La politique d'éducation prioritaire consiste à mettre en œuvre une différence de traitement pour compenser un déséquilibre reconnu, lié à la concentration de populations qui partagent certaines caractéristiques -essentiellement sociales et souvent culturelles- en relation avec une plus grande vulnérabilité face aux exigences scolaires. **Près d'un élève sur cinq est aujourd'hui concerné par l'éducation prioritaire.**

L'objectif central est l'acquisition par tous les élèves des compétences et des connaissances 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.

Cette politique se manifeste par un diagnostic scolaire renforcé, partagé par l'ensemble de la communauté éducative en associant le second degré. Ce diagnostic est préalable à la mise en place d'actions pédagogiques et éducatives, essentiellement de prévention des difficultés, centrées sur les besoins des élèves.

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.

Des moyens importants sont mis en œuvre : personnels enseignants et assistants pédagogiques supplémentaires ; mesures indemnitaires spécifiques ; classes à effectifs allégés d'en moyenne deux élèves; engagement financier plus élevé qu'ailleurs, de 10 à 15 %.

Depuis la mise en œuvre du plan de relance de l'éducation prioritaire, on distingue deux types de réseaux :

- les réseaux « ambition réussite » (RAR), arrêtés au niveau national depuis la rentrée 2006,
- les réseaux de réussite scolaire (RRS), arrêtés par les académies depuis la rentrée 2007.

Cette réorganisation de l'éducation prioritaire, ainsi que les évolutions sociologiques constatées, entraîne une redéfinition de sa cartographie et une modification du vocabulaire. Au terme de « ZEP » (« zone d'éducation prioritaire ») est désormais préféré celui, d'« éducation prioritaire », plus

générique et moins stigmatisant ; la dénomination « REP » (« réseau d'éducation prioritaire ») n'est plus en vigueur.

A la rentrée 2008, un nouveau réseau intègre le dispositif « ambition réussite », ce qui portera la liste nationale à 254 réseaux.

#### L'accompagnement éducatif

Depuis la rentrée scolaire 2007, l'Éducation nationale a mis en place « l'accompagnement éducatif » hors temps scolaire. Les élèves qui le souhaitent sont accueillis 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.

L'accompagnement éducatif répond à une forte demande sociale et les familles apprécient que leurs enfants soient pris en charge dans l'École, par des enseignants.

En 2007-2008, l'accompagnement éducatif a été mis en place dans les collèges de l'éducation prioritaire pour les élèves volontaires, toutes classes confondues, avec une priorité accordée aux élèves de **sixième afin de favoriser leur adaptation aux exigences du collège**.

Le bilan de la première année est très satisfaisant. Le dispositif a été mis en place dans 1 508 collèges, dont 1 085 appartiennent à l'éducation prioritaire (soit quasiment la totalité d'entre eux). Il a bénéficié à 221 527 élèves. Dans l'éducation prioritaire, il a concerné 46 % des élèves de sixième, 36 % des élèves de cinquième, 29 % des élèves de quatrième et 31 % des élèves de troisième. Dans les collèges des réseaux « ambition réussite », plus d'un élève sur deux en a bénéficié en 6<sup>e</sup>.

28 414 intervenants se sont mobilisés, en particuliers les enseignants du second degré (63 %) et les assistants d'éducation (21 %).

Sur le million d'heures consacrées au dispositif, l'aide aux devoirs a représenté 71,2 % du temps, la pratique artistique et culturelle 19,4 % et la pratique sportive 9,4 %.

En 2008-2009, l'accompagnement éducatif concernera l'ensemble des collèges, publics et privés sous contrat, ainsi que les écoles élémentaires de l'éducation prioritaire, comme le prévoit la dynamique « Espoir banlieues ».

#### Dispositif expérimental de réussite scolaire en lycée

Mis en place à la rentrée scolaire 2008 dans deux cents établissements identifiés comme accueillant des élèves faisant face à des difficultés scolaires particulières, ce dispositif constitue la première étape de la réforme du lycée. Cette offre éducative nouvelle  **vise à prévenir les redoublements et préparer la poursuite d'études supérieures. Les élèves sont volontaires.**

Des stages de fin d'été (sur 2 semaines / 4 heures par jour) sont proposés aux lycéens entrant en terminale ou bacheliers afin de les préparer à l'entrée dans l'enseignement supérieur.

Les stages durant les vacances scolaires permettront d'aider les élèves à surmonter leurs difficultés, à reprendre confiance en eux ou trouver le moyen de se maintenir dans le parcours d'excellence choisi. L'accent sera également mis sur des sessions d'entraînements systématiques aux examens.

Tout au long de l'année scolaire, l'aide apportée aux lycéens portera sur des révisions, des approfondissements, la mise en relation de connaissances sur des

questions au programme... Des séances seront dédiées à l'organisation et aux méthodes de travail.

### 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 30 % à caractère scolaire, et pour le reste du temps, culturelles, sportives et de loisirs.

L'engagement des établissements du second degré a progressé en 2007. 750 d'entre eux (contre 687 en 2006) se sont mobilisés pour offrir 3 600 semaines d'ouverture. 170 000 élèves des premier et second degrés ont bénéficié de cette opération (soit +36% par rapport à 2006). L'accent reste mis sur la participation des collèges des réseaux « ambition réussite ».

### Internats

Offrir une capacité d'accueil en internat plus homogène et de meilleure qualité sur l'ensemble du territoire et rendre l'internat accessible à un plus grand nombre sont les objectifs qui ont été fixés dans le cadre de la politique de relance de l'internat scolaire.

Diverses mesures ont été mises en œuvre dans le but de favoriser ce mode de prise en charge globale de l'élève, parmi lesquelles la création dans chaque académie d'une cellule chargée de la scolarité en internat composée d'un coordonnateur académique et de correspondants départementaux, et l'instauration, en 2001, pour tous les élèves boursiers internes, d'une prime à l'internat d'un montant forfaitaire annuel de 234,93 €. Cette dernière vient d'être revalorisée par arrêté du 26 juin 2008 et s'élève désormais à 239,64 €. En 2007-2008, 45 276 primes à l'internat ont été versées dans les établissements publics.

Dans le cadre de la mise en œuvre du volet éducatif des mesures de la dynamique « Espoir banlieues », il est proposé aux collégiens et lycéens volontaires, issus de l'éducation prioritaire et des territoires de la politique de la ville, des places labellisées « internat d'excellence ». Il s'agit de leur offrir de meilleures conditions de mises en œuvre d'un parcours de réussite scolaire.

Par ailleurs, la refonte de l'annuaire électronique des internats permet de répondre de manière plus satisfaisante aux attentes des familles qui peuvent désormais croiser plusieurs critères de sélection lors de leurs recherches. Ce nouvel annuaire est consultable sur le site Internet du ministère ([www.education.gouv.fr](http://www.education.gouv.fr)) depuis mars 2008.

### ➤ **Développement de l'offre de logement social et d'hébergement de qualité**

Sur la période de référence, et en particulier en 2007, la construction de logements sociaux a connu une forte progression : 435 000 nouveaux logements commencés en France. La mise en œuvre de la loi instituant le droit au logement opposable (DALO) du 5 mars 2007 a joué un rôle primordial dans l'augmentation du nombre de logements financés en PLAI, s'adressant aux publics les plus fragiles (près de 14 000 en 2007). Par ailleurs, ce sont 33 700 logements à loyers maîtrisés dans le parc



privé locatif et 7 200 logements indignes qui ont été réhabilités. Enfin, 22 700 logements ont été traités au sein des copropriétés en difficulté. De plus, les dispositifs d'aides fiscales à l'investissement locatif ont permis la mise sur le marché d'une offre de logements abondante et dont les loyers ont été maîtrisés.

L'accession populaire à la propriété a également été développée : en 2006, 1558 logements, conventionnés en Prêt social à la location-accession (PSLA), ont été construits auxquels 2 220 se sont ajoutés en 2007. Aux dispositifs existant s'est ajouté le Pass-Foncier qui permet à des ménages d'accéder à la propriété avec un dispositif d'achat en deux temps, la maison puis le terrain. Enfin, l'accession sociale à la propriété a été soutenue avec l'attribution, en 2007, de 247 000 Prêts à taux zéro (PTZ).

En matière de logements adaptés aux besoins des populations en difficultés sociales, au 1<sup>er</sup> janvier 2007, 1027 résidences sociales dont des maisons relais étaient en service. Le plan de cohésion sociale (PCS) de janvier 2005 qui prévoyait un développement rapide du programme Maisons-relais (4000 places en trois ans) a été accéléré en janvier 2007 avec le Plan d'action renforcé en faveur des personnes sans abri (PARSA) qui a fixé un objectif de création de 9 000 places supplémentaires. Au 31 décembre 2007, on recensait 264 maisons relais offrant plus de 4 600 places.

S'agissant de l'accès et du maintien dans le logement, la coordination des attributions des logements est un axe essentiel de la loi instituant le droit au logement opposable (DALO) du 5 mars 2007. Au 31 mai 2008, près de 27 700 recours ont été déposés devant ces commissions de médiation.

Deux orientations sont également considérées comme majeures dans la loi DALO : la lutte contre l'habitat indigne et la prévention des expulsions locatives.

Le décret n° 2008-187 du 26 février 2008, relatif à la commission spécialisée de coordination des actions de prévention des expulsions locatives, va permettre de renforcer la coordination des acteurs, de relancer la signature des chartes de prévention des expulsions et de définir des objectifs chiffrés en matière de réduction des décisions d'expulsion.

Par ailleurs, afin que chaque ménage dispose dans son logement décent et indépendant de la fourniture d'eau, d'énergie (et de services téléphoniques), a été mis en place au sein du PDALPD un volet spécifique consacré à la prévention de la précarité énergétique, à la politique de lutte pour les économies de charges d'énergie et d'eau, ce volet précisant l'intervention du Fonds de solidarité pour le logement (FSL).

Les conditions de logement, en particulier la lutte contre l'habitat indigne et les «marchands de sommeil», ont fait l'objet de mesures spécifiques : amélioration du repérage des situations d'habitat indigne au sein du parc privé, mise en place d'outils opérationnels sous forme d'aides, et rédaction d'un cahier sur les moyens d'action contre l'habitat insalubre et dangereux par le pôle national de lutte contre l'habitat indigne, à destination des décideurs locaux, des services de l'État et de tous les institutionnels.

Dans le secteur de l'hébergement, depuis 2006, le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile a connu une progression quantitative et qualitative très importante sous l'impulsion de trois plans successifs : plan triennal en 2006, plan d'action renforcé en faveur des personnes sans abri (PARSA) en 2007, plan « Pinte » en 2008 ;

Au plan quantitatif, si l'on s'en tient au dispositif généraliste, les capacités au 30 juin 2008 s'élèvent à quasiment 69 000 places contre 53 700 places à fin 2005. Cette

progression de 28,5% reflète une meilleure réponse aux besoins, elle-même liée au développement des services de veille sociale : en 2007, on comptait 134 équipes mobiles, 288 accueils de jour et 103 services d'accueil et d'orientation (SAO) ; tous les départements sont couverts par un n° d'urgence 115. De l'amélioration qualitative du dispositif, grâce aux moyens dégagés par les plans successifs, on peut mentionner notamment : l'application du « principe de continuité de la prise en charge » dans les centres d'hébergement d'urgence, qui pour la plupart fonctionnent désormais 24 heures sur 24 ; l'institution d'un nouveau mode de prise en charge, l'hébergement de stabilisation (7500 places au 30 juin 2008) ; le renforcement de l'accompagnement social dans l'hébergement d'urgence (au moins un poste de travailleur social pour 20 places) ; la fixation d'un objectif de 12 000 places de maisons relais.

### **Ce qui est en cours et prévu pour les années 2008-2011 :**

#### ***Favoriser l'accès et le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées.***

Le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées a été une préoccupation constante des six mois de travaux du Grenelle de l'insertion. La feuille de route, rendue le 27 mai 2008 en conclusion de ces travaux, a défini des orientations faisant l'objet de 12 chantiers prioritaires<sup>12</sup>.

La mise en place d'un accompagnement personnalisé est intégrée dans les projets de réforme du nouvel opérateur de l'emploi, dans la réforme des aides à la création d'entreprise, de l'insertion professionnelle des jeunes, du futur contrat unique d'insertion et de l'insertion par l'activité économique. Elle n'est plus limitée à la seule recherche d'un emploi mais la prolonge afin d'assurer le maintien dans l'emploi et, plus généralement, une insertion durable. Les actions concernant les publics les plus en difficulté ont vocation à être intégrées dans la nouvelle offre d'accompagnement.

Réforme institutionnelle importante, la refonte du Service public de l'emploi visant à améliorer le marché du travail par la qualité du service rendu se poursuit, notamment par la mise en place d'un opérateur unique pour l'accueil, le placement, le service des allocations d'indemnisation et l'accompagnement des demandeurs d'emploi. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, seront ainsi mis en place des sites mixtes dans la lignée des guichets uniques déjà expérimentés, le but étant de généraliser dès que possible le déploiement des agences polyvalentes.

Par ailleurs, la loi du 1<sup>er</sup> août 2008 relative aux droits et aux devoirs des demandeurs d'emploi prévoit des dispositions qui visent à inciter au retour à l'emploi, en mettant l'accent sur un engagement réciproque entre le service public et le demandeur, sur l'équilibre entre des droits plus nombreux (simplification des démarches, accompagnement personnalisé, offre de service renouvelée...) et des devoirs renforcés. Tout en promouvant la négociation interprofessionnelle et de branche, l'Etat s'est engagé en 2008 sur une réforme de la formation professionnelle. A partir des propositions élaborées par un groupe de travail multipartite, auquel ont été remises les demandes provenant du Grenelle de l'insertion, le Gouvernement a retenu en juillet 2008, parmi les objectifs de la réforme à conduire : une meilleure articulation formation/emploi via, notamment, le développement de l'alternance ; le rééquilibrage de l'offre de formation vers les personnes en plus grande fragilité professionnelle ;

<sup>12</sup> Cf. feuille de route du Grenelle disponible sur le site <http://www.grenelle-insertion.fr/userfiles/Grenelle%20Feuille%20de%20route%2027%20mai%202008.pdf>

l'amélioration de la transparence du système et de la qualité des formations ainsi que de sa gouvernance au niveau régional.

Conformément à la loi relative au dialogue social, les partenaires sociaux sont invités à négocier sur la base d'un document d'orientation. Une concertation s'engagera parallèlement avec les régions. L'objectif du Gouvernement est d'aboutir, si la chronologie de la négociation des partenaires sociaux le permet, à un projet de loi pour la fin de l'année 2008

La mise en place du Revenu de solidarité active (RSA) poursuit un double objectif : inciter les personnes bénéficiant d'un minimum social à reprendre un emploi et réduire le nombre de travailleurs pauvres en leur assurant un complément de revenus. Cette mesure vise aussi bien les bénéficiaires de minima sociaux que les travailleurs pauvres. Elle devrait être effective dès juin 2009 (discussion du projet de loi en cours). Cette allocation sera financée conjointement par un Fonds national institué à cet effet, abondé par l'Etat, et par les départements. Son montant sera calculé en fonction des revenus du foyer. La prestation sera versée de manière pérenne, et sans considération de statut, aux personnes dont le foyer ne dispose d'aucun revenu professionnel ou dont les revenus d'activité sont trop limités.

Par ailleurs, la France a lancé en juin 2008 un plan d'action concernant les personnes handicapées et leur accès à l'emploi.

En 2009, la refonte des contrats aidés permettra de simplifier l'architecture du système et de mettre fin à la stigmatisation résultant de l'existence de contrats aidés spécifiquement dédiés aux bénéficiaires de minima sociaux : harmonisation juridique sur la base du contrat d'accompagnement dans l'emploi dans le secteur non marchand et du contrat initiative emploi dans le secteur marchand, regroupés sous l'intitulé commun de contrat global d'insertion ; renforcement de l'accompagnement des salariés bénéficiaires, à travers un cahier des charges définissant les prestations et actes professionnels qui seront obligatoirement mobilisés au profit de ces salariés. Le Grenelle de l'insertion prévoit dans le 6<sup>ème</sup> chantier de la feuille de route de moderniser l'insertion par l'activité économique afin d'améliorer l'adéquation de l'offre d'insertion aux besoins des personnes durablement éloignées du marché du travail.

La nouvelle aide à la création d'entreprise, qui se substituera à partir de janvier 2009 à l'avance remboursable EDEN et au chèque conseil, permettra de financer un accompagnement renforcé des chômeurs créateurs. Ce nouveau dispositif doit concerner 20 000 créateurs par an qui pourront mobiliser à la fois des services d'accompagnement financés par l'État et un prêt à taux zéro accordé par la Caisse des dépôts et consignations (Livret de développement durable).

Ces réformes seront confortées par une série de mesures connexes :

La mobilité des demandeurs d'emploi constitue l'un des 12 chantiers prioritaires du Grenelle de l'insertion. L'article 3 du projet de loi RSA étend à toute personne engagée dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle le droit de solliciter, sous conditions de ressources, la priorité d'accès aux modes de garde ouverte par la loi du 23 mars 2006 relative au retour à l'emploi qui ne concernait que les bénéficiaires de minima sociaux. La loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 ouvre la possibilité pour les associations sans but lucratif qui ne sont pas des établissements de crédit de proposer des micro-crédits personnels, soit sur leurs ressources propres, soit en se refinançant auprès des établissements de crédit. La lutte contre l'illettrisme fera l'objet de plusieurs initiatives : évaluation « d'actions éducatives familiales », de 2008 à 2010, dans le cadre d'un "appel à expérimentations sociales" ; démultiplication des opérations "Savoir pour réussir" initiées par la Fondation Caisses d'Épargne ; travail de comparaison des instruments

de mesure de l'illettrisme en Europe (Allemagne, Royaume-Uni et Pays-Bas). La France actualisera, durant la période 2008-2011, l'organisation de son programme d'aide alimentaire et se dotera d'un socle rationalisant les actions en la matière. En complémentarité, un partenariat a été lancé en mai 2008 avec les acteurs de la grande distribution en vue d'intensifier leurs dons, aide à la logistique et mécénat de compétences à l'attention des associations distribuant de l'aide alimentaire aux plus démunis.

### ***L'insertion sociale et professionnelle des jeunes.***

Sans remettre en cause l'attention continue portée à l'instauration du socle commun de connaissances et de compétences que tout jeune doit posséder à l'issue de la scolarité obligatoire (sans oublier les effets pénalisants du cumul des difficultés sociales et familiales parfois sur plusieurs générations), les efforts dans les trois ans qui viennent porteront sur la promotion de la voie professionnelle et sur l'ouverture de l'école au monde professionnel : préparation au baccalauréat professionnel, actuellement de quatre ans à partir de la classe de 3<sup>ème</sup>, réduite à trois ans ; développement du concept de « lycée des métiers », établissement construit autour d'un ensemble cohérent de métiers et pouvant offrir une gamme étendue de diplômes à des publics de statuts différents<sup>13</sup> ainsi qu'une offre de service de validation des acquis de l'expérience ; mise en place, à la rentrée scolaire 2008, de « parcours de découverte des métiers et des formations » dès la classe de 5<sup>ème</sup>, et de « classes de découverte professionnelle » dès la classe de 3<sup>ème</sup>.

Les mesures destinées aux publics plus fragiles comme les projets personnalisés de réussite éducative, l'aide individualisée, les dispositifs relais, seront poursuivis. De surcroît le dispositif de réussite scolaire au lycée met en place, à titre expérimental, dès la rentrée 2008, dans 200 lycées d'enseignement général et technologique ou professionnel accueillant des élèves volontaires rencontrant des difficultés scolaires particulières, un accompagnement scolaire et méthodologique tout au long de l'année en complément des horaires obligatoires et pendant les vacances scolaires. Les dispositifs « deuxième chance », en l'occurrence les Ecoles de la 2<sup>e</sup> chance et l'EPIDe (Etablissement public d'insertion de la Défense) seront soutenus. Un programme d'actions de prévention des ruptures dans l'apprentissage sera lancé en partenariat entre l'Éducation nationale, les Conseils régionaux et les branches d'entreprises pour établir des contrats de professionnalisation<sup>14</sup>. De même, l'Éducation nationale et les Conseils régionaux coopéreront pour identifier, dans chaque bassin d'emploi, un acteur responsable de la prise en charge des jeunes de 16 à 25 ans sortant sans qualification du système scolaire, ou sans emploi. Les recteurs veilleront à la mise en œuvre de plates-formes d'insertion.

Le Plan Espoir Banlieues présenté en mars 2008 cible en premier lieu les jeunes sans emploi ou sans qualification résidant dans les quartiers sensibles à travers la mise en œuvre du contrat d'autonomie. Ce dispositif consiste à expérimenter un parcours d'autonomie court et intensif, contractualisé entre le jeune et un opérateur privé de placement, conventionné dans le cadre d'un marché public (45 000 jeunes de 16 à 25 ans sur trois ans). Par ailleurs de nombreuses grandes entreprises et des fédérations professionnelles se sont engagées, depuis février 2008, à promouvoir le

<sup>13</sup> Élèves, apprentis, stagiaires de la formation continue, étudiants.

<sup>14</sup> Cf. point 7 de la feuille de route du Grenelle de l'insertion : « 7. Ne plus laisser sans solution les jeunes sortant sans qualification du système scolaire »

recrutement des jeunes domiciliés en Zone urbaine sensible (ZUS) ou en zone couverte par un Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) : 41 000 emplois, 9 000 contrats de travail en alternance et 36 500 stages pour la période 2008-2010.

Le Plan Espoir Banlieues comporte également un volet de lutte contre l'échec scolaire : accueil de 15 000 à 20 000 jeunes à l'horizon 2012 dans les écoles de la deuxième chance ; labellisation, sur cinq ans, de 4 000 nouvelles places « d'internat d'excellence » destinées aux lycéens et collégiens fragilisés par leur environnement ; expérimentations sur la base du volontariat des communes, permettant la scolarisation d'élèves de primaire des quartiers défavorisés dans un autre quartier où la mixité sociale est plus développée (« busing ») ; création de 30 sites d'excellence dans les collèges et lycées de quartiers prioritaires visant à améliorer les conditions de l'enseignement et l'attractivité desdits établissements.

L'intégration des personnes immigrées sera améliorée par la conclusion, dès début 2009, d'un contrat d'accueil et d'intégration pour la famille qui prévoit l'engagement de participer à la journée de formation "Droits et devoirs des parents" et de veiller au respect de l'obligation scolaire pour leurs enfants de 6 à 16 ans, conformément à l'article L131-1 du Code de l'éducation. Sera également offert un bilan de compétence à tous les nouveaux migrants arrivant en afin de les aider à s'insérer au plus vite dans le monde du travail.

Une opération intitulée « ouvrir l'Ecole aux parents pour réussir l'intégration » qui a pour objectif de permettre aux parents d'élèves, immigrés ou étrangers, sur la base du volontariat, de se familiariser avec l'institution scolaire et de mieux maîtriser la langue française sera lancée en octobre 2008, à titre expérimental, dans douze départements.

Un "label diversité" complète le dispositif de la "charte de la diversité".

Développer l'offre de logement social et réformer l'hébergement.

La France poursuivra ses efforts pour développer l'offre de logements, permettre l'accession de tous à un logement digne et donc rétablir le bon fonctionnement de la chaîne (de l'hébergement d'urgence au logement, privé ou social, locatif ou en accession à la propriété) qui permet à chacun de satisfaire ce besoin fondamental.

Un Délégué général pour la coordination de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées a été nommé auprès du Premier ministre. Son action s'appuie sur le rapport du député Etienne PINTE qui préconise, sur la période 2008-2012, une série de mesures visant à relancer la politique de l'hébergement et de l'accès au logement adapté.

### ***La politique du logement***

Elle s'articulera autour de la poursuite de deux axes essentiels : d'une part le développement de l'offre de logement social, en s'appuyant sur la mise en œuvre de la loi DALO et sur la loi de mobilisation pour le logement, d'autre part la lutte contre l'habitat indigne.

Pour tenir l'objectif de création de 120 000 logements sociaux, il sera procédé :

- à un état des lieux territorialisé des besoins grâce aux Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), intégrant à l'avenir les Schémas départementaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion des personnes sans domicile fixe (SAHI) ; à un effort particulier de production de logements en direction des régions et zones déficitaires en

logements sociaux : régions où les demandeurs « DALO » sont en nombre le plus important, à savoir au premier chef l'Île-de-France.

Certains publics nécessitent une attention particulière, c'est pourquoi le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les violences faites aux femmes (2008-2010) prévoit l'orientation de chaque femme vers la solution d'hébergement la plus adaptée à ses besoins et aux difficultés qu'elle doit surmonter.

Il est également prévu de développer des dispositifs de médiation locative portés par les associations et les bailleurs sociaux dans le parc privé comme dans le parc social et de développer l'accession sociale à la propriété pour les ménages modestes en la sécurisant.

Ainsi, certaines mesures inscrites dans le projet de loi « mobilisation pour le logement » faciliteront l'accès à la propriété des foyers dont les revenus sont modestes, comme la possibilité d'acquérir un logement pour 15 € par jour dont le principe est étendu aux appartements. L'objectif de mise en vente à leurs occupants de 43 000 logements sociaux par an est fixé dans un accord entre les bailleurs sociaux et l'État.

Ensuite, s'agissant du maintien dans le logement, les efforts porteront sur une meilleure efficacité des dispositifs départementaux de prévention des expulsions locatives : pilotage départemental renforcé, mise en place systématique de commissions départementales de coordination de la prévention des expulsions, développement d'une médiation locative sécurisée par les associations (en mobilisant tout particulièrement l'Agence nationale pour l'habitat), développement de la garantie des risques locatifs par l'accompagnement des locataires en cas d'impayé, développement de permanences et de dispositifs partenariaux mis en place par les conseils départementaux de l'accès au droit (CDAD) comportant des consultations juridiques et un accompagnement dans les démarches.

Enfin, le programme national de rénovation urbaine et les programmes de « requalification des quartiers anciens dégradés » de la future loi permettront une intervention massive sur une centaine de quartiers.

Par ailleurs, les autorités françaises s'attacheront, dans les trois ans à venir, à repérer les situations d'habitat indigne grâce à la mise en place dans l'ensemble des départements des observatoires départementaux de l'habitat indigne prévus par la loi « engagement pour le logement » de juillet 2006 et par les plans d'actions contre l'habitat indigne mobilisant les collectivités locales.

Dans le cadre de la mise en place du Grand chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri, des objectifs ambitieux seront poursuivis pour réformer le dispositif d'hébergement. Sont identifiés, à partir du rapport PINTE notamment, les axes suivants : mise en place des politiques actives de prévention des expulsions locatives ; proposer à toute personne sortant de l'hôpital, de prison ou d'une structure relevant de la protection de l'enfance une solution d'hébergement ou de logement adapté ; élargir les compétences et accroître les moyens des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; renforcer les équipes mobiles psychiatriques ; améliorer les conditions de fonctionnement des centres d'hébergement ; permettre aux usagers du dispositif d'hébergement d'accéder au logement ordinaire dès lors qu'ils en ont la capacité, grâce à une utilisation optimale du levier que constitue la loi DALO ; mutualisation et coopération accrue entre établissements et services sociaux administratifs par la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et la constitution de groupements de coopération.

**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.**

En 2006, selon la nouvelle enquête sur les revenus, la moitié des habitants de la métropole ont un niveau de vie annuel inférieur à 17 600 euros. Par rapport à 2005, ce niveau de vie a progressé de 1,7 % en euros constants. Les 10 % les plus aisés ont un niveau de vie d'au moins 33 190 euros par an. L'ensemble des actifs, constitué des personnes ayant un emploi et des chômeurs, a un niveau de vie moyen comparable à celui des retraités. Les personnes pauvres représentent 13,2 % de la population en 2006 ; leur niveau de vie est inférieur à 880 euros par mois, ce qui correspond à 60 % du niveau de vie médian. La pauvreté touche 30 % des familles monoparentales essentiellement constituées d'une mère et de ses enfants. C'est dans les villes de plus de 20 000 habitants, hors agglomération parisienne, que le taux de pauvreté est le plus fort.

#### Indicateurs de pauvreté de 1996 à 2006<sup>1</sup>

1. La série comporte deux ruptures : la première en 2002 correspond au passage à l'Enquête emploi en continu, la seconde en 2005 correspond à la prise en compte des transferts sociaux réels (prestations familiales, prestations logement et minima sociaux) et à une meilleure couverture des revenus du patrimoine.

Lecture : en 2006, 13,2% de la population (taux de pauvreté) vit en dessous du seuil de pauvreté. Par rapport à 2005, l'évolution du taux de pauvreté (+ 0,1 point) ne peut pas être considérée comme significative, compte tenu de la marge d'incertitude qui affecte ce taux (+ ou - 0,5 point). La moitié des personnes pauvres ont un niveau de vie inférieur à 720 euros par mois, soit un écart de 18,2 % au seuil de pauvreté. Cet écart représente l'intensité de la pauvreté.

Champ : personnes vivant en France métropolitaine dans un ménage dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Seuil à 60 % de la médiane	1996	1998	2000	2002	2002	2003	2004	2005	2005	2006
Nombre de personnes pauvres (milliers)	7 628	7 275	7 328	7 147	6 976	7 015	6 867	7 136	7 722	7 862
Taux de pauvreté (%)	13,5	12,8	12,7	12,2	12,0	12,0	11,7	12,1	13,1	13,2
Seuil de pauvreté (euros de 2006/mois)	732	745	776	812	818	818	816	830	865	880

Niveau de vie médian des personnes pauvres (euros de 2006/mois)	598	617	643	680	685	673	669	680	704	720
Intensité de la pauvreté (%)	18,3	17,2	17,1	16,2	16,3	17,7	18,0	18,2	18,6	18,2

**Proportion de personnes pauvres selon le type de ménage (seuil à 60 % de la médiane)**

Champ : personnes vivant en France métropolitaine dans un ménage dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 et 2006.

	2005		2006	
	Nombre de personnes pauvres (milliers)	Taux de pauvreté (%)	Nombre de personnes pauvres (milliers)	Taux de pauvreté (%)
Personnes seules	1 361	16,4	1 410	16,7
Familles monoparentales	1 520	30,0	1 612	30,3
Couples sans enfant	943	6,8	915	6,4
Couples avec un enfant	741	8,3	720	8,2
Couples avec deux enfants	1 154	8,9	1 209	9,3
Couples avec trois enfants ou plus	1 568	19,8	1 516	20,0
Ménages complexes	435	20,1	480	22,3
Ensemble de la population	<b>7 722</b>	<b>13,1</b>	<b>7 862</b>	<b>13,2</b>

*Suivi de l'engagement de lutte contre la pauvreté : tableau de bord et indicateurs*

Le 17 octobre 2007, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre la pauvreté, a été annoncé l'engagement de fixer un objectif chiffré de lutte contre la pauvreté. La



cible à atteindre est une réduction de un tiers en cinq ans de la pauvreté ancrée dans le temps.

Les objectifs définis pour la période 2008-2011 en matière de réduction de la pauvreté et d'inclusion active seront confrontés à un outil d'évaluation et de suivi interministériel élaboré depuis 2007 : le tableau de bord des indicateurs de réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Ce document sera complété, durant cette période, par la fixation de cibles et de leviers d'action. .

L'indicateur central du tableau de bord mesure le taux de pauvreté monétaire ancré dans le temps (réactualisé annuellement en fonction de l'inflation). Il est complété, en vue d'en compenser ses limites et de mieux rendre compte de la réalité multidimensionnelle de la pauvreté, par des indicateurs thématiques illustrant dix sous-objectifs de la lutte contre la pauvreté : les inégalités, le cumul des difficultés, la pauvreté des enfants, la pauvreté des personnes âgées, la qualité de l'emploi, l'accès à l'emploi, l'accès et le maintien dans le logement, l'accès à l'éducation et à la formation, l'égalité d'accès aux soins et le surendettement.

Apparaissent ainsi dans le tableau de bord, outre l'indicateur central, 15 indicateurs principaux et 17 indicateurs complémentaires dont la combinaison permettra de mesurer non seulement l'accès aux droits fondamentaux, mais encore le taux de difficultés de conditions de vie, le taux de persistance de la pauvreté, l'intensité de la pauvreté, les taux de pauvreté partant de seuils plus bas (40 % du revenu médian), le taux de pauvreté relatif, et la notion de «reste à vivre».

Tous les indicateurs retenus peuvent être renseignés, la plupart à partir de sources issues de la statistique publique.

L'engagement gouvernemental du 17 octobre 2007 prévoyait également de prendre en compte l'impact des réformes en cours sur l'objectif de lutte contre la pauvreté : un modèle de simulation est en cours de construction par différentes directions ministérielles, dont la direction du budget, dans le but de mesurer l'impact des réformes envisagées sur une partie des indicateurs figurant dans le tableau de bord (pauvreté ancrée dans le temps, pauvreté relative et intensité de la pauvreté).

Un bilan de l'action gouvernementale en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sera présenté, comme chaque année, lors de la journée de lutte contre la misère, ce bilan s'appuyant à la fois sur le tableau de bord des objectifs chiffrés de réduction de la pauvreté et sur le suivi du Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2008-2011.

**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