



07/12/2016

RAP/RCha/FRA/16(2017)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

16e rapport sur la mise en œuvre de la
Charte sociale européenne
soumis par

LE GOVERNMENT DE LA FRANCE

Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30 pour la période
01/01/2012 - 31/12/2015

Rapport enregistré par le Secrétariat le

7 décembre 2016

CYCLE 2017

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

Délégation aux Affaires Européennes et Internationales

Octobre 2016

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

Groupe II: Santé, sécurité sociale et protection sociale

PERIODE DE REFERENCE 2012-2015



SOMMAIRE

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

Paragraphe 1.....	page 3
Paragraphe 2.....	page 19
Paragraphe 3.....	page 31
Paragraphe 4.....	page 44

ARTICLE 11- droit à la protection de la santé

Paragraphe 1.....	page 50
Paragraphe 2.....	page 56
Paragraphe 3.....	page 57

ARTICLE 12- droit à la sécurité sociale

.....	page 65
-------	---------

ARTICLE 13- droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 1.....	page 66
Paragraphe 2/3/4.....	page 71

ARTICLE 14- droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1/2.....	page 72
---------------------	---------

ARTICLE 23- droit des personnes âgées à une protection sociale

.....	page 76
-------	---------

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

.....	page 86
-------	---------

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.

Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail

Objectif général de la politique

Le Comité a pris note des informations fournies dans le rapport de 2012. Il confirme que l'objectif général de la politique de sécurité et de santé dans le travail consiste à promouvoir une culture de sécurité et de santé dans le travail. **Il demande que le rapport 2016 indique si ladite politique est régulièrement réévaluée à la lumière de l'évolution des risques.**

Les deux premiers plans santé au travail ont apporté des progrès (structuration des acteurs de la recherche, amélioration des connaissances, des démarches et outils de prévention, etc.) qui se sont traduits par une baisse de la sinistralité des secteurs d'activité importants (bâtiment et travaux publics, industries du bois, garages, secteur de la chimie). Ces plans ont aussi et surtout favorisé l'émergence puis la consolidation de dynamiques territoriales fortes, relayant, dans le cadre des plans régionaux santé au travail, le PST ou, favorisant la prise en compte de risques spécifiques aux territoires concernés.

Le troisième Plan Santé au Travail (PST3) couvrant la période 2016-2020 a été adopté par le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), présidé par le ministre en charge du travail, le 8 décembre 2015. Ce plan marque un infléchissement majeur en faveur d'une politique de prévention qui anticipe les risques professionnels et assure la bonne santé des salariés plutôt que de s'en tenir à une vision exclusivement réparatrice. Il prend aussi pleinement en compte la qualité de vie au travail.

Ce plan a été préparé selon une méthode elle-même particulièrement innovante : sur le fond, il a été inspiré par les travaux des partenaires sociaux réunis au sein du groupe permanent d'orientation du COCT, à qui le ministre en charge du travail avait demandé d'élaborer des orientations stratégiques fondant le futur PST. Cette démarche incarnait son souhait d'associer pleinement les partenaires sociaux à la construction de la politique de santé au travail qu'il conduit.

Le mode d'élaboration du PST3 se caractérise par ailleurs par la forte mobilisation de tous les acteurs de la santé au travail (administrations, opérateurs, préventeurs institutionnels, etc.) qui auront œuvré collégalement à sa réalisation. Afin de garantir la pleine opérationnalité du PST 3, les acteurs de terrain ont également été largement consultés tout au long du processus d'élaboration.

Les partenaires sociaux, ont, de ce fait, unanimement salué le PST 3 lors de sa présentation, Ils en ont souligné le caractère particulièrement novateur et prometteur.

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

La politique de santé et sécurité au travail menée par la France est régulièrement adaptée à l'évolution des risques. Fondée sur des plans quinquennaux, elle fait, par nature, l'objet d'une réévaluation tous les cinq ans. Les constats tirés de cette réévaluation régulière forment les bases du plan quinquennal suivant.

Ainsi, le PST 3, tirant les enseignements des réussites et des manques du PST 2 prévoit à la fois :

- la poursuite des efforts, tout en les ciblant davantage pour rendre plus efficace l'action menée, sur plusieurs risques « classiques » (chutes de hauteur et de plain-pied, risque chimique, risque routier professionnel) ;
- le renforcement de la prise en compte des risques organisationnels, qui mobilisent notamment les problématiques de la conception du travail et du management (usure professionnelle, risques psychosociaux) ;
- et l'anticipation de risques émergents (perturbateurs endocriniens, nanomatériaux, impact des technologies numériques, vieillissement de la population) notamment par le renforcement et la meilleure mobilisation des données en santé au travail disponibles sur ces questions.

Constatant que, selon une autre source¹, la Cour de justice des Communautés européenne a constaté² le **manquement à la transposition de la 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, **le Comité demande également des informations sur les mesures prises pour remédier à cette situation.**

A la suite de l'avis motivé de la Commission européenne sur la transposition de l'article 10 paragraphe 1 sous b) de la **Directive 89/391/CEE** au regard de l'article R. 4227-37 du code du travail, les autorités françaises ont publié le décret n° 2010-78 du 2 janvier 2010 relatif à l'information des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité au JORF du 22 janvier 2010. Ce décret modifie le code du travail afin

¹ <http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?val=149704:cs&lang=fr&list=161296:cs,149765:cs,149763:cs,149704:cs,&pos=4&page=3&nbl=24&pgs=10&hwords=>

² Cour de justice des Communautés européennes, 5 juin 2008, affaire C-226/06, Commission des Communautés européennes c. République française, Rec. 2008, pp. I-86 et s.

d'imposer des obligations minimales d'information des travailleurs dans tous les établissements, y compris en dessous du seuil de 50 personnes.
La Commission a classé le dossier lors de son collège du 18 mars 2010.

Secteur agricole

Les actions du plan concernant les professions agricoles ont été coordonnées avec celles du plan Ecophyto II adopté en octobre 2015 par le ministre chargé de l'agriculture et celles du plan santé et sécurité au travail des actifs agricoles (PSST) 2016-2020 élaboré par la caisse centrale de la mutualité sociale agricoles (CCMSA) et approuvé par le ministre chargé de l'agriculture en décembre 2015.

Pour la période quinquennale à venir, il est prévu par exemple de mieux connaître et mieux prévenir les risques émergents comme les nanomatériaux ou les expositions professionnelles aux perturbateurs endocriniens, qui sont notamment présents dans l'agroalimentaire ou la production agricole et dans les pesticides (produits phytopharmaceutiques ou biocides).

En ce qui concerne la prévention du risque chimique en agriculture, dont les risques liés à l'utilisation des pesticides, il convient de rappeler les enjeux de la politique de réduction initiée en 2008 dans le cadre du Grenelle de l'Environnement et la réglementation européenne issue du « paquet pesticides ». Le plan Ecophyto avait pour objectif de réduire de 50% les usages des produits phytopharmaceutiques dans un délai de 10 ans, si possible.

Entre 2009 et 2014, de nombreuses actions structurantes ont été mises en place par les différentes parties prenantes du plan, dont un axe de travail dédié à la protection de la santé et la sécurité des professionnels. Lors de l'élaboration de la loi d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt, promulguée le 13 octobre 2014, le Gouvernement a décidé du transfert des autorisations de mises sur le marché des produits phytopharmaceutiques à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, ainsi que la responsabilité de mettre en œuvre une phytopharmacovigilance permettant de mieux identifier les risques d'intoxications aiguës ou chroniques de ces substances et mélanges.

En cohérence avec la directive européenne sur l'utilisation des pesticides compatible avec le développement durable (2009/128) et sur la base des recommandations du député Dominique Potier, qui a remis son rapport le 23 décembre 2014, une nouvelle version du plan Ecophyto a été préparée et soumise à la consultation des parties prenantes du plan ainsi que du public en juin 2015. Adopté en octobre 2015, le plan Ecophyto II prévoit de réduire en dix ans de 50% le recours aux produits phytopharmaceutiques en France, en deux temps. D'abord une réduction de 25% à l'horizon 2020, visée par la généralisation et l'optimisation des techniques alternatives ou de substitution actuellement disponibles. Ensuite, une réduction de 50% à l'horizon 2025, qui reposera sur des mutations profondes des systèmes de production et des filières soutenues par des politiques de moyen et long terme et par les avancées de la science et de la technique.

Sept principes fondent la version II du plan : maintenir un cap de réduction, surveiller les impacts sur la santé humaine (sans se limiter aux seuls utilisateurs) et sur l'environnement, s'inscrire au cœur du projet agro-écologique, placer l'entreprise au centre du dispositif, favoriser les dynamiques de groupe, décliner territorialement les actions et communiquer. Ainsi, en coordination avec les actions prévues dans le PST3 sur la prévention du risque chimique dans les entreprises, il est prévu de

renforcer les démarches d'évaluation des risques professionnels dans les entreprises, d'assurer une surveillance des impacts de ces produits sur la santé des travailleurs et de renforcer la veille de l'état des connaissances scientifiques sur ces risques, notamment des mélanges de substances et des effets reprotoxiques et de perturbateurs endocriniens de certains d'entre eux qui ne sont pas encore retirés du marché.

En matière de gouvernance, les moyens d'action de l'échelon régional sont renforcés pour favoriser l'émergence de dynamiques collectives et de filières, ainsi que l'aide à l'investissement des professionnels en matière d'agroéquipements performants.

L'enveloppe financière attribuée à la mise en œuvre du plan Ecophyto est sensiblement augmentée grâce au décret du 6 octobre 2014 qui élargit l'assiette de la redevance pour pollutions diffuses (RPD) à l'ensemble des substances actives classées cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques de catégorie 2 (CMR2). Cette augmentation porte l'enveloppe financière du plan de 41 à environ 70 millions d'euros annuels à compter de 2016.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a pris note des informations fournies dans le rapport précédent concernant notamment le PST2. Il a également pris note de l'accord du 10 novembre 2009 concernant la fonction publique.

Éléments nouveaux depuis l'Accord du 10 nov 2009 concernant la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

1 – Un plan national de prévention des risques psycho-sociaux pour généraliser et accompagner les démarches de prévention des employeurs publics

Signé par l'ensemble des représentants des employeurs et la majorité des organisations syndicales, l'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique porte l'ambition de contribuer à l'amélioration, de façon pérenne, des conditions et de la qualité de vie au travail des 5,4 millions d'agents de la fonction publique.

Une circulaire du Premier ministre relative au déploiement de l'accord-cadre, signée le 20 mars 2014, a apporté un cadrage politique au lancement du plan national de prévention des RPS dans les trois versants de la fonction publique. Les modalités de déclinaison du plan national ont été précisées par une circulaire dédiée au versant État de la fonction publique signée le 20 mai 2014. Dans la fonction publique territoriale, une circulaire de la direction générale des collectivités locales (DGCL) du 25 juillet 2014 a pour objet d'aider les collectivités territoriales et les établissements à déployer le plan auprès de leurs agents. Une circulaire a été publiée le 20 novembre 2014 concernant la déclinaison du plan national au sein de la fonction publique hospitalière.

Dans la fonction publique de l'État, la prévention des RPS est clairement identifiée comme l'une des grandes priorités des politiques de prévention menées par les ministères et fait l'objet, à ce titre, d'un dialogue social important au sein des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) aussi bien ministériels que de proximité.

Les ministères ont élaboré leur cadrage particulier. La phase de diagnostic prévue par l'accord est, d'autre part, largement engagée et s'appuie en partie sur l'ensemble des travaux menés par les ministères en matière de document unique d'évaluation des risques psychosociaux (DUERP).

On note enfin que, conformément à l'esprit de l'accord du 22 octobre 2013, les démarches ont été élargies à la prévention primaire et les actions ciblées sur l'organisation du travail. Les CHSCT ministériels et de proximité ont été associés à l'élaboration des actions de prévention et sont associés au suivi des plans mis en place.

Un comité de suivi des signataires de l'accord a été instauré et s'est réuni à plusieurs reprises pour suivre le déploiement du plan dans les administrations. Un premier bilan de la mise en œuvre du plan a été présenté en 2016 au sein de la formation spécialisée « conditions de travail, hygiène, santé et sécurité au travail » du conseil commun de la fonction publique pour les trois versants de la fonction publique.

2 – Une politique de santé et de sécurité au travail dans la fonction publique passée en régime de croisière et qui ouvre sur de nouveaux chantiers

Depuis la signature de l'accord relatif à la santé et à la sécurité au travail (SST) dans la fonction publique du 20 novembre 2009, les thématiques liées aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail ont pris un nouvel élan dans la fonction publique. Ces dernières sont en effet devenues un véritable enjeu de modernisation de la politique RH et du dialogue social.

Depuis la signature de l'accord – complété en 2013 par un accord-cadre consacré à la prévention des RPS (cf. ci-dessous) – la quasi-totalité des mesures prévues a été mise en œuvre. Des chantiers ouverts ont été approfondis, grâce notamment à plusieurs rapports d'inspection générale rendus sur les sujets du reclassement des agents déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé (2011), sur le régime des accidents et maladies professionnels (2012), sur la médecine de prévention (2014), la politique du handicap (2015), la prévention de la pénibilité (2016).

S'agissant des instances et des acteurs opérationnels compétents en matière de santé sécurité au travail, les travaux conduits suite à l'accord de 2009 ont permis :

- de créer une instance d'observation de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique (formation spécialisée du conseil commun de la fonction publique) ;
- d'élargir les compétences des comités d'hygiène et de sécurité aux conditions de travail et les modalités de fonctionnement de ces instances, y compris par des moyens en temps supplémentaire.

Le réseau des agents chargés de missions de conseil et d'assistance dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité a été rénové par la création de deux niveaux de compétence : un niveau de proximité (les assistants de prévention) et un niveau de coordination (les conseillers de prévention). Ces agents étaient en 2014 au nombre de 21 000 pour la seule fonction publique de l'Etat. Le fonctionnement du réseau des inspecteurs en hygiène et sécurité – devenus inspecteurs en santé et sécurité au travail (ISST) – a été amélioré en professionnalisant leur formation initiale et en valorisant leurs fonctions. Dans la fonction publique d'Etat, les inspecteurs qui sont rattachés aux inspections générales des ministères, étaient au nombre de 150 en 2014, et ont effectué quelques 2200 visites dans les services.

La formation en santé sécurité au travail des agents de la fonction publique a été améliorée par la définition de référentiels de formation, par le renforcement de la

formation des membres des CHSCT ainsi que des acteurs de la prévention, enfin, par des actions réitérées pour sensibiliser les personnels encadrant du personnel à ces problématiques.

S'agissant des objectifs et outils de prévention des risques professionnels, et particulièrement la mise en place du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), des travaux conduits avec les organisations représentatives du personnel de l'Etat ont permis de rappeler aux employeurs leurs obligations, et de proposer des outils méthodologiques d'aide à la rédaction de ces documents.

Concernant la prévention des différents risques professionnels, les priorités ont porté sur la *prévention des risques psycho-sociaux*, avec un chantier commun aux trois versants de la fonction publique, ouvert avec la signature d'un accord signé le 22 octobre 2013 pour les trois versants de la fonction publique. Celle relative aux *troubles musculo-squelettiques* a conduit à l'élaboration d'un guide de prévention dans le cadre de la formation spécialisée « conditions de travail, hygiène, santé et sécurité au travail » du conseil commun de la fonction publique et à sa diffusion en février 2015.

L'enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) a été étendue, depuis 2010, à la fonction publique territoriale et à une partie de la fonction publique de l'État (les agents du ministère de la justice, des ministères sociaux et les enseignants de l'éducation nationale n'ayant pas été couverts dans cette édition de l'enquête).

Concernant les droits sociaux liés à la maladie et la reconnaissance des atteintes à la santé, des travaux sont en cours pour améliorer les délais de traitement des dossiers. Dans la fonction publique de l'Etat, un kit méthodologique et d'information, consacré aux instances médicales et à leurs procédures a été diffusé aux services gestionnaires des agents information. Une mission a été confiée aux services de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et du contrôle général économique et financier (CGEFI) afin d'établir un comparatif sur les modalités de reconnaissance et de réparation des accidents et des maladies dans le secteur public et privé et de proposer le cas échéant des évolutions de ces dispositifs au sein de la fonction publique.

La gestion du régime de l'invalidité des fonctionnaires et du versement de la rémunération de l'agent en cas d'atteinte à la santé a été améliorée au niveau réglementaire et le dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé a fait l'objet d'un rapport conjoint inspection générale de l'administration et de l'inspection générale des affaires sociales.

Enfin, le bilan annuel hygiène sécurité de la fonction publique de l'État intègre, depuis 2012, une thématique dédiée aux nombres d'accidents et maladies professionnels déclarés dans chaque ministère. Une enquête relative à l'absentéisme pour raisons de santé a également été conduite en 2013 dans la fonction publique de l'État. La prévention des risques psycho-sociaux est en outre dorénavant organisée dans le cadre de ce bilan annuel, au moyens d'indicateurs communs qui portent notamment sur les absences pour raisons de santé, les visites sur demande au médecin de prévention et les violences envers le personnel.

Les organisations syndicales, très soucieuses du respect des obligations des employeurs publics en matière de santé et sécurité au travail, manifestent régulièrement leur souhait d'aller plus loin. Ainsi, le Gouvernement a ouvert, à l'agenda social 2015, une nouvelle concertation sur ces thématiques. La concertation, en cours d'achèvement, a permis d'identifier des mesures dont la

traduction en droit est en cours. Plus largement, de nouvelles avancées sont prévues à brève échéance pour renforcer la politique de prévention et la prise en compte de l'amélioration des conditions de travail dans la fonction publique ainsi que la prévention de la pénibilité.

Par ailleurs, le comité demande que le rapport 2016 contienne des informations sur la participation de l'inspection du travail au développement d'une culture de sécurité et de santé auprès des employeurs et des travailleurs, et sur le partage (instruction pratiques, mesures de prévention, conseils) de la connaissance des risques professionnels et de la prévention acquise à l'occasion des activités de contrôle.

Le manque ou l'insuffisance d'une culture de la sécurité et de la santé dans certains secteurs d'activité est nettement perçu par les pouvoirs publics comme une carence très préjudiciable aux travailleurs, aux entreprises et à l'économie en général. Ainsi, à l'occasion des enquêtes sur les accidents du travail, le *défait de formation*, voire même d'*information* de base, apparaît souvent une cause majeure de l'accident.

L'action de l'Etat en faveur de la santé et de la sécurité au travail se déploie essentiellement sur la base de Plans de santé au travail, auxquels l'inspection du travail est associée et à la mise en œuvre desquels elle contribue pour beaucoup. Un des buts des trois plans successivement engagés (2005 – 2010, 2010 – 2015, 2015 – 2020) est d'encourager la diffusion d'une véritable culture de prévention dans les entreprises ; il s'agit de fédérer l'ensemble des acteurs, aux niveaux national et local, autour de cet objectif commun. C'est donc avant tout un plan d'organisation qui vise à mieux structurer le dispositif de prévention et à provoquer un changement d'échelle dans la connaissance des risques professionnels. De réels progrès ont déjà été accomplis car les responsables d'entreprises conçoivent aujourd'hui que l'investissement dans l'amélioration des conditions de travail est une condition de durabilité de la performance économique. A ce titre, la lutte contre la pénibilité s'inscrit maintenant dans la gestion des entreprises. Les plans ont également permis de donner une visibilité publique aux objectifs de santé et de sécurité au travail. En affichant des priorités claires, en renforçant les moyens d'intervention de l'administration du travail et en particulier de l'inspection du travail, en développant la connaissance et l'évaluation des risques professionnels, ils apportent des avancées qui doivent être poursuivies. Ces plans reposent sur une démarche largement participative associant les organismes de prévention et l'ensemble des partenaires sociaux dans le cadre du Conseil d'orientation sur les conditions de travail.

Malgré des progrès accomplis en 10 ans, certains chiffres restent insatisfaisants, comme le nombre des accidents du travail (environ 700 000 par an, dont plus de 44 000 accidents graves), celui des maladies professionnelles, des travailleurs exposés à au moins un agent cancérogène.

Le troisième Plan de santé au travail, adopté fin 2015, maintient la prévention au centre de la politique de santé au travail. Il constitue la feuille de route de l'Etat en la matière pour la période de 2016 à 2020. Ce plan marque un infléchissement en faveur d'une politique de prévention qui anticipe les risques professionnels et garantisse la bonne santé des salariés plutôt que de s'en tenir à une action simplement réparatrice.

Un des quatre axes qui structurent l'activité du système d'inspection est la protection de la santé et la promotion de la sécurité au travail.

Sur ce thème, l'inspection du travail est un important vecteur d'information du monde des entreprises. Le nombre annuel de « contacts » entre l'inspection du travail et ses usagers pour un renseignement ou un conseil est difficile à évaluer de façon exacte, mais il est considérable : des comptages effectués plusieurs années de suite sur les renseignements donnés aux usagers par les seuls agents dédiés à la fonction de renseignement conduisaient à l'estimer en centaines de milliers³. Il faut y ajouter non seulement les dizaines de milliers d'observations écrites adressées aux employeurs à la suite de contrôles⁴, qui relèvent d'une activité d'information même si elles comportent une nuance d'avertissement ou d'injonction, mais aussi les renseignements donnés formellement ou informellement par l'ensemble du système d'inspection (agents de contrôle, agents de secrétariat, autres agents aux différents échelons du système) ; l'estimation, ici moins fiable, multiplie vraisemblablement le chiffre. Au niveau le plus opérationnel, la section d'inspection du travail est le service public de proximité, diffuseur d'un savoir au fil de ses multiples interventions. Les agents apportent des informations, donnent des conseils, tant à l'extérieur, à l'occasion de visites d'établissements et de chantiers⁵, de réunions de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, qu'au bureau au cours d'entretiens avec des usagers, ou dans leurs relations informelles avec les employeurs, les salariés, leurs représentants, les représentants des syndicats.

L'autorité centrale de l'inspection du travail, la Direction générale du travail (DGT), prend des initiatives nationales de communication qui ont pour but d'initier et sensibiliser certains publics, voire le grand public, à des aspects méconnus ou modifiés de la prévention des risques, ou à des problématiques prioritaires, que ce soit par des réunions, des colloques, ou la diffusion d'informations par les médias. La DGT contribue à son niveau à l'offre d'information : un portail internet, « Travailler mieux »⁶, dédié exclusivement aux questions de santé, de sécurité, de conditions de travail, donne accès à des outils simples et concrets à l'intention des employeurs ou des salariés, notamment des petites et très petites entreprises, pour leur faciliter la tâche en matière d'amélioration des conditions de travail et de réduction des risques professionnels⁷.

Les pouvoirs publics estiment cependant qu'au-delà de l'information, la fonction de contrôle est essentielle pour que l'inspection du travail joue pleinement son rôle. Conformément aux engagements internationaux, elle est d'ailleurs soumise à une obligation de moyens par rapport à l'objectif de garantir l'effectivité du droit ; le contrôle nécessite une périodicité adaptée et une inspection soigneuse. Le souci de régularité et de qualité des contrôles appelle nécessairement une programmation des inspections à effectuer et un suivi des inspections réalisées. Les priorités d'action, dont la santé et la sécurité, s'inscrivent dans cette nécessité. Le contrôle est

³ Le dispositif de l'Observatoire du renseignement (ODR, voir *infra*) permet déjà de mieux quantifier les sollicitations des usagers et de comptabiliser de façon plus fiable le nombre de contacts entre les services de renseignement et le public.

⁴ Au nombre de 119.300 en 2015 (130.000 en 2014 – Source : DGT, application *Delphes*), dont plus de la moitié porte sur la santé et la sécurité.

⁵ Les observations formulées généralement par écrit à l'issue d'un contrôle participent aussi de la mission d'information et de conseil.

⁶ Ce portail internet a été refondu dans le site du ministère du travail en 2016.

⁷ On citera également « substitution-cmr.fr » développé par l'ANSES avec le soutien du ministère chargé du travail.

essentiellement un travail d'investigation et de constat, mais d'autres activités comme la participation aux réunions de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou les interventions dans les relations collectives y contribuent et l'alimentent. La prévention des risques de chutes de hauteur et celle de l'exposition des travailleurs aux fibres d'amiante sont au premier plan des interventions, en raison de la fréquence des chutes malgré l'amélioration technique évidente des équipements et de leurs dispositifs protecteurs, et de la persistance du risque amiante dans un contexte où la valeur limite d'exposition a été abaissée en 2012 et où la méthode réglementaire d'analyse de l'air a fait l'objet d'une avancée technologique notable. Ces priorités nationales se déclinent au niveau de chaque territoire.

La diffusion de la connaissance des risques est favorisée dans bien des cas par un partenariat en réseau et par des actions de longue durée qui s'articulent par phases successives. En 2010, dans le cadre d'une campagne européenne d'information et de contrôles sur les risques d'exposition des salariés aux agents chimiques dangereux, une action de contrôle a été menée de manière coordonnée par les ministères du travail et de l'agriculture et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). L'inspection du travail bretonne a réalisé à cette occasion 200 contrôles (2880 en France). Les résultats de cette enquête avaient permis de constater que très peu d'établissements remplissaient leurs obligations légales et réglementaires en la matière : plus de 30 % des entreprises n'étaient pas détentrices du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER) et, pour les entreprises l'ayant établi, celui-ci était bien souvent insuffisamment détaillé ne prenant pas en considération notamment le risque chimique. Une nouvelle action a été menée jusque 2015 portant sur le risque chimique dans les garages. Un courrier commun CARSAT (caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) - CNPA (Conseil National des Professions de l'Automobile)- DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) a été envoyé à l'ensemble des professionnels de la région. Il exposait les mauvais résultats de l'action de contrôle de 2010, et invitait les professionnels à solliciter la CARSAT ou le CNPA pour améliorer la situation dans les entreprises. Une convention a ensuite été signée entre le CNPA et la DIRECCTE, dont l'objet était de sensibiliser les professionnels de l'automobile à la problématique du risque chimique, par différents moyens : réunions collectives d'information et de sensibilisation sur la démarche d'évaluation et de prévention du risque chimique, diffusion des « kits de fiches de poste » et autres supports de prévention, ateliers pratiques collectifs dans un garage volontaire, audits et accompagnements individuels pour la réalisation du DUER. Sur la période 2010-2014, ce sont 462 garages bretons qui ont bénéficié d'une ou plusieurs actions de prévention du CNPA, sur les 2727 entreprises de la branche. 751 interventions de l'inspection du travail ont eu lieu dans ce même temps. 25 ont bénéficié d'aides financières de la CARSAT et 22 ont signé avec elle un contrat de subvention. De fin 2014 à mai 2015, l'objectif a été de vérifier la portée des contrôles et des différentes actions CNPA sur l'évaluation et la prévention du risque chimique, par rapport à la campagne européenne de 2010. Chaque agent effectuait trois contrôles. 200 contrôles ont été réalisés. Un constat général porte sur l'absence de DUER, qui a peu évolué entre 2010 et 2015 (environ 30%). Malgré cette déception, des avancées ont pu être constatées ou obtenues sur la recherche de produits de substitution en cas de présence d'agents CMR (cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques) de catégorie 1 et 2, sur l'existence d'équipements adéquats de protection collective ou individuelle,

sur la formation à la sécurité, la présence de fiches de données de sécurité, la qualification des lieux de stockage de produits et l'étiquetage des produits transvasés.

Dans le domaine du risque chimique, l'inspection du travail exerce une vigilance particulière sur le risque différé qu'est l'inhalation de fibres d'amiante libérées dans l'atmosphère. La vigilance est accrue de la part des agents de contrôle de l'Etat et des acteurs concernés afin d'améliorer la gestion des opérations réalisées en recommandant la mise en œuvre de mesures d'ordre organisationnel et technique appropriées. Outre le niveau national, les DIRECCTE mettent le plus d'information possible à la disposition des agents et des usagers. Des pages dédiées à l'amiante figurent dans les intranets et internet des DIRECCTE, comprenant l'ensemble des productions documentaires.

Enfin, les facteurs de pénibilité définis par la loi font partie du domaine familial ou occasionnel des interventions de l'inspection du travail : contraintes physiques (manutentions manuelles de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques) ; environnement physique agressif (agents chimiques dangereux, activités exercées en milieu hyperbare, températures extrêmes) ; rythmes de travail particuliers (travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif). La prévention est un des axes majeurs de la politique publique. La prévention de la pénibilité participe désormais des principes généraux de prévention dont l'inspection du travail soutient l'application, notamment lorsque ses agents participent aux travaux des CHSCT pour analyser l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité.

Par ailleurs les Unités territoriales interviennent si nécessaire afin d'ouvrir la voie à des négociations de bonne foi sur ce sujet conséquent, qui intéresse l'ensemble de la vie professionnelle de nombreux salariés ainsi que leurs employeurs successifs.

Les services relatent une difficulté accrue à faire progresser la santé et la sécurité dans les entreprises à cause du marasme économique (par exemple en raison du coût des vérifications et des mises en conformité des installations et équipements). Dans ce contexte, l'information et la communication par tous les moyens sont des leviers de persuasion et d'amélioration qui précèdent le plus possible la contrainte ou la sanction. Il s'agit d'associer les décideurs et les acteurs à une prise de conscience et à un mouvement d'ensemble en faveur de la prévention des risques.

Un autre exemple type peut illustrer le travail mené de concert entre les pouvoirs publics, les instances de consultation, les organismes de prévention et les services de l'inspection du travail.

Cet exemple concerne l'amélioration des règles d'hygiène et de sécurité dans le secteur des travaux forestiers et sylvicoles.

Lors de la parution du décret n°2010-1603 du 17 décembre 2010 relatif aux règles d'hygiène et de sécurité sur les chantiers forestiers et sylvicoles, entré en vigueur le 1er avril 2011 et codifié aux articles R. 717-77 à R. 717-83 du code rural et de la pêche maritime, il avait été convenu qu'au bout de deux ans d'application, les discussions relatives à certains sujets reprendraient, notamment sur l'hygiène, le travail isolé et les dispositions du code du travail applicables aux travailleurs indépendants intervenants en forêt.

Sur la base d'un mandat de la commission spécialisée du COCT, un groupe de travail réunissant les différentes parties prenantes a été constitué et s'est réuni durant toute l'année 2014 jusqu'à fin 2015 afin de proposer de nouvelles mesures. Ces travaux se sont appuyés sur le bilan de la campagne de contrôle menée par l'inspection du travail en 2013-2014.

Bilan de la campagne de contrôle de l'inspection du travail sur les chantiers forestiers et sylvicoles 2013-2014.

Données générales :

948 chantiers occupant 1876 salariés ont été contrôlés, dont 90% de chantiers forestiers et 10% de chantiers sylvicoles. 53% des chantiers forestiers contrôlés étaient soumis à déclaration préalable (volume de bois abattu de plus de 500 m³) et 58% étaient des chantiers sylvicoles (surface supérieure à 4 ha). Seulement la moitié des chantiers contrôlés étaient indiqués par un panneau de signalement.

Sécurité sur les chantiers en co-activité :

37% des chantiers contrôlés (soit 353) étaient en situation de co-activité. Pour ces chantiers, un calendrier prévisionnel avait été établi dans 10% des cas, une coordination entre les entreprises était intervenue afin de mettre en place des mesures organisationnelles dans 41% des cas. Dans 15% des cas, cette organisation avait permis de supprimer certaines interférences. Enfin l'aménagement des voies avait été réalisé dans seulement 9% des cas. Un croquis légendé figurait dans 60% des fiches de chantier. S'agissant de l'organisation des secours, les éléments relatifs à l'accès au chantier figuraient dans 54% des fiches de chantier, au point de rencontre dans 44% des fiches de chantier, à la couverture téléphonique dans 60% des fiches de chantier.

Mesures d'organisation du chantier :

En ce qui concerne l'organisation du chantier, il a été constaté que le périmètre de sécurité minimum pour l'abattage d'un arbre à la scie à chaîne était respecté dans 73% des chantiers concernés et les distances de sécurité autour des machines lors de travaux mécanisés, dans 79% des chantiers concernés. 79% des chantiers avaient aménagé une aire d'entreposage des bois.

Mesures de protection des travailleurs :

Sur les chantiers concernés par le travail isolé, 41 avaient mis en place un dispositif d'alerte pour travailleurs isolés et 68 des procédures de surveillance.

En ce qui concerne la fourniture des équipements de protection individuelle (EPI) obligatoires, sur la moitié des chantiers contrôlés, les travailleurs disposaient de vêtements de sécurité et accessoires de signalisation et de chaussures ; sur un tiers, ils ne disposaient que de chaussures de sécurité. Enfin sur 17% des chantiers, aucun EPI n'était fourni.

Le ratio de secouristes formés était respecté sur 24% des chantiers et non respecté sur 48%, aucune information n'étant disponible sur les autres. 60% des chantiers étaient dotés d'une trousse de secours.

Hygiène des chantiers :

S'agissant de l'hygiène, l'eau potable pour la boisson était fournie en quantité suffisante sur 82% des chantiers. Un abri contre les intempéries satisfaisant était

fourni sur 10% des chantiers, un abri insatisfaisant sur 8% des chantiers. 74% des chantiers n'avait prévu aucun type d'abri.

Suites données aux contrôles :

Cette campagne a donné lieu à l'envoi de 822 lettres d'observation (80% de chantiers concernés) et 33 procès verbaux concernant la sécurité. En outre, 4 procès verbaux pour travail illégal ont été dressés, et 2 procès verbaux pour obstacle au contrôle.

Au final, le projet de décret modifiant les articles R. 717-77 à R. 717-83 du code rural et de la pêche maritime a été présenté à la commission spécialisée du COCT en décembre 2015 et a reçu un avis favorable à l'unanimité de ses membres. Sa publication est attendue en 2016.

D'une manière générale, l'inspection du travail est en relation avec de nombreux organismes qui concourent à l'effectivité du droit de la santé et de la sécurité au travail :

- les médecins du travail et les services de santé au travail
- l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN)
- l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)
- la Mutualité sociale agricole (MSA)
- l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et les ARACT (agences régionales)
- l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
- la Sécurité sociale (branche accidents du travail-maladies professionnelles) et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)
- l'Institut de recherche en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture
- les institutions chargées de la santé et de la sécurité des gens de mer
- l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES)

Des conventions sont conclues par l'administration du travail avec des partenaires, au niveau national comme au niveau territorial : conventions avec les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) sur les risques technologiques, conventions avec les autres préventeurs sur la sensibilisation aux risques professionnels, conventions relatives à la lutte contre le travail illégal avec l'ACOSS et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), actions en partenariat avec les ARACT, etc.

D'autres associations et organismes pourraient également être cités notamment dans le champ de la recherche et de l'expertise⁸ ; leurs travaux et actions viennent en contrepoint stimuler l'action régulatrice et correctrice du milieu de travail.

L'inspection du travail, du fait de son maillage d'agents intervenant auprès des acteurs dans l'ensemble des sites de travail, de ses ressources en expertise, de son pouvoir de régulation en certaines matières, de ses relations avec les partenaires

⁸ Par exemple les associations de médecins du travail. Citons aussi, au Canada (Québec), l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

sociaux, occupe une position de nature certes régaliennne –« gendarme » de l'ordre public et ponctuellement décideur–, mais aussi d'animation, d'influence, de mise en réseau et d'observation.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport 2012 selon lesquelles les pouvoirs publics sont impliqués dans la recherche, l'élaboration de solutions pratiques et la formation en vue d'améliorer la sécurité et la santé des travailleurs.

L'amélioration de la sécurité et de la santé au travail suppose l'action la plus anticipée possible de certains défis du futur : les efforts sur les risques déjà identifiés (chutes de hauteur, troubles musculo-squelettiques, stress au travail) seront maintenus et renforcés puisqu'ils bénéficient dans le cadre du PST3 d'actions plus ciblées. Mais il faut résolument œuvrer en anticipation sur de nouveaux risques dont les effets sont différés ou méconnus à ce jour (cf. les risques dits « émergents », comme les perturbateurs endocriniens, les nanomatériaux, les nouvelles formes de travail, etc.). Dans ce cadre, la production de connaissances et la recherche occupent une place importante dans le plan.

Pour autant, et c'est une des grandes innovations du PST3, la question de la production de données n'est pas envisagée de manière isolée. Le PST3 aborde en effet, de manière indissociable, la question des acteurs et des données. C'est la raison pour laquelle ce plan se fixe l'ambition partagée de renforcer les ressources de la santé au travail et de structurer le système d'acteurs. Ces acteurs sont divers : partenaires sociaux réunis au sein du COCT (conseil d'orientation des conditions de travail), système d'inspection du travail et services de médecine du travail. Ces derniers sont des acteurs nécessairement solidaires et complémentaires de cette politique. Au-delà des acteurs, c'est aussi et surtout leurs ressources en santé au travail, notamment la production de connaissances et la recherche, qu'il s'agit de renforcer. Cette mobilisation des acteurs alimente une réflexion partagée sur la réglementation, l'adaptation des informations, outils et bonnes pratiques. Elle devra être conduite sur la durée du plan et articulée avec une offre d'accompagnement des acteurs de l'entreprise, plus particulièrement les PME -TPE.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Suite aux informations données dans le rapport précédent, le comité confirme l'existence d'un système de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs au niveau des autorités nationales et régionales ainsi qu'au niveau des entreprises et de la fonction publique. Il **demande que le rapport 2016 indique de quelle manière se déroule, dans la pratique des établissements qui emploient moins de 50 salariés, la consultation relative au bilan annuel de la situation de la santé, de la sécurité et des conditions de travail, ainsi que celle relative au programme de prévention.**

Dans les **établissements de moins de 50 salariés**, le principe est qu'il n'y a pas d'obligation de constituer un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et l'employeur n'a donc pas d'obligation d'établir de bilan de la

situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans l'établissement ni de programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

En vertu de l'article L. 4121-3 du code du travail, l'employeur reste toutefois tenu d'évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs et d'élaborer, sur la base de cette évaluation, un document unique d'évaluation des risques.

Dans les établissements de moins de 50 salariés, ce sont les délégués du personnel (DP), qui doivent obligatoirement être mis en place dans les entreprises d'au moins 11 salariés, qui sont dès lors investis des missions dévolues aux membres du CHSCT (article L. 2313-16). Les DP exercent cependant ces missions avec les moyens qui leur sont attribués en tant que délégués du personnel.

Les DP ont donc notamment pour mission de contribuer à la prévention et à la protection de la santé et la sécurité des travailleurs (article L. 4612-1), de procéder à l'analyse des risques professionnels (article L. 4612-2). Ils sont par ailleurs tenus aux mêmes obligations que les membres du CHSCT (article L. 2313-16).

Les questions relevant des attributions du CHSCT sont évoquées au cours des réunions mensuelles des DP. Ceux-ci devront recevoir les informations nécessaires à l'exercice de leur mission et être consultés sur les projets importants d'aménagement des conditions de travail. Ils pourront procéder à des inspections et enquêtes et exercer le droit d'alerte en cas de danger grave et imminent.

Par ailleurs, la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi a instauré une représentation des salariés et des employeurs des entreprises de moins de onze salariés. Ces commissions sont destinées à représenter les salariés et les employeurs des entreprises de moins de 11 salariés, au niveau régional, et dans les branches qui n'ont pas mis en place, par accord, de commissions paritaires ayant les mêmes attributions et le même champ de compétence géographique. Ces nouvelles commissions paritaires régionales interprofessionnelles (CPRI) auront un rôle d'information, de conseil et de concertation sur des problématiques spécifiques aux TPE (très petites entreprises), notamment en matière de conditions de travail et de santé. Les CPRI auront également une compétence en matière de facilitation pour la résolution des conflits collectifs et individuels. Les membres des CPRI pourront accéder aux entreprises sur autorisation de l'employeur (articles L.23-113-1 et L.23-113-2).

Dans le secteur agricole et agroalimentaire, une participation très forte des branches professionnelles et la mise en place d'instances territoriales de concertation ont permis de développer des espaces de dialogue adaptés à la diversité des situations rencontrées dans les PME/TPE (I) comme dans les groupes industriels de l'agroalimentaire (II).

- Un premier bilan de la mise en place et du fonctionnement des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CPHSCT), réalisé en 2013 dans le secteur de la production agricole, confirme l'intérêt de l'instance et la nécessité de son accompagnement par les branches du secteur et l'Etat.

Conformément à l'article L. 717-7 du code rural et de la pêche maritime modifié par la loi de 2011 sur l'organisation de la médecine du travail, des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture sont instituées dans chaque département. Elles sont chargées de promouvoir la formation à la sécurité, de contribuer à l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité et à l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs des exploitations et entreprises du secteur de la production agricole et qui sont dépourvues de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou de délégués du personnel. Elles apportent également leur contribution à la prévention de la pénibilité.

Elles comprennent en nombre égal, au maximum cinq représentants désignés par les organisations d'employeurs et de salariés représentatives au plan national dans les branches professionnelles concernées, ou les organisations locales représentatives dans les départements d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin. Ils sont nommés par l'Etat, sur proposition du secrétariat de la Commission nationale paritaire pour l'amélioration des conditions de travail en agriculture (CPNACTA) créée par l'article 12 de l'accord national du 23 décembre 2008 sur les conditions de travail en agriculture.

Les CPHSCT ont bénéficié de l'impulsion donnée par le dialogue social national et notamment par la CPNACTA qui a pour mission de faciliter les modalités de désignation des membres et d'assurer une certaine coordination entre elles. La réforme récemment opérée consacre cet ancrage dans le dialogue social et l'encadrement nécessaire à leur développement (Cf la note de service interministérielle (Agriculture et Travail) du 10 décembre 2013 sur la mise en place et le fonctionnement des CPHSCT).

Fin 2013, on peut constater que 17 CPHSCT fonctionnent activement.

Elles fournissent un 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. En ce sens, comme le souligne le Pr Pierre-Yves VERKINDT dans son rapport rendu au DGT sur « les CHSCT au milieu du gué », elles constituent des lieux de savoirs sur le travail « au point de rencontre des savoirs d'expérience, des savoirs techniques et/ou académiques ainsi que des savoirs militants », comme les CHSCT, et permettent de « couvrir les très petites entreprises ». Il note également « qu'un certain nombre d'entre elles s'avèrent particulièrement dynamiques ». Elles peuvent en effet contribuer 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 de la pénibilité et d'amélioration des conditions de travail. Des possibilités de financement pour mener ces actions sont possibles sur les budgets du fonds national de prévention des caisses de MSA ou des caisses assurances accidents agricoles (CAAA) pour l'Alsace et la Moselle, ou en lien avec les actions menées par les ARACT.

Elles mènent des actions très diverses comme la participation à des réunions de cantons sur des thèmes en santé et sécurité au travail, la participation à des salons ou des journées techniques, des visites d'entreprises, l'animation d'ateliers de sensibilisation sur le renversement de tracteur, le choix des EPI, la contention des bovins ou la manipulation des équins, ainsi que la réalisation d'enquête sur le confort des salles de traite par exemple et la création d'un site internet dans un département.

De nombreux documents sont également produits : plaquettes de présentation de la CPHSCT, affiches d'information, articles de presse, lettre de la CPHSCT, guides techniques, documents (sous forme de CD Rom) sur les risques professionnels dans la filière équine...

Il est à noter un large soutien à la fois des services de la MSA et des agents des services de l'inspection du travail dont les techniciens régionaux de prévention. Ces derniers participent régulièrement à plus de 60 réunions de CPHSCT par an, sans compter les réunions préparatoires à leur renouvellement ou leur création, et contribuent à l'animation des réunions de groupes de travail créés au sein de certaines d'entre elles.

- Dans la filière alimentaire, des engagements réciproques entre les entreprises, les représentants des salariés et les pouvoirs publics ont concerné le domaine des conditions de travail et l'amélioration de la qualité de la vie au travail

Les Ministres chargés de l'agriculture, de l'agroalimentaire et du redressement productif se sont engagés dans un «Contrat de la filière alimentaire » signé le 19 juin 2013 avec les entreprises et les représentants des salariés sur la base de propositions issues des « Rencontres régionales pour l'avenir de l'agroalimentaire », lancées le 25 septembre 2012. Des engagements concernent l'amélioration des conditions du travail et invitent les partenaires sociaux des secteurs concernés à ouvrir des travaux sur la qualité de vie au travail, la prévention des risques professionnels et les meilleures conditions périphériques au travail.

Toute la filière alimentaire est mobilisée au sein du Contrat de filière, de l'amont agricole à la distribution, en passant par le commerce de détail et l'artisanat alimentaire, les entreprises de négoce, les coopératives agricoles et agroalimentaires, la restauration collective et les industries alimentaires, y compris les entreprises et acteurs utilisant des produits issus de l'agriculture biologique. Sont également impliqués les représentants des salariés de la filière. C'est 600 000 salariés et 13 000 entreprises, répartis sur l'ensemble des territoires urbains et ruraux qui représentent la première filière industrielle de France.

L'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle souligne que « la performance d'une entreprise repose à la fois sur des relations collectives constructives et sur une réelle attention portée aux salariés en tant que personnes » et les accords pénibilité signés dans les branches du secteur apportent une approche méthodologique. Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en direction des TPE/PME ou des territoires est également recherchée.

Ainsi, dans le cadre d'un dialogue social renforcé, des groupes de travail ont été mis en place entre les signataires du contrat filière et les organismes de prévention, CCMSA et CNAMTS, l'ANACT et les mutuelles. Les travaux se poursuivent afin de décliner des outils ou démarches transférables. Un des enjeux concerne la prévention des TMS, ces pathologies sont très importantes dans ces secteurs, en nombre, en coût, mais également en souffrance au travail.

Ces travaux ont permis de retenir dans le PST3 un objectif de prévention de l'usure professionnelle et un objectif en faveur de la qualité de la vie au travail pour ce secteur notamment. Ces actions devraient aider à combler le décalage important entre l'état des connaissances concernant les actions de prévention des TMS les plus efficaces et ce à quoi s'engagent les entreprises pour y parvenir.

Paragraphe 2 - Règlements de sécurité et d'hygiène

Risques couverts par les règlements

Le comité a constaté dans ses dernières conclusions que la législation et la réglementation en vigueur était conforme à l'obligation générale de l'article 3§2 de la Charte.

Il demande que le rapport 2016 fournisse des informations concernant les mesures de transposition de la Directive 2000/54/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail ; et de la Directive 2004/40/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques), telle qu'amendée par la Directive 2008/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2008.

La directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail (septième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) est transposée en droit français par les textes suivants :

- articles L. 4421-1 et R. 4421-1 à R. 4427-5 du code du travail ;
- arrêté du 18 juillet 1994 modifié fixant la liste des agents biologiques pathogènes ;
- arrêté du 4 novembre 2002 fixant les procédures de décontamination et de désinfection à mettre en œuvre pour la protection des travailleurs dans les lieux où ils sont susceptibles d'être en contact avec des agents biologiques pathogènes pouvant être présents chez des animaux vivants ou morts, notamment lors de l'élimination des déchets contaminés, ainsi que les mesures d'isolement applicables dans les locaux où se trouvent des animaux susceptibles d'être contaminés par des agents biologiques des groupes 3 ou 4 ;
- arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine ;
- arrêté du 16 juillet 2007 fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en œuvre 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.

Concernant la **directive 2004/40/CE**, un projet de décret relatif aux prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus

aux champs électromagnétiques, ne présentant pas de différence notable avec cette directive, avait bien été préparé par les autorités françaises. Ce texte n'a toutefois pas été publié compte tenu des difficultés rencontrées, lors des travaux de transposition, en matière d'applicabilité des valeurs limites d'exposition prévues dans le secteur médical et pour certaines activités industrielles, et dans la perspective d'un nouveau texte européen proposé par la Commission.

En effet, la **directive 2013/35/UE du 26 juin 2013** concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques) (vingtième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) **a abrogé la directive 2004/40/CE.**

La directive 2013/35/UE et le guide pratique visant à faciliter la mise en œuvre de cette directive mis à disposition des Etats membres par la Commission européenne en décembre 2015, ont permis aux autorités françaises d'engager de nouveaux travaux de transposition en vue de l'adoption, dans le code du travail, de dispositions spécifiques en matière de prévention des risques dus aux champs électromagnétiques.

Au cours de la période 2012-2015, la protection des travailleurs susceptibles d'être exposés aux champs électromagnétiques est assurée, en droit interne, par la mise en œuvre des principes généraux de prévention fixés par la partie législative du code du travail (L. 4121-1 et L. 4121-2). Responsable de la santé et de la sécurité des travailleurs, tout employeur doit évaluer ce risque et mettre en œuvre les moyens de protection adaptés. A cet effet, il consulte notamment les représentants du personnel ou le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) lorsque l'entreprise en est dotée, ainsi que le médecin du travail. Les résultats de l'évaluation des risques sont consignés dans le document unique d'évaluation des risques. Pour apprécier la pertinence des moyens mis en œuvre par l'employeur en application des principes généraux de prévention pour la protection contre ce risque, les agents de contrôle de l'inspection du travail peuvent également s'appuyer sur la réglementation issue du code des postes et des communications électroniques et celle issue du code de la santé publique.

En outre, il convient de souligner que l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), s'est vu confier par le ministère du travail une mission d'information et de sensibilisation qui peut par exemple consister en l'élaboration, la publication et la mise à jour de guides de bonnes pratiques à destination des entreprises ou en l'organisation et l'animation de journées de formation des acteurs de prévention. Dans le domaine des champs électromagnétiques, l'INRS a notamment publié un document « ND 2350-225-11 - intégrer le risque CEM dans le DUER »⁹ qui identifie et recense les machines rayonnantes, présente les résultats des mesurages opérés pour ces équipements par un groupe d'experts INRS/Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)/Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et recense les moyens de protection existants (éloignement, blindage, réduction à la source).

⁹ <http://www.inrs.fr/accueil/dms/inrs/CataloguePapier/ND/TI-ND-2350/nd2350.pdf>

Dans l'objectif d'impliquer les partenaires sociaux le plus en amont des évolutions réglementaires nationales, un groupe de travail issu du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) a été constitué en septembre 2015. Il a notamment travaillé sur le décret n° 2016-1074 du 3 août 2016 relatif à la protection des travailleurs contre les risques dus aux champs électromagnétiques, qui vient compléter les dispositions du code du travail¹⁰.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a considéré que les niveaux de prévention et de protection relatifs à la mise en place, l'aménagement et l'entretien des postes de travail étaient conformes à l'article 3§2 de la Charte. Il **demande que le rapport fournisse des informations sur les mesures de transposition de la Directive 2009/104/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail.**

La directive 2009/104/CE du Parlement européen et du Conseil concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail (deuxième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) est une directive particulière au sens de l'article 16 de la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité des travailleurs au travail. Il s'agit d'une consolidation de directives successives qui avaient elles-mêmes déjà été transposées en droit français.

Aussi, le droit français était d'ores et déjà conforme à la directive 2009/104/CE lorsqu'elle a été publiée. La transposition de cette directive n'a donc pas nécessité l'adoption de mesures nationales d'exécution.

Dans ce contexte, la période considérée a été l'occasion de privilégier l'appui à la mise en œuvre de la réglementation existante et à inciter les entreprises à mieux prendre en compte les principes de prévention inscrits dans la réglementation. Cette démarche s'inscrit en complémentarité du fort engagement dans les travaux d'élaboration ou de révision des normes harmonisées s'agissant par exemple, des engins de levage, des chariots automoteurs à conducteurs portés ou encore des engins de terrassement.

Deux exemples permettent d'illustrer la démarche :

- la prévention des chutes de hauteur

L'accent a été mis par exemple dans les priorités données aux services de contrôle sur la prévention des risques de chutes de hauteur dans le BTP et l'utilisation d'équipements d'accès ou d'échafaudages conformes.

La démarche a également consisté à renforcer par des actions de sensibilisation, la mobilisation des acteurs et des professions pour une meilleure prise en compte des principes de prévention dans l'utilisation des équipements de travail dans les situations exposant au risque de chute de hauteur. Ainsi une campagne de

¹⁰

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032974358&dateTexte=&categorieLien=id>

communication et de sensibilisation a-t-elle été conçue et menée en 2014 dans le secteur du BTP en lien avec les organisations professionnelles et organismes de prévention sectoriels (courriers aux entreprises, encarts dans la presse, mise en place d'un site web dédié « travaux en hauteur, pas le droit à l'erreur »). Cette campagne a été reconduite fin 2015 en adaptant les outils proposés aux petites entreprises notamment en matière d'auto-diagnostic afin de faciliter la prise en compte du risque en amont par les chefs d'entreprise. Ce risque reste en effet une cause de sinistralité importante et les signalements des services de contrôle relatifs aux accidents très graves ou mortels restent préoccupants avec plus de 50 décès recensés par an ces trois dernières années.

- le maintien en conformité des machines en service

Un guide technique (guide du 18 novembre 2014)¹¹ a été élaboré pour préciser la notion de modification appliquée aux machines et permettre ainsi aux employeurs utilisateurs de bien prendre en compte les règles applicables lors de telles opérations ; ce guide précise également les principes à mettre en œuvre en vue de conserver et d'améliorer le niveau de sécurité des machines ; ce document a été largement diffusé auprès des parties prenantes et traduit en langue anglaise.

Il sera particulièrement utile à la profession agricole : en effet, la modification des machines est une pratique extrêmement répandue dans les exploitations agricoles, afin d'adapter le matériel aux besoins particuliers des diverses productions ou des divers environnements de travail.

Le plus souvent, il s'agit d'innovations expérimentales réalisées par l'agriculteur lui-même, l'artisan ou le concessionnaire local.

Souvent, ces modifications, voire ces auto-constructions artisanales, peuvent poser des problèmes de sécurité : par exemple en matière de levage de charges ou de personnes "aménagé". C'est la raison pour laquelle ce guide apporte des éclairages nécessaires sur :

- la notion de « modification » ;
- les objectifs réglementaires en matière de prévention des risques relativement à l'utilisation des machines ;
- les procédures qu'il est recommandé d'appliquer aux opérations de modification, en particulier une analyse des risques spécifique et la constitution d'un dossier technique de modification pour en assurer la traçabilité ;
- et en annexe, il donne un exemple d'évaluation du risque lors d'une modification de machine ainsi qu'un mode d'emploi pour la réalisation d'un cahier des charges, lorsque l'employeur confie la modification à un intermédiaire.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité a pris note des informations fournies dans le rapport 2012. Il a décidé d'examiner **l'impact de la réforme réglementaire relative à la prévention et la protection contre l'amiante lors du cycle d'évaluation 2016.**

Sur la question relative à la réalisation des dossiers techniques amiante par les propriétaires et employeurs du secteur privé, les autorités françaises se sont engagées dans diverses démarches afin d'améliorer le recueil d'informations :

¹¹ http://travail-emploi.gouv.fr/publications/picts/bo/20141130/TRE_20140011_0110_0001.pdf

- la feuille de route interministérielle en matière d'amiante, validée par le cabinet du Premier ministre en décembre 2015 et transformée en plan interministériel, prévoit la mise en place d'une cartographie des matériaux amiantés dans le parc d'immeubles bâtis ;
- les rapports annuels d'activité des opérateurs de repérage: Si les opérateurs de repérage doivent adresser chaque année au ministère de la santé un rapport annuel d'activité, la remontée des informations est aujourd'hui extrêmement partielle. La mise en place d'un système d'information a ainsi été engagée par la Direction générale de la santé et inscrite dans le plan d'action interministériel amiante 2016-2019. Son déploiement pourrait intervenir en 2017 ;
- les inspections/contrôles réalisés par les agences régionales de santé (ARS), en matière de gestion des risques sanitaires liés au bâtiment, dont l'amiante, dans les établissements sanitaires et médicosociaux : pour l'année 2014, 253 inspections programmées ont été réalisées et 59 inspections non programmées ont été conduites (total de 312 établissements inspectés). En termes de suites données, 13 injonctions ont été adressées à la suite de ces inspections pour non-respect de la réglementation, soit pour 4 % des inspections ;
- la Préfecture de Paris a mis en place, en mars 2005, un pôle amiante inter-service dont l'animation a été confiée à l'Unité Territoriale de l'Environnement et de l'Aménagement de Paris (UTEA 75). Afin de s'assurer de l'existence et de la conformité des dossiers techniques amiante (DTA), l'UTEA 75 réalise une enquête auprès des chefs d'établissements, gestionnaires ou propriétaires des immeubles de grande hauteur (IGH) et des établissements recevant du public (ERP) de catégorie 1 à 5. En 2012, une liste d'environ 6 600 IGH et ERP de catégorie 1 à 5 a été établie et les données concernant 2 700 d'entre eux ont été saisies, ce qui permet, pour la ville de Paris, de donner une bonne visibilité du respect par les propriétaires d'immeubles bâtis et employeurs privés de la constitution d'un DTA ;
- le législateur a récemment renforcé les prérogatives du Préfet de département à l'encontre des propriétaires des immeubles bâtis qui ne respecteraient pas leur obligation de repérage de la présence éventuelle d'amiante (cf. article 48 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

En outre, le Comité demande que le **rapport indique les mesures de transposition de la Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail, et de la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm³ introduite par la Directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail.**

La transposition de la directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail est assurée en droit français par l'arrêté du 13 juillet 2006 modifiant l'arrêté du 5 janvier 1993 fixant la liste des substances, préparations et procédés cancérigènes au sens du deuxième

alinéa de l'article R. 231-56 du code du travail. Cet arrêté ajoute les travaux exposant au formaldéhyde à la liste des substances, préparations et procédés considérés comme cancérogènes au sens du deuxième alinéa de l'article R. 231-56 du code du travail. Pour toutes les autres dispositions de la directive, le droit français était déjà conforme.

S'agissant du risque d'exposition à l'amiante, la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm³ a été introduite dans la réglementation française par un décret du 6 juillet 1992 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des poussières d'amiante, en cohérence avec la Directive n° 91-382 du 25 juin 1991 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. Elle était néanmoins mesurée sur une heure de travail et en microscopie optique à contraste de phase.

Le décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante introduit, à l'article R. 4412-100 du code du travail, l'obligation pour l'employeur de respecter la valeur limite d'exposition professionnelle de 100 fibres d'amiante par litre d'air inhalé (0,01 fibre/cm³) sur huit heures de travail, et prévoit un abaissement de cette valeur à 10 fibres/l à compter du 1er juillet 2015.

L'abaissement de la valeur limite d'exposition professionnelle a été confirmé par le décret n° 2015-789 du 29 juin 2015 relatif aux risques d'exposition à l'amiante, ce dernier inscrivant également à l'article R. 4412-110 du code du travail l'obligation pour l'employeur de mettre à disposition des travailleurs des équipements de protection individuelle assurant le respect de cette valeur limite d'exposition.

Ces dispositions réglementaires ont été complétées par celles de l'arrêté d'application du 14 août 2012 relatif aux conditions de mesurage des niveaux d'empoussièrement, aux conditions de contrôle du respect de la valeur limite d'exposition professionnelle aux fibres d'amiante et aux conditions d'accréditation des organismes procédant à ces mesurages. Ce texte prévoit notamment que le calcul de l'exposition aux fibres d'amiante sur la période de référence de 8 heures doit se faire en prenant en compte toutes les fibres d'amiante de longueur supérieure à 5 microns, de largeur inférieure à 3 microns et dont le rapport longueur sur largeur est supérieur à 3, et impose que l'analyse des prélèvements d'air soit réalisée en microscopie électronique à transmission analytique (META).

Cette réforme d'ampleur, qui vise à une élévation significative du niveau de prévention des travailleurs contre les risques d'exposition à l'amiante, a fait l'objet de quatre autres arrêtés d'application sur la période 2012/2015 :

- arrêté du 23 février 2012 définissant les modalités de formation des travailleurs ;
- arrêté du 14 décembre 2012 fixant les conditions de certification des entreprises ;
- arrêté du 7 mars 2013 relatif au choix, à l'entretien et à la vérification des équipements de protection individuelle ;
- arrêté du 8 avril 2013 relatif aux règles techniques, aux mesures de prévention et aux moyens de protection collective.

Travailleurs temporaires

Le Comité demande que le **rapport indique les évolutions intervenues au cours de la période de référence concernant l'accès des travailleurs non permanents, temporaires ou intérimaires à l'information et à la formation en matière de sécurité et de santé au travail lors du recrutement ou du changement de poste, ainsi qu'à l'accès de ces catégories de travailleurs à la surveillance médicale et à la représentation collective.**

La Convention de l'OIT n°181 sur les agences d'emploi privées a été ratifiée par la France le 28 octobre 2015 et est entrée en vigueur les 28 octobre 2016.

Accès de ces catégories de travailleurs à l'information et à la formation en matière de sécurité et de santé au travail lors du recrutement ou du changement de poste :

Tout travailleur intérimaire doit bénéficier d'une formation en matière de sécurité dans les mêmes conditions que les salariés permanents de l'entreprise. L'entreprise utilisatrice doit dispenser aux travailleurs temporaires une « formation pratique et appropriée » à la sécurité (L. 4141-2). Ces dispositions viennent compléter l'obligation générale d'information pesant sur l'employeur et concernant les risques pour la santé des travailleurs et les mesures prises pour y remédier, en application de l'article L. 4141-1 du code du travail.

En toute hypothèse, l'accueil et la formation pratique doivent intégrer la transmission des consignes de sécurité.

Cette formation doit être impérativement dispensée, sauf pour les intérimaires auxquels il est fait appel en vue de l'exécution de travaux urgents nécessités par des mesures de sécurité et qui sont déjà dotés de la qualification nécessaire à cette intervention. Dans ce dernier cas, le chef d'établissement utilisateur doit veiller à ce que l'intérimaire auquel il est fait appel reçoive toutes les informations nécessaires à sa sécurité. En effet, la dispense d'information n'exonère pas l'entreprise utilisatrice de l'obligation de fournir l'information nécessaire sur les particularités de l'entreprise qui pourraient avoir une incidence sur la sécurité des travailleurs (L. 4141-2).

D'autre part, les travailleurs temporaires affectés à des postes de travail présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité doivent bénéficier d'une formation renforcée à la sécurité dans l'entreprise dans laquelle ils sont employés. Cette formation renforcée doit s'accompagner d'un accueil et d'une information adaptés (L. 4142-2 et L. 4154-2).

Accès de ces catégories de travailleurs à la surveillance médicale :

La surveillance médicale des travailleurs temporaires est particulièrement encadrée.

- Organisation de la surveillance médicale des travailleurs temporaires

Concernant les travailleurs temporaires, le décret 2012-137 pris en application de l'article L.4625-1 (loi 2011-867 du 20 juillet 2011) précise que les dispositions générales relatives à la surveillance médicale de ces catégories de salariés (prévues aux chapitres 1^{er} à IV du titre II du code du travail) sont applicables sous réserve des modalités particulières prévues aux articles D 4625-2 et suivants. Les services de santé au travail (SST) compétents pour le suivi de ces salariés sont des services autonomes ou interentreprises qui font l'objet d'un agrément par le Directeur régional

des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) (D 4625-2). L'agrément du SST est notamment subordonné à la condition que ce dernier s'engage à participer au fichier commun prévu par l'article D4625-17 qui permet de centraliser les fiches d'aptitude médicale des salariés suivis. Il est précisé que les entreprises qui adhèrent au SST assurant les missions de la médecine du travail des salariés temporaires ne peuvent accéder qu'aux informations attestant l'aptitude du salarié à un ou plusieurs emplois (D 4625-18). L'arrêté du 14 octobre 1991 toujours en vigueur fixe la composition des dossiers de demande d'agrément des SST chargés du suivi médical des travailleurs temporaires et précise notamment les caractéristiques exigées pour le traitement automatisé des informations nominatives mises en commun par les SST situés dans la zone géographique déterminée. Les médecins inspecteurs du travail sont chargés de donner un avis au DIRECCTE (articles D 4622-48, D 4622-51) sur l'organisation et le fonctionnement du SST notamment sur la prise en compte des travailleurs temporaires pour la prévention des risques professionnels et le suivi de leur état de santé.

Les médecins du travail de l'ETT et de l'entreprise utilisatrice sont informés des éléments transmis par l'entreprise utilisatrice à l'entreprise de travail temporaire concernant l'identité de leur SST et les postes occupés par le salarié temporaire dans l'entreprise utilisatrice (D 4625-19). Les informations nécessaires à l'exercice des missions de médecine du travail au bénéfice des travailleurs temporaires sont communiquées par l'entreprise de travail temporaire à l'entreprise utilisatrice et aux autres entreprises de travail temporaire (ETT) intéressées (D 4625-20). Le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice et le médecin du travail de l'ETT échangent également les renseignements nécessaires à l'exercice de leur mission (D 4625-21).

Enfin, le rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du SST (D 4622-54 et D 4622-55) et le rapport d'activité du médecin du travail transmis aux médecins inspecteurs du travail et aux DIRECCTE (art R 4624-44) comportent des éléments particuliers consacrés à la surveillance médicale des salariés temporaires (D 4625-14).

-Dans le domaine agricole, le décret en Conseil d'Etat n° 2012-706 du 7 mai 2012 relatif aux services de santé au travail et à la prévention des risques professionnels en agriculture publié au Journal officiel du 8 mai 2012 et le décret n° 2012-837 du 29 juin 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail en agriculture publié au Journal officiel du 30 juin 2012 ont notamment profondément modifié l'organisation des services de santé au travail en agriculture. Un des enjeux est le renforcement de la surveillance médicale des salariés les plus exposés, dont les saisonniers dès lors qu'ils occupent des postes de travail nécessitant une surveillance médicale renforcée.

Ainsi, en lien avec l'évaluation des risques réalisée par l'employeur, la surveillance médicale des travailleurs les plus exposés est renforcée. La définition des postes de travail et des personnes concernés, est prévue à l'article R. 717-16. Elle inclut les salariés affectés habituellement à certains travaux comportant des exigences ou des risques spéciaux listés à l'arrêté du 6 mai 2013. La visite d'embauche doit être réalisée dans les trente jours. L'examen périodique pour les salariés affectés aux travaux prévus par l'arrêté et les autres salariés est effectué au moins tous les quarante-huit mois, sous réserve de la réalisation d'entretiens infirmiers intermédiaires dont la nécessité est appréciée par le médecin du travail et d'actions

pluridisciplinaires annuelles en milieu de travail et, à défaut d'entretiens infirmier intermédiaires, tous les trente mois.

Pour les salariés bénéficiaires de la surveillance médicale renforcée, l'examen périodique est effectué au moins tous les vingt-quatre mois, sous réserve de la réalisation d'entretiens infirmiers intermédiaires et à défaut, une fois par an (cf l'article R. 717-15).

Un autre apport de ces textes vise l'enrichissement des missions de gestion et de promotion de la prévention des risques professionnels des salariés et des non-salariés agricoles et celles de préservation de la santé au travail pour les salariés :

La création du service de santé et de sécurité au travail prévue à l'article D. 717-34 du CRPM fixe dans l'organisation de la caisse de mutualité sociale agricole, les modalités de coordination entre les services réalisant les missions de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et ceux de prévention des risques professionnels.

Cette spécificité agricole qui réunit au sein d'une même section, les missions des services de santé au travail définie par l'article L. 4622-2 du code du travail, c'est à dire d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail et celles des services de prévention des risques professionnels prévues aux articles L. 751-48 et L. 752-29 du CRPM, c'est à dire de gérer et promouvoir la prévention des risques professionnels des salariés et des non-salariés, permet à l'employeur un accès facilité aux conseils, diagnostics et appuis qui lui sont nécessaires pour assurer l'évaluation des risques professionnels dans son entreprise et prendre les mesures de prévention adaptées, y compris pour lui-même.

- Actions en milieu de travail et suivi individuel de l'état de santé des travailleurs temporaires

Dans le cadre de son action en milieu de travail, le médecin du travail de l'ETT a accès aux postes de travail utilisés ou susceptibles d'être utilisés par des salariés temporaires dans les conditions fixées entre l'entreprise utilisatrice et l'entreprise de travail temporaire après avis des médecins du travail intéressés (R 4625-8).

En ce qui concerne le suivi individuel de l'état de santé du salarié (cf. dispositions des articles R 4624-16 à R 4624-19 du code du travail) :

- l'examen médical d'embauche est réalisé par le médecin du travail de l'ETT. Il peut également être réalisé par le service de santé au travail autonome de l'entreprise utilisatrice ou un service de travail interentreprises proche du lieu de travail du salarié temporaire (R 4625-9). Toutefois, sauf si le salarié le demande, le médecin du travail de l'ETT peut ne pas réaliser un nouvel examen d'embauche dans les conditions prévues à l'article R 4625-10 (soit, le médecin du travail estime cet examen non nécessaire, soit il dispose de la fiche médicale d'aptitude du salarié, soit le poste proposé correspond à un poste déjà occupé pour lequel le salarié a été déclaré apte, soit qu'aucune inaptitude n'a été reconnue au cours du dernier examen médical, réalisé, selon le cas au cours des 24 mois (s'il s'agit de la même ETT) ou des 12 mois (en cas de changement d'ETT) qui précèdent.
- les travailleurs temporaires bénéficient d'une surveillance médicale périodique telle que prévue dans les dispositions générales des articles R 4624-16 et R 4624-17.

- lorsque l'activité du salarié temporaire nécessite une surveillance médicale renforcée, telle que prévue aux articles R 4624-18 et R 4624-19, celle-ci est effectuée par le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice. Le médecin du travail de l'ETT est informé du résultat des examens pratiqués dans ce cadre (R 4625-12).

Enfin, comme précisé à l'article D 4625-16, le médecin du travail de l'ETT constitue, complète et conserve, pour chaque salarié temporaire, le dossier médical en santé travail (DMST) prévu à l'article L 4624-2.

- Cas particulier des salariés saisonniers

La surveillance de l'état de santé des travailleurs saisonniers est également prévue à l'article L 4625-1 du code du travail. Ceux-ci doivent bénéficier d'une protection égale à celle des autres travailleurs. Les modalités de cette surveillance, décrites à l'article D 4625-22 comprennent un examen médical d'embauche obligatoire pour les personnes recrutées pour une durée au moins égale à 45 jours de travail, sauf s'ils sont recrutés pour un emploi équivalent à ceux précédemment occupés et si aucune inaptitude n'a été reconnue au cours du dernier examen médical intervenu dans les 24 mois précédents. Pour les salariés recrutés pour une durée inférieure, l'examen médical d'embauche n'est pas requis. Le SST organise des actions de formation et de prévention, qui peuvent être communes à plusieurs entreprises.

Accès de ces catégories de travailleurs à la représentation collective :

Les **salariés en contrat à durée déterminée** sont pris en compte dans l'effectif de l'entreprise au prorata de leur temps de présence sur les 12 mois précédents (L. 1111-2 du code du travail). Ils sont électeurs et éligibles aux élections CE et DP sous réserve de disposer d'une ancienneté de trois mois pour être électeur et de six mois pour être éligible (L. 2314-17 et 18, L. 2324-16 et 17).

En ce qui concerne la représentation collective des **travailleurs intérimaires**, on distingue les règles applicables au sein de l'entreprise de travail temporaire et celles applicables au sein de l'entreprise utilisatrice :

- Dans l'entreprise de travail temporaire, ils sont d'une part comptabilisés dans les effectifs de l'entreprise de travail temporaire comme salariés permanents et d'autre part électeurs et éligibles sous réserve de disposer d'une ancienneté de trois mois pour être électeur et de six mois pour être éligible (L. 2314-17 et 18, L. 2324-16 et 17).
- Dans l'entreprise utilisatrice, ils sont pris en compte dans le calcul des effectifs au prorata de leur temps de présence mais ne sont ni électeurs ni éligibles.

Les **salariés mis à disposition** sont comptabilisés dans l'effectif de l'entreprise utilisatrice au prorata de leur temps de présence sous réserve qu'ils y soient présents et y travaillent depuis au moins un an. A la différence des intérimaires, les salariés mis à disposition peuvent être électeurs dans l'entreprise utilisatrice s'ils sont présents dans celle-ci depuis 12 mois continus. Cependant ils doivent alors choisir s'ils exercent leur droit de vote dans leur entreprise d'origine ou dans l'entreprise utilisatrice.

Les salariés mis à disposition ne sont pas éligibles au comité d'entreprise dans l'entreprise utilisatrice (L.2324-17-1). En revanche, ils sont éligibles aux élections des

délégués du personnel dès lors qu'ils sont comptabilisés dans les effectifs de l'entreprise utilisatrice et présents dans celle-ci depuis vingt-quatre mois continus (L.2314-18-1). Les salariés mis à disposition qui remplissent ces conditions choisissent alors s'ils exercent leur droit de candidature dans l'entreprise qui les emploie ou l'entreprise utilisatrice.

Autres catégories de travailleurs

Rappelant que tous les travailleurs, tous les lieux de travail et tous les secteurs d'activité doivent être couverts par la réglementation, le Comité estime que la législation et la réglementation sur la santé et la sécurité dans le travail ne protège pas les travailleurs indépendants de manière conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Le code du travail, ayant pour objet de régir les rapports entre employeurs et salariés, ne s'applique pas aux travailleurs indépendants.

Toutefois dans certains secteurs tels les chantiers de bâtiment et de génie civil ou d'installations nucléaires ou susceptible de donner lieu à des servitudes d'utilité publique, **l'article L. 4535-1** impose aux travailleurs indépendants et aux employeurs, lorsqu'ils exercent directement une activité sur un chantier, de mettre en œuvre, vis-à-vis des autres personnes intervenant sur le chantier comme d'eux-mêmes, les principes généraux de prévention fixés aux 1°, 2°, 3°, 5° et 6° de l'article L. 4121-2 (évaluer les risques qui ne peuvent être évités, combattre les risques à la source, tenir compte de l'état d'évolution des techniques, remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux) ainsi que les dispositions des articles L. 4111-6, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4321-2, L. 4411-1 et L. 4411-6.

Dans le secteur agricole, une telle coordination entre les acteurs n'existe que pour les activités forestières et sylvicoles. Elle est prévue et organisée par les articles L. 717-8 et L. 717-9 du code rural et de la pêche maritime (CRPM) qui renvoient à un décret en conseil d'État le soin de fixer pour les travaux en hauteur dans les arbres et les travaux forestiers, la liste des prescriptions et les règles de santé et de sécurité au travail applicables aux travailleurs indépendants ainsi qu'aux employeurs exerçant directement ces activités.

Ainsi, c'est l'article 19 de la « loi n°2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt » qui a prévu des dispositions relatives à la coopération en matière de sécurité et de protection de la santé entre employeurs et travailleurs indépendants des professions agricoles, à l'exclusion de celles réalisant des travaux forestiers. Elles sont codifiées à l'article L. 717-10 du code rural et de la pêche maritime.

Le décret n°2015-756 du 24 juin 2015 relatif à la coopération en matière de sécurité et de protection de la santé entre employeurs et travailleurs indépendants des professions agricoles, codifié à l'article R 717-97 du CRPM, a précisé les modalités de coopération en matière de santé et de sécurité au travail que les employeurs de main-d'œuvre et les travailleurs indépendants des professions agricoles (à l'exclusion de celles réalisant des travaux forestiers), doivent mettre en place lorsqu'ils interviennent de manière simultanée ou successive, sur un même lieu de travail. Il renvoie aux dispositions du titre I du livre V de la quatrième partie du code du travail déjà applicables entre employeurs.

Il élargit ainsi le champ d'application des dispositions du code du travail relatives aux obligations du chef de l'entreprise utilisatrice et du chef de l'entreprise extérieure lorsque l'un des deux est un travailleur indépendant et dès lors que les deux conditions prévues à l'article L. 717-10 du CRPM sont remplies, c'est à dire, qu'ils relèvent des activités agricoles définies aux 1er, 2ème et 4ème de l'article L. 722-1 du CRPM et qu'ils interviennent de manière simultanées ou successives sur un même lieu de travail.

Ces mesures sont avant tout des échanges d'informations, des mesures préalables au début des travaux, comme une inspection commune des lieux de travail et l'établissement d'un plan de prévention au-dessus d'un seuil (seuil qui n'est pas modifié et qui est déjà applicable aux entreprises employeurs de main-d'œuvre), ainsi qu'un suivi et une coordination des travaux tout au long de l'opération. La baisse du nombre d'accidents du travail est attendue, tant pour les salariés que pour les indépendants.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le comité demande que le rapport indique de quelle manière se déroule, dans la pratique des établissements qui emploient moins de 50 salariés, la consultation relative à l'identification des risques et aux niveaux de prévention et de protection requis.

Cf. réponse sur la consultation relative au bilan annuel et au programme de prévention (article 3, paragraphe 1, Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs).

Dans le secteur agricole, la commission spécialisée du COCT (conseil d'orientation des conditions de travail) chargée des questions relatives aux activités agricoles auprès du ministre chargé de l'agriculture (R.4641-22 du code du travail), est notamment consultée sur tous les projets de textes en santé et sécurité au travail qui s'appliquent aux professions agricoles mais aussi, sur les priorités nationales en santé au travail conformément à l'article D. 717-33 du CRPM issues du plan santé et sécurité au travail des actifs agricoles (PSST) 2016-2020 élaboré par la caisse centrale de la mutualité sociale agricoles (CCMSA). Ce plan, coordonné avec le PST3 notamment sur la cible des TPE (soit les entreprises de 0,5 à 10 salariés équivalent temps plein-ETP) qui, dans le secteur agricole représentaient en 2014, 100 663 établissements, dans lesquels sont présents 217 144 salariés ETP. Les secteurs d'activité « cultures et élevage » et les entreprises de travaux agricoles, représentent 93 % de ces établissements.

La déclinaison par chacune des caisses locales de MSA, en liaison avec les services de l'inspection du travail se poursuit via la consultation des comités techniques régionaux (CTR).

Les CTR ont pour rôle non seulement de se prononcer sur les dossiers d'aides aux entreprises en matière de gestion et de promotion de la prévention des risques professionnels (Cf arrêté 3 février 2012), mais aussi de donner leur avis sur le plan santé sécurité au travail mis en œuvre par chacune des caisses de MSA de leur circonscription régionale. A ce titre, le diagnostic en santé et sécurité au travail et analyse des accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles et les actions transversales à mettre en œuvre au titre des priorités régionales

concernant les missions confiées aux services de santé au travail (art R. 717-43-2 du CRPM), permettent de présenter au comité régional d'orientation des conditions de travail (institué par l'article L. 4641-4 du code du travail) des propositions d'amélioration des conditions de travail, valides pour ce secteur, à inclure dans le plan régional de santé au travail (PRST).

Paragraphe 3 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le comité demande que le rapport 2016 explique la disparité entre le nombre d'accidents mortels publié par EUROSTAT (367 en 2010) et celui indiqué dans le rapport (529 au titre du régime général ; 127 au titre du régime agricole ; nombre indéterminé au titre du régime de la fonction publique). **Il demande également** que le rapport indique les mesures prises pour contenir l'augmentation sensible des accidents mortels et le nombre important de cas mortels de maladie professionnelle. Il réitère en outre sa demande d'informations concernant les mesures prises pour enrayer l'augmentation du nombre de cas de maladie professionnelle non musculo-squelettique.

Le nombre d'accidents mortels publié par Eurostat est de 537 en 2010 et non pas de 367 comme l'affirme le comité (cf doc ci-dessous). Il est de 553 en 2013.

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hsw_n2_02&lang=fr

Les accidents du travail mortels et les facteurs de maladies professionnelles font l'objet d'un suivi particulier voire intensif au sein du système d'inspection du travail (voir notamment les rapports publiés annuellement sur les conditions de travail), d'une façon qui maintient de façon constante ces phénomènes au premier plan de l'attention des services, notamment dans les échanges d'information entre les différents échelons du système.

L'inspection du travail concentre ses interventions, qui restent très variées, sur des risques « traditionnels » massivement préjudiciables, mais elle est simultanément conduite à explorer de nouveaux champs de la prévention face à des risques émergents. La pertinence de son action doit donc être appréciée au regard de différents critères, issus de la connaissance d'une « cartographie » à la fois statistique, thématique, économique et territoriale des risques. Les programmes de recherche de l'INRS (institut national de recherche et de sécurité) sont par exemple éclairants sur des orientations prospectives qui présentent un certain parallélisme avec les interventions du corps de contrôle.

Une étude de la DGT sur un échantillon de près de 600 accidents mortels survenus en 2014 et 2015 et signalés par les services régionaux montre que la première cause de décès au travail demeure le malaise, qui intervient dans tous les secteurs d'activité et pour toute catégorie de salariés. Dans une partie des cas il y a un lien avec les conditions de travail (température ambiante, effort physique). La seconde cause est la chute de hauteur, la chute de matériaux, de matériels ou d'objets transportés ou manipulés, ainsi que l'utilisation d'appareils de levage, de manutention et de transport. Dans la majorité des cas l'absence et/ou l'insuffisance des dispositifs de protection individuels et surtout collectifs contre les chutes, est à

l'origine des accidents du travail, ainsi qu'une utilisation non-conforme des appareils de levage, transports et/ou manutention notamment lors d'opérations de chargement ou déchargement (principalement dans les transports), une mauvaise appréhension des terrains et/ou une mauvaise évaluation des risques ainsi que des carences en formation à la conduite. Parmi les autres causes, on citera l'utilisation de machines et d'outils qui comportent des pièces en mouvements non protégés ou laissés en mouvement entraînant une partie du corps des salariés, principalement lors d'opération de nettoyage ou de maintenance; les ensevelissements de salariés, dus à des fosses ou tranchées non talutées ou blindées qui s'effondrent ; mais on compte aussi des suicides signalés par les services (près de 10 % de l'échantillon). Certains secteurs sont affectés durement par le risque mortel comme les travaux électriques, la sylviculture (principalement lors de l'abattage d'arbres) ou le transport routier, le risque routier étant en statistique globale la première cause de décès durant le travail.

Avec 362.160 références aux textes enregistrées en 2015 dans le système d'information du corps de contrôle, la santé et la sécurité au travail forme le thème d'intervention majoritaire de l'inspection du travail (56% de l'ensemble des thèmes). 93% des interventions portent sur un ou plusieurs manquements.

On constate donc que les services territoriaux poursuivent leurs interventions nombreuses en milieu de travail, notamment sur des priorités comme les accidents du travail, la prévention des chutes et de l'exposition aux fibres d'amiante. Quelques risques émergents et thèmes nouveaux parfois liés à l'actualité réglementaire sont davantage appréhendés, comme les substances à l'état nanoparticulaire, la fumigation des conteneurs, la prévention du risque hyperbare, les évolutions des équipements de protection individuelle, la protection des jeunes travailleurs, etc. Notamment du fait de l'accroissement continu de la compétence juridique et matérielle des agents de contrôle, retracée et illustrée notamment dans le Rapport au Bureau international du travail, les interventions portent sur la prévention de risques très variés, certains peu repérés ou peu explorés antérieurement. Mais pour l'essentiel, les services d'inspection du travail, agissant de façon systémique, s'attachent à prévenir les risques les plus fréquents et graves. Pour la sécurité des travailleurs comme pour l'efficacité de la prévention, la connaissance, la fluidité et la circulation de l'information sont essentielles. Dans certains cas, la diffusion des informations de vigilance à l'intérieur du système d'inspection est en soi un impératif de sécurité.

Les agents de l'inspection du travail sont régulièrement interrogés et parfois amenés à intervenir à propos du droit de retrait. En effet, tandis que la connaissance de la notion de droit de retrait progresse, et que son exercice a tendance à s'étendre à des risques diversifiés lorsque ceux-ci présentent le double caractère de gravité et d'immédiateté, son application demeure un sujet de désaccord, dans les établissements et devant les juridictions saisies. Dans certains cas, l'inspection du travail permet d'éviter un contentieux en amenant les parties à des choix paraissant raisonnables et surtout à la mise en place de mesures de prévention.

Des moyens juridiques d'intervention, qui permettent aux agents de contrôle de parer à des situations de danger grave et imminent, ont un impact progressif sur les mentalités. L'arrêt de travaux est une décision administrative qui permet de faire cesser immédiatement une exposition aux risques de chute de hauteur, d'ensevelissement, ou d'insuffisance de protection par rapport à une exposition à un

produit dangereux. Concrètement, elle s'adresse à l'employeur ou à son représentant, mais elle permet également d'inviter un salarié à arrêter de faire ce qu'il est en train de faire et à se retirer de la situation qui l'expose à un risque constaté.

Chaque année sont notifiés, hors observations, plusieurs milliers d'actes visant en urgence une situation de danger pour la santé et/ou la sécurité d'un ou plusieurs travailleurs, dont une majorité d'arrêts de travaux pour risque de chute, le reste portant sur le risque d'ensevelissement et le risque chimique.

S'agissant du mixte entre communication et contrôle, la campagne nationale de prévention des chutes de hauteur organisée sur les années 2014-2015 sur le thème « Travaux en hauteur, pas droit à l'erreur » a constitué une action importante en matière de prévention d'un risque professionnel dont la sinistralité reste élevée. Cette campagne conduite avec l'OPPBTP (Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics), la CNAMTS, l'INRS, la MSA, le Régime social des indépendants (RSI), constitue un exemple de partenariat de nature à optimiser l'action.

L'objectif de la campagne de communication lancée fin 2015 est de mobiliser et d'informer les chefs d'entreprise, notamment les très petites entreprises, sur trois « automatismes » professionnels à adopter :

- anticiper l'organisation du chantier ;
- choisir le bon équipement de protection ;
- informer et former les salariés.

Le site chutesdehauteur.com met à disposition un outil d'autodiagnostic permettant d'évaluer en quelques minutes le niveau de prévention d'un chantier. Offre documentaire adaptée selon les caractéristiques de l'entreprise, appui technique, aides financières, formations : de nombreux outils et services sont ainsi proposés aux entrepreneurs.

Parallèlement à la campagne de communication, le ministère chargé du travail a engagé une campagne de contrôle du respect de la réglementation, principalement au niveau régional.

Des résultats sont obtenus, même s'ils restent souvent fragiles d'une année à l'autre et selon l'aspect analysé. Entre 2012 et 2013, par exemple, le nombre total d'accidents du travail a diminué de 3,5 % dans un contexte de quasi-stabilité des effectifs salariés. La fréquence des accidents de travail a donc également connu une évolution à la baisse, pour atteindre le minimum historique de 33,8 pour 1000 salariés en 2013. Les diminutions les plus importantes de la sinistralité et de la fréquence concernent les comités techniques nationaux E (chimie, caoutchouc, plasturgie), A (métallurgie) et B (BTP). La gravité des AT ainsi que le nombre de décès ont également baissé entre 2012 et 2013, respectivement de 3,5 % et de 3%.

Le nombre de maladies professionnelles a diminué de 4,7 % entre 2012 et 2013. L'inversion de tendance survenue en 2012 se poursuit donc en 2013. La diminution, de quelques 2 500 maladies professionnelles, s'explique entre autres par la baisse du nombre des maladies professionnelles liées à l'amiante. Dans ce cadre, on constate toujours une importante prévalence des affections périarticulaires, qui représentent 78,9 % des maladies professionnelles. La part des affections liées à l'amiante, qui constituent toujours la deuxième cause de maladies professionnelles, représente 7,9 % de l'ensemble des maladies indemnisées. Reflet d'expositions anciennes, ces maladies liées à l'amiante, qui comptent parmi les plus graves

pathologies reconnues (première source de cancer), sont en baisse de 10,3 % par rapport à 2012. Les lombalgies représentent, depuis 1999, la troisième cause de maladies professionnelles reconnues (5,6 % du nombre total).

L'OPPBTP est le conseil de la branche BTP dans les domaines de la prévention des accidents et de l'amélioration des conditions de travail au sein des entreprises et sur les chantiers.

Seul organisme de branche de ce type en France, l'OPPBTP offre avec sa structure paritaire une plateforme d'échanges aux partenaires sociaux. Au sein de ses conseils régionaux et de son conseil national, les représentants des employeurs et des salariés confrontent leurs points de vue sur tous les sujets liés aux conditions de travail. L'OPPBTP a notamment pour mission de contribuer à la promotion de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) ou à caractère professionnel ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail dans les entreprises adhérentes. À cette fin, l'organisme participe à la veille en matière de risques professionnels, conduit les études relatives aux conditions de travail et analyse les causes des risques professionnels. Il suscite également les initiatives des professionnels de la branche du bâtiment et des travaux publics ainsi que de toutes les personnes qui interviennent dans le processus de construction, pour une meilleure prise en compte de la sécurité dans les procédés de fabrication. L'OPPBTP propose aussi aux pouvoirs publics des mesures résultant du retour d'expérience organisé dans la profession.

L'organisme exerce des actions d'information et de conseil en matière de prévention, contribue à la formation à la sécurité et participe aux travaux de normalisation menés avec l'Afnor ainsi que dans le cadre de l'Union européenne. Le Conseil du comité national de l'OPPBTP a précisé les orientations stratégiques de l'organisme pour la période 2010-2014 avec le plan Horizon 2015. Adopté en novembre 2010, le plan s'inscrit dans un objectif de complémentarité avec le deuxième Plan santé au travail. Grâce à ses 152 ingénieurs et conseillers en prévention du BTP implantés en région, l'OPPBTP agit en proximité pour répondre aux besoins des entreprises et de leurs salariés. En 2014, l'organisme a ainsi réalisé 13 088 actions, accompagnements et diagnostics de conseil auprès de 7985 entreprises. L'organisme propose une gamme étendue d'outils pratiques, notamment d'analyse et d'évaluation des risques, qui s'inscrivent dans une véritable démarche de progrès. Un effort particulier est mené pour sensibiliser les TPE-PME et leur faire connaître l'offre de services gratuite que leur propose l'OPPBTP. Le site web, preventionbtp.fr, recueille une forte adhésion des professionnels, avec 738 030 visites et 223 896 téléchargements en 2014. Les professionnels peuvent accéder sur ce site à leur espace personnalisé e-prévention, qui permet notamment la réalisation en ligne du DUER (document unique d'évaluation des risques). Ainsi en 2014, ce sont 14 070 DUER qui ont été finalisés en ligne. Avec des solutions adaptées à chaque métier et organisation, l'OPPBTP propose une gamme complète de formations regroupées dans le catalogue Vision Prévention. Le document propose 60 stages, par exemple pour développer une culture de prévention commune au sein de l'entreprise, prévenir les risques spécifiques ou encore sensibiliser aux troubles musculo-squelettiques. En 2014, plus de 24 000 personnes ont participé aux sessions de formation professionnelle continue et de sensibilisation de l'OPPBTP, qui sont dispensées par plus de 100 formateurs sur tout le territoire national.

Éditeur de nombreuses publications, dont la revue mensuelle Prévention BTP (100 000 lecteurs par mois), l'OPPBTP assure une veille technique, juridique sur la prévention des risques et des maladies professionnelles. Les campagnes nationales

de communication, le site preventionbtp.fr et la participation aux grands rendez-vous de la profession permettent également une large diffusion des conseils en prévention de l'organisme.

S'agissant des moyens de droit attribués à l'inspection du travail pour agir sur la prévention des accidents et des risques sanitaires, il convient de noter la réforme récente (ordonnance du 7 avril 2016) portant sur le dispositif de pouvoirs et de sanctions, complété par la procédure de transaction pénale et par la possibilité d'appliquer des sanctions administratives.

Les moyens d'intervention de l'inspection du travail dans le domaine de la santé et de sécurité du travail et des modes d'investigation sont renforcés :

- les dispositifs d'arrêt temporaire de travaux et d'activité sont étendus et leur efficacité améliorée afin que l'inspection du travail puisse davantage mettre en sécurité les travailleurs exposés à des risques graves et mortels. Un dispositif de retrait d'urgence spécifique est créé concernant les jeunes âgés d'au moins quinze ans et de moins de dix-huit ans ;
- les moyens d'accès aux documents de l'entreprise sont élargis afin de faciliter le travail d'enquête ;
- les moyens de recours à une expertise technique et à des diagnostics pertinents en matière de santé et de sécurité au travail sont renforcés afin de déterminer les actions de prévention à mettre en œuvre (extension des possibilités d'analyses de matériaux).

Dans le secteur agricole, le suivi des indicateurs de sinistralité est assuré par le ministère chargé de l'agriculture en liaison avec les partenaires sociaux. Ils sont présentés tous les ans devant la commission nationale de prévention, par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, qui « établit et exploite les statistiques nationales », conformément aux dispositions du code rural et de la pêche maritime (cf articles R. 751-154 et R. 751-155). Un focus sur les AT/MP mortels est généralement présenté sur une période triennale de manière à pouvoir comparer et extraire des données significatives. C'est notamment sur la base de ce diagnostic de sinistralité que les actions en santé et sécurité au travail sont adoptées à la fois pour les salariés agricoles et les non-salariés agricoles.

En ce qui concerne la répartition des décès par catégories d'accidents, le plus grand nombre est imputable aux décès cardio-vasculaires et à l'utilisation des machines. C'est la raison pour laquelle, d'une part ces accidents font l'objet d'une enquête des agents de l'inspection du travail et les rapports sont ensuite exploités en administration centrale, y compris les accidents particulièrement graves qui font également l'objet de ces signalements. Ces signalements alimentent notamment les dossiers de normalisation des équipements de travail. A titre d'exemple ils ont notamment permis le retrait de la liste des normes harmonisées de la norme relative aux déchiqueteuses à goulotte horizontale et chargement manuel (cf décision de la Commission Européenne du 17 décembre 2014).

Pour la prévention des maladies professionnelles liées aux effets différés des produits chimiques, dont les produits phytopharmaceutiques et afin d'améliorer la réparation de ces maladies professionnelles, il est à noter l'évolution des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole, applicables aux salariés et non-salariés agricoles.

Ils sont élaborés par le ministre chargé de l'Agriculture après avis de la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP). Cette

commission est également compétente pour toute question relative à la connaissance de l'origine professionnelle des pathologies et à l'articulation entre la réparation et la prévention de celles-ci. Une collaboration étroite est instaurée entre la COSMAP et la commission spécialisée sur les pathologies du Conseil d'orientation des conditions de travail permettant d'enrichir leurs débats respectifs dans le but d'harmoniser l'état des connaissances et leur prise en compte dans les tableaux.

Un groupe de travail, issu de la Commission, a été chargé en 2010 de faire l'état des lieux des connaissances sur les pathologies professionnelles à effet différé et de proposer au ministre des modalités de prise en charge, soit par la création d'un tableau qui donne présomption d'origine professionnelles dès lors que les conditions qu'il prévoit sont remplies par la victime, soit par des recommandations aux médecins chargés de statuer au cas par cas sur le lien « direct et essentiel » entre la pathologie de la victime et son poste de travail.

Son programme de travail qui avait concerné dans un 1er temps les pathologies neurodégénératives et abouti à l'adoption du tableau n°58 sur la maladie de Parkinson provoquée par les pesticides (cf décret du 4 mai 2012), s'est poursuivi en 2013 et 2014 par les cancers du sang. Un nouveau tableau n°59 concernant les hémopathies malignes provoquées par les pesticides a été proposé et adopté. (cf le décret n° 2015-636 du 5 juin 2015). Il permet la prise en charge du lymphome malin non Hodgkinien (LMNH) au titre des maladies professionnelles pour les salariés et non-salariés.

Ces travaux se sont notamment appuyés sur les connaissances du danger et des expositions liées aux utilisations des pesticides qui ont pu être mobilisées, notamment grâce à l'initiative des ministères chargé de la santé et de l'agriculture pour trois recherches importantes dont les résultats sont depuis publiés :

- l'expertise collective confiée à l'Inserm en 2009 et publiée le 13 juin 2013, inscrite dans le PNSE2 afin d'expertiser et faire un bilan de la littérature scientifique et fournir des arguments sur les risques sanitaires associés aux expositions professionnelles aux pesticides, essentiellement pour les professions agricoles et les populations vulnérables ;
- la mise en place, dès 2004-2009, de la cohorte française AGRICAN permettant de mieux connaître la situation en France sur la mortalité et l'incidence des maladies cancéreuses des professionnels de l'agriculture;
- l'action inscrite au PST2 (action 21) qui devait permettre de renseigner les expositions professionnelles des saisonniers agricoles aux CMR (pesticides et poussières de bois) et dont l'ANSES s'est saisie en juillet 2011. L'avis relatif à l'exposition aux pesticides des personnes travaillant dans l'agriculture a été publié le 25 juillet 2016 sur son site Internet.

Activités de l'Inspection du travail

Le comité demande des informations concernant la proportion de la main d'œuvre couverte par les visites de contrôle effectivement réalisées au cours de la période de référence.

Le nombre de travailleurs couverts ou la proportion de la main d'œuvre couverte par les visites de contrôle effectivement réalisées chaque année est une donnée chiffrée que le système d'information de l'inspection du travail, en son état actuel, n'est pas en capacité de fournir. Le ratio entre la partie de la population active sur les

conditions d'emploi et de travail de laquelle l'inspection du travail a compétence pour intervenir, et le nombre d'interventions ou de contrôles réalisés (18.200.000 travailleurs / 103.650 contrôles) ne présente guère de sens en soi, et n'aurait d'intérêt que pluriannuellement comme indicateur d'intensité du contrôle.

Le rapport annuel au BIT privilégie, à titre d'indicateurs, le nombre moyen d'établissements par agent de contrôle (831 en 2015, 814 en 2014, 856 en 2013), le nombre moyen de salariés par agent de contrôle (8500 en 2015, 8139 en 2014, 8710 en 2013), et le nombre moyen d'interventions par agent de contrôle (92 en 2015, 99 en 2014, 145 en 2013).

S'agissant des incidents rencontrés dans l'exercice des fonctions d'inspection du travail, les agents sont soutenus par l'entourage d'une équipe et l'appui que leur garantit l'institution.

Les incidents rencontrés dans l'exercice de la fonction de contrôle et d'intervention sont repérables à la fois dans le dispositif de suivi, statistique et qualitatif, de l'activité, et également dans la gestion de la protection fonctionnelle garantie aux agents.

Le dispositif de suivi statistique de l'activité de l'inspection du travail fait apparaître les références juridiques suivantes citées par les agents de contrôle :

- L'article L.8114-1 du code du travail relatif à l'obstacle aux fonctions de contrôle a été visé 1198 fois par observation en 2015 (1636 fois en 2014, 2148 fois en 2013, 1787 fois en 2012, 2 586 fois en 2011 2 463 en 2010, 1 850 en 2009) et 156 fois par P.-V. (221 fois en 2014, 316 en 2013, 300 en 2012, 436 en 2011, 386 en 2010, 325 en 2009).

- L'article L.8114-2 du code du travail relatif à l'outrage a été, quant à lui, visé 73 fois en observation (93 en 2014, 151 en 2013, 117 en 2012, 161 en 2011, 148 en 2010, 112 en 2009) et 9 fois par PV (respectivement 20, 30, 28, 57, 49, 32).

- Le total des références à ces deux articles relatifs à un incident (obstacle ou outrage) survenu au cours d'une intervention s'établit donc à 1436 (1970 en 2014, 2645 en 2013). Les observations peuvent viser des infractions pleinement constituées mais aussi des actes tendant à l'obstacle ou à l'outrage sans que l'infraction soit finalement constituée en droit.

Rapporté aux 102.800 contrôles¹² effectués au cours de 2015, ce total donne un ratio de 1,39% de contrôles ayant donné lieu à un incident effectivement ou tendanciellement répréhensible¹³ (0,71 % si l'on rapporte les 1970 incidents à toutes les interventions confondues, au nombre de 201.600).

A l'exception de la majorité des interventions de lutte contre le travail illégal, beaucoup des tâches, notamment des contrôles et investigations en milieu de travail, sont effectués non pas en équipe mais par un agent seul. Certes, telle est aussi la règle dans d'autres fonctions de contrôle ou d'enquête comme celles des fonctionnaires des finances publiques, tandis que c'est l'exception par exemple dans les services de police dès lors qu'il y a une relation potentiellement difficile à gérer avec l'administré.

La Convention n° 81 de l'OIT, en son article 18, traite simultanément des infractions aux textes et de l'obstruction aux fonctions des agents de contrôle¹⁴. L'article 11 de

¹² Visites de contrôle et contre-visites. Les autres types d'intervention (réunions en entreprise, examen de documents, mission de conciliation) sont moins voire très marginalement exposés aux délits d'obstacle et *a fortiori* d'outrage.

¹³ 1,64 % en 2014

¹⁴ « Des sanctions appropriées pour violation des dispositions légales dont l'application est soumise au contrôle d'inspecteurs du travail et pour obstruction faite aux inspecteurs du travail dans l'exercice de leurs fonctions seront prévues par la législation nationale et effectivement appliquées ».

la loi du 13 juillet 1983 dispose que les fonctionnaires « bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent ».

L'inspection du travail sur le terrain est un métier exposé : depuis plusieurs années, les affaires d'outrages, de menaces, de violences verbales ou physiques et voies de fait à l'encontre des agents de contrôle lors de l'exercice de leurs missions sont restées à un niveau élevé. Leur nombre a diminué en 2015.

Vis-à-vis de ce type de faits, la réaction de l'Etat s'appuie sur un dispositif d'accompagnement juridique, psychologique, organisationnel conséquent, issu de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, complété par plusieurs circulaires et notes, et porté par l'encadrement dans un esprit de grande attention aux incidents survenant dans le cadre des interventions, et de sollicitude envers les agents qui les affrontent. La consigne a été rappelée à l'encadrement de signaler immédiatement à l'autorité centrale les incidents afin que le DGT (directeur général du travail) ou son adjoint puisse apporter son soutien aux agents et veiller à ce que les mesures d'appui et de soutien soient mises en œuvre.

Dans les notes internes périodiques sur l'activité et l'environnement de l'inspection du travail, les incidents font l'objet d'une attention constante et d'une information immédiate de la DGT afin qu'elle apporte le soutien nécessaire aux agents. A cet égard, des consignes de sauvegarde sont données aux agents, et des outils favorisant de leur part des mesures de protection et de réaction diligentes : téléphone mobile, carte portative donnant tous les numéros de téléphone des autorités à prévenir sur le champ (commissariat de police compétent, responsables hiérarchiques, parquet, etc.), procédure de dépôt de plainte, examen médical immédiat, déclenchement de la protection fonctionnelle, consultation de cellules de soutien psychologique. Un appui à la rédaction de procès-verbaux est également disponible¹⁵.

S'agissant de la protection fonctionnelle des agents, les demandes de protection liées aux outrages, menaces, violences verbales ou physiques à l'encontre des agents lors de l'exercice de leurs missions voient leur nombre en légère diminution avec 46 incidents de contrôle en 2015. Toutefois, la gravité de certains incidents en cause a justifié un affichage du jugement aux portes de la DIRECCTE.

*Demandes de protection fonctionnelle par corps, grade ou emploi du demandeur –
Années 2009 à 2015*

Grade du demandeur	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Directeur régional							
Responsable UT	3		2	1	2	1	1
Directeur adjoint	5	4	1	3	2	2	1
Inspecteur du travail	20	14	27	22	26	15	12
Contrôleur du travail	51	57	54	72	56	33	25

¹⁵ Par exemple une fiche DGT intitulée *Délit d'outrage et force probante des constats*, mise à jour le 11 décembre 2012.

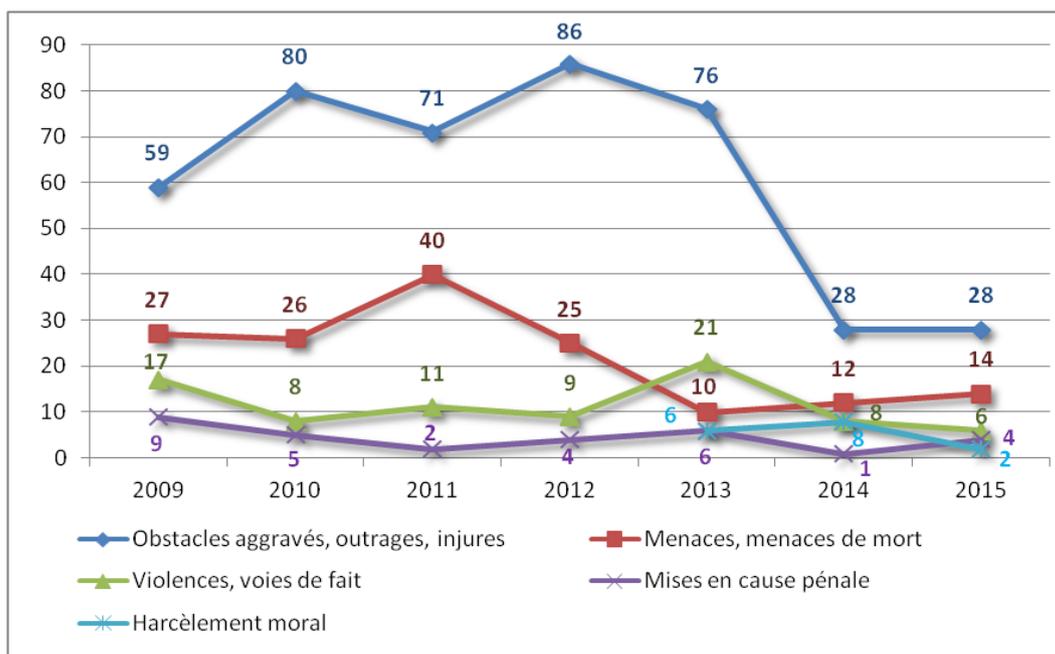
Autres	1	2	1	4	6	1	7
Total	80	77	85	102	92	52	46

Répartition des demandes de protection fonctionnelle des membres du corps de l'inspection du travail par genre et corps, grade ou emploi du demandeur en 2014 et 2015

Grade du demandeur	2014				2015			
	Femmes	Hommes	Total	Taux de féminisation	Femmes	Hommes	Total	Taux de féminisation
Responsable UT		1	1	0%		1	1	0%
Directeur adjoint	2		2	100%		1	1	0%
Inspecteur du travail	5	10	15	33%	9	3	12	75%
Contrôleur du travail	19	14	33	58%	14	11	25	56%
Autres		1	1	0%	3	4	7	43%
TOTAL	26	26	52	50%	26	20	46	57%

On peut noter une baisse significative du nombre de demandes au titre du harcèlement moral, réduites à deux.

Evolution du nombre de demandes de protection fonctionnelle par cause ()
Années 2009 à 2015*



(*) Une même demande peut comporter plusieurs griefs
 NB : le harcèlement moral n'est répertorié que depuis 2013 ; il n'y avait pas de demande avant.

Répartition par genre des demandes de protection fonctionnelle par cause () et corps, grade ou fonction du demandeur en 2015*

Grade du demandeur	Outrages et injures		Menaces et menaces de mort		Violences et voies de faits		Mise en cause pénale		Harcèlement moral		
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	
Responsable UT						1					
Directeur adjoint		1									
Inspecteur du travail	8	2	3	2	2	1					
Contrôleur du travail	9	8	8	1	2						
Autres								4	2		
TOTAL	17	11	11	3	4	2	0	4	2	0	

(*) Une même demande peut comporter plusieurs griefs.

Les suites judiciaires aux demandes de protection fonctionnelle

S'agissant des agents victimes, neuf agents ont vu une décision de justice rendue pour une affaire les concernant (contre 10 en 2014) :

- 2 décisions de condamnation à une amende seule comprise entre 500 € et 1 000 € ;

- 7 décisions de condamnation à une peine d'emprisonnement seule comprise entre 2 mois de prison avec sursis et 4 mois de prison avec sursis ; dans 3 des cas, en plus de la condamnation à la prison, l'affichage du jugement aux portes de la DIRECCTE pendant deux mois a été demandé ainsi que l'obligation de soin du responsable de l'entreprise.

Il apparaît à nouveau que le nombre d'affaires jugées en 2015 est plus faible qu'en 2014. Cette situation s'explique par le fait que les affaires ne sont pas nécessairement jugées l'année de la commission des faits. Certains jugements sont intervenus plusieurs années après. Plusieurs affaires sont en appel et cinq sont en cassation.

Les incidents ont occasionné une implication accrue des DIRECCTE, des DIECCTE et des conseillers en prévention, plus associés au soutien et à la prise en charge des agents concernés.

Les condamnations les plus lourdes concernent des outrages et des menaces verbales dans des situations locales difficiles bien exposées et comprises par le Parquet. Dans les cas d'incidents graves (tentative de suicide), une enquête a été demandée par le CHSCT.

S'agissant des agents mis en cause, le tableau ci-dessous donne un état des affaires en cours.

*Protection demandée à l'occasion d'une mise en cause pénale d'agent
du système d'inspection du travail par un tiers
Années 2007 à 2015*

Grade/corps/fonction	Objet de la mise en cause initiale	Suite
2013		
Directeur	Amiante	Rejet du pourvoi en Cour de cassation criminelle en date du 14 avril 2015
Directeur	Amiante	Rejet du pourvoi en Cour de cassation criminelle en date du 14 avril 2015
Chef de bureau	Amiante	Rejet du pourvoi en Cour de cassation criminelle en date du 14 avril 2015
Inspecteur du travail	Plainte pour harcèlement	En cours
Inspecteur du travail	Plainte pour harcèlement	En cours
Médecin inspecteur du travail	Contestation d'une décision	En cours
2012		
Directeur adjoint	Délit pénal lié au retrait d'un affichage syndical	En cours
Inspecteur du travail	Plainte d'un employeur suite à 2 PV	Ordonnance de non lieu

	d'entrave IRP	du 23/6/2014
Inspecteur du travail	Plainte en diffamation d'un employeur	En cours
Contrôleur du travail	Plainte d'un employeur suite à 2 PV d'entrave IRP	Ordonnance de non lieu du 23/6/2014
2011		
Directeur régional	Exposition d'autrui à un danger et non-assistance à personne en danger	En cours
Responsable UT	Mise en danger d'autrui et infraction à la sécurité	En cours
2010		
Directeur adjoint	Dénonciation calomnieuse (sur faits de harcèlement moral)	Relaxe
Directeur adjoint	Abus de pouvoir dans une décision d'inaptitude et d'enquête de harcèlement moral	En cours
Contrôleur du travail	Nouvelle instance d'appel (affaire d'origine de 2004) : faux en écriture et usage de faux (PV de travail illégal)	Affaire en appel
Inspecteur du travail	Partialité - discrimination	En cours
2009		
Inspecteur du travail	Mise en danger d'autrui (plainte d'une OS d'une entreprise estimant insuffisante l'action de l'IT en matière de sécurité)	En cours
Inspecteur du travail	Diffamation (propos tenus à l'occasion d'une réunion de CE)	En cours
Directeur adjoint	Violation loi amnistie (appel suite condamnation 1ère instance)	Amende payée par l'administration
DD DAT	Conflit hiérarchique : action en dénonciation calomnieuse	Mis hors de cause
2008		
Contrôleur du travail	Témoign assisté : faux et usage de faux	Mis hors de cause
Inspecteur du travail	Mis en examen : entrave au fonctionnement du CE et chantage (suite affaire de 2007)	En cours
2007		
Inspecteur du travail	Témoign assisté : entrave au fonctionnement du CE et chantage	Cf. affaire ci-dessus 2008

S'agissant des mesures administratives utilisées par l'inspection du travail, quelques moyens d'intervention permettent aux agents de contrôle de parer à des situations de danger grave et imminent qui justifient des actes administratifs gradués mais immédiats, entre l'observation orale ou écrite et la procédure de référé. L'arrêt de travaux est une décision administrative qui permet de faire cesser immédiatement une exposition aux risques de chute de hauteur, d'ensevelissement, ou d'insuffisance de protection par rapport à une exposition à un produit dangereux. Concrètement, elle s'adresse à l'employeur ou à son représentant, mais elle permet également d'inviter un salarié à arrêter de faire ce qu'il est en train de faire et à se retirer de la situation qui l'expose à un risque constaté. Chaque année sont notifiés, hors observations, plusieurs milliers d'actes visant en urgence une situation de

danger pour la santé et/ou la sécurité d'un ou plusieurs travailleurs, dont une majorité d'arrêts de travaux pour risque de chute, le reste portant sur le risque d'ensevelissement et le risque chimique. Ces moyens sont efficaces non seulement par leur effet concret immédiat mais par leur retentissement sur le lieu de travail et en faveur d'une culture de prudence et de prévention des risques individuels et collectifs majeurs.

La mise en œuvre de la transaction pénale et l'élargissement du champ des amendes administratives permettent aux agents d'user de pédagogie auprès des entreprises, des salariés et de leurs représentants. Une instruction a récemment été donnée aux services de privilégier la voie pénale dans certaines situations particulièrement graves en vue d'un procès, mais aussi d'utiliser la voie de la transaction pénale, de développer le recours aux sanctions administratives, d'en assurer la coordination avec les procédures pénale, et enfin de renforcer les relations du système d'inspection du travail avec les parquets.

Certains manquements en matière de prévention des risques justifient tout particulièrement le recours à la voie pénale menant à l'audience correctionnelle. Les accidents du travail consécutifs au non-respect de dispositions légales ou réglementaires ainsi que les infractions les plus graves en matière de santé et de sécurité sont ainsi clairement visés, a fortiori dans les situations de réitération ou de récidive.

L'ordonnance du 7 avril 2016 sanctionne les manquements aux injonctions et demandes de vérification adressées à l'entreprise par l'agent de contrôle de l'inspection du travail en matière de santé et de sécurité au travail. Sont ainsi visés :

- d'une part le fait pour l'employeur de ne pas se conformer aux mesures ordonnées par l'agent de contrôle afin de soustraire immédiatement un travailleur qui ne s'est pas retiré d'une situation de danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ou à la décision d'arrêt de l'activité prise en cas d'exposition à un agent cancérigène, mutagène ou reprotoxique ;
- d'autre part, le fait pour l'employeur de ne pas se conformer aux demandes de vérifications, de mesures ou d'analyses prises par l'agent de contrôle.

Le DIRECCTE pourra alors prononcer une amende d'un montant pouvant aller jusqu'à 10.000 € par travailleur concerné.

Plusieurs amendes administratives sont introduites afin de sanctionner les manquements aux règles régissant le travail des mineurs. Ainsi, le fait pour l'employeur d'affecter un mineur à un travail interdit ou réglementé en méconnaissance des conditions légales ou réglementaires est sanctionné d'une amende administrative de 2000 €. En outre, le fait de ne pas se conformer aux décisions prises par l'agent de contrôle enjoignant le retrait de l'affectation d'un mineur à un travail interdit ou réglementé est passible d'une sanction administrative de 10.000 € par mineur concerné.

Ce dispositif est tout récent, son impact ne pourra être évalué que dans plusieurs années.

Le comité demande en outre des informations relatives au **nombre de visites de contrôle réalisées dans la fonction publique, à l'efficacité des contrôles et des rapports dans la fonction publique, y compris territoriale et hospitalière, en l'absence de pouvoirs de sanction ou de contrainte des ISST.**

Certaines des dispositions du code du travail en matière de santé et de sécurité au travail sont applicables à la fonction publique et y font l'objet d'une transposition,

jusqu'à assujettir la fonction publique hospitalière (mais elle seule) à la totalité des dispositions du code du travail en la matière. Les renvois au code du travail pour l'application des principes de prévention, de la démarche d'évaluation des risques professionnels, sont ainsi explicites, même si des organisations spécifiques à la fonction publique territoriale ou de l'Etat ont été retenues pour l'application de ces règles. C'est ainsi qu'a été créée dans ces deux versants de la fonction publique, la fonction d'inspection en santé et sécurité au travail (ISST) qui exerce un contrôle interne en matière de santé et sécurité au travail (cf. *supra*).

L'inspection du travail n'est en effet *a priori* pas compétente dans le champ des relations de travail au sein de la fonction publique dont les agents sont régis par des statuts réglementaires pour leurs conditions d'emploi. L'assujettissement des collectivités territoriales et des administrations de l'Etat aux dispositions de la quatrième partie du code du travail relative à la santé et à la sécurité n'emporte pas la compétence de l'inspection du travail, ces établissements n'étant pas mentionnés par l'article L.4111-1 du code du travail. Dans les établissements de santé publique, l'inspecteur du travail est compétent pour vérifier le respect de la partie IV du code du travail mais son pouvoir de relever par procès-verbal les infractions commises y est limité.

L'inspection du travail joue toutefois dans la fonction publique (hors fonction publique hospitalière – et par exception) un rôle de conseil, d'expertise ou d'arbitrage sans prendre une quelconque décision administrative, dans les cas expressément prévus :

- désaccord persistant entre l'autorité territoriale ou le chef de service et le CHSCT sur la réalité de danger grave et imminent ou la façon de la faire cesser,
- information et présence possible de l'inspecteur du travail au CHSCT dans le cadre de la mise en œuvre du droit de retrait,
- missions temporaires ou permanentes définies par conventions arrêtées d'un commun accord.

La saisine de l'inspecteur du travail n'est toutefois envisagée que si l'intervention préalable de l'inspecteur santé et sécurité mentionné *supra* n'a pas abouti à lever le désaccord.

Ces interventions sont rares : 11 cas de recours à l'inspection du travail par les ministères ont été recensés en 2013.

Dès lors, aucune statistique ne permet d'évaluer le rythme d'inspection. 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.

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

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le comité demande que le rapport indique le taux d'entreprises qui offrent l'accès aux services de santé au travail, autonomes ou interentreprises, dans la pratique. Le comité demande en outre des informations sur les moyens de contrôle permettant de vérifier que les obligations de recourir aux services de santé au travail sont respectées dans la pratique.

Entreprises et accès aux services de santé au travail

Les dernières données à notre disposition proviennent de l'analyse des rapports administratifs et financiers (RAF) transmis par les services de santé au travail et les rapports des médecins du travail analysés par les médecins inspecteurs du travail en 2012. Selon ces remontées, au 1er janvier 2014, on comptait 1 033 services de santé au travail (SST) dont 277 services de santé au travail interentreprises (SSTI) et 756 services de santé au travail autonomes (SSTA).

Concernant les informations relatives à l'accès aux services de santé au travail, il n'existe pas de données fiables et consolidées en raison de l'absence de système informatique adéquat permettant de les recueillir. Les données transmises permettent avant tout d'estimer des grandes tendances.

Nombre de salariés suivis par les services de santé au travail

Année	Effectif
2009	16 311 800
2010	16 133 000
2011	16 075 600
2012	15 674 100
2013	16 347 311

Source : données des rapports annuels financiers (RAF) de 2009 à 2012, remontées d'information des DIRECCTE pour l'année 2013

En 2013, 93 % des salariés ont été suivis par les SSTI – données sur 23 régions – en 2012, ils étaient 96 %.

Nombre de salariés suivis par médecin du travail en équivalent temps plein

Année	SSTI	Variation en taux	SSTA	Variation en taux
2009	2 980	+ 5	1 430	- 3,8
2010	2 978	- 0,07	1 658	+ 15,9
2011	3 285	+ 10,3	1 412	- 14,8
2012	3 425	+ 4,2	1 488	+ 5,4

Source : données des rapports annuels financiers (RAF)

Depuis la réforme de l'organisation de la médecine du travail issue de la loi du 20 juillet 2011 et des décrets du 30 janvier 2012, les effectifs sont comptés en nombre de salariés suivis par équipe pluridisciplinaire pour les SSTI.

Concernant la demande d'information sur le taux d'entreprises offrant un accès aux services de santé au travail, il n'existe pas de chiffres consolidés sur le sujet. Il est possible de faire une estimation à partir des rapports administratifs et financiers et des données fournies par l'INSEE.

Selon les informations présentées sur le site de l'INSEE, on comptait, en 2012, 3 559 733 entreprises¹⁶, quelle que soit leur taille (dont 3 416 182 microentreprises), correspondant à un effectif de 13 397 092 salariés ETP.

Les données recueillies à partir des rapports administratifs et financiers (RAF) transmis par les SST et analysés par les médecins inspecteurs du travail, font état de 1 235 500 entreprises environ (soit 34,7 % de l'ensemble des entreprises répertoriées par l'INSEE) qui ont été conseillées par les SST (activité 2012 sur 20/22 régions de France métropolitaine). Elles étaient 1 330 000 sur 22 régions (37,5 % de l'ensemble des entreprises répertoriées par l'INSEE) sur l'activité 2011.

Cet écart avec les chiffres de l'INSEE pourrait s'expliquer par le fait qu'un même travailleur pourrait être comptabilisé et suivi plusieurs fois s'il a été employé dans plusieurs entreprises au cours de la même année calendaire.

Les caractéristiques des entreprises suivies sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Répartition en %	Entreprises entre 1 à 10 salariés	Entreprises entre 11 à 49 salariés	Entreprises entre 50 à 299 salariés	Entreprises de plus de 300 salariés
données activité 2012	81,8 %	14,3 %	3,1 %	0,74 %

Moyens de contrôle permettant de vérifier que les obligations de recourir aux services de santé au travail sont respectées dans la pratique

Les dispositions du code du travail sont contrôlées par les inspecteurs du travail (L.8112-1). L'inspecteur du travail contribue notamment à la prévention des risques professionnels ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail et des relations sociales. Il concourt également à l'exécution des missions de la DIRECCTE en ce qui concerne la politique du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (R. 8112-1). Dans ce cadre, il a accès aux lieux de travail et aux documents nécessaires à l'exercice de ses missions. En cas de manquements aux dispositions du code du travail constatés, des mises en demeure et des demandes de vérification de l'inspecteur sont notifiées à l'employeur (R 8113-4). En outre, des sanctions administratives (amendes) peuvent être prononcées par le DIRECCTE sur avis de l'inspecteur du travail (R 8115-1).

Par ailleurs, en ce qui concerne l'application de la réglementation relative à la santé au travail, les inspecteurs du travail agissent en liaison avec les médecins inspecteurs du travail (L.8123-1). Les médecins inspecteurs du travail exercent une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs sur leur lieu de travail et participent à la veille sanitaire au bénéfice des travailleurs (L 8123-1). Ils coopèrent avec les inspecteurs du travail à l'application de la réglementation relative à la santé au travail et disposent des mêmes pouvoirs et obligations que les inspecteurs du travail à l'exception des mises en demeure et des procès-verbaux (L.8123-2). Les médecins inspecteurs du travail ont un droit d'accès

¹⁶ Au sens de l'INSEE, les entreprises comprennent notamment les microentreprises et les autoentrepreneurs, dont l'activité principale est non agricole et hors administrations publiques.

aux entreprises, des salariés peuvent leur signaler tout manquement de leur employeur en matière de santé sécurité au travail et notamment s'il n'adhère pas à un SST. L'action des médecins inspecteurs du travail porte en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail. Les médecins inspecteurs du travail et les inspecteurs du travail contrôlent notamment que les entreprises adhèrent à un SST et que celui-ci fonctionne conformément à l'agrément délivré par le DIRECCTE. Cet agrément est pris sur avis du médecin inspecteur du travail (D 4622-48).

Dans le cadre de ses missions, le médecin inspecteur du travail est amené à analyser l'organisation, le fonctionnement du service de santé au travail au travers notamment de l'activité des médecins du travail, de l'équipe pluridisciplinaire et la mise en œuvre d'un projet pluriannuel de service. Le médecin inspecteur du travail anime les services de santé au travail afin que les actions décidées et mises en œuvre par les SST répondent à un objectif de santé publique spécifique en médecine du travail.

Le médecin inspecteur du travail est habilité à intervenir seul dans les entreprises et les SST, et à faire des lettres d'observation (L. 8123-2 CT). Dans le cadre de la coopération avec l'inspecteur du travail, le médecin inspecteur du travail informera l'inspecteur du travail de sa démarche et/ou il peut être accompagné notamment, dans des circonstances qu'il apprécie, par l'inspecteur du travail compétent pour le siège du SST. Le médecin inspecteur du travail et l'inspecteur du travail se tiendront informés des actions menées en matière de santé sécurité au travail et des résultats. Pour information, les effectifs au 25 Août 2016 s'élèvent à 33 médecins inspecteurs du travail. Une campagne de recrutement est en cours.

Le service de santé au travail en agriculture est un service inter-entreprises géré paritairement au sens de l'article L. 717-3 du code rural et de la pêche maritime (CRPM).

Ainsi, par exception aux dispositions de l'article L. 4622-11 du code du travail, le service de santé au travail est administré paritairement selon les modalités prévues par les règles relatives au fonctionnement de l'organisme de sécurité sociale agricole. Le conseil d'administration (composé de trois collèges électoraux : exploitants, salariés et employeurs) délibère les affaires de la caisse sur avis conforme du comité de protection sociale des salariés (composé des collèges salariés et employeurs) pour les questions intéressant les dépenses relatives aux services de santé au travail et la nomination ou le licenciement des médecins du travail.

De plus, l'article D. 717-43 du CRPM confie la direction technique de ce service à un médecin du travail, chef de service. Ce dernier en fixe l'organisation du travail en se concertant avec le directeur de la caisse, il prépare le budget, son accord ou son avis est requis respectivement pour le recrutement ou le licenciement des personnels. Il établit le rapport d'activité du service.

Le pilotage des services de santé et de sécurité au travail est assuré par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole assurée, par son échelon national de santé et de sécurité au travail qui coordonne l'activité des services de santé et de sécurité au travail et établit chaque année le bilan national d'activité **en concertation avec les partenaires sociaux (cf l'article D. 717-33 du CRPM)**.

Ainsi, 293 455 examens ont été réalisés en 2014 pour une population totale de salariés de 1 190 744 ; dont 15% bénéficient d'une surveillance médicale renforcée. La surveillance médicale des non-salariés (moins de 500 000 chefs d'exploitation en 2014) est assurée par les médecins du travail pour 15% de leur temps, pour notamment les exploitants « nouveaux installés ».

Service de santé au travail dans la fonction publique

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

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

La mutualisation des ressources de la protection de la santé et de la sécurité au travail dans le cadre d'un véritable travail en réseau constitue un axe prioritaire de l'accord santé et sécurité au travail de 2009.

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

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

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

Le comité demande également des informations relatives à l'accès des travailleurs à domicile, des travailleurs indépendants ainsi que des travailleurs intérimaires aux services de santé au travail.

Travailleurs à domicile

Au titre de l'article L. 7412-1 du code du travail, « est travailleur à domicile toute personne qui :

1° Exécute, moyennant une rémunération forfaitaire, pour le compte d'un ou plusieurs établissements, un travail qui lui est confié soit directement, soit par un intermédiaire ;

2° Travaille soit seule, soit avec son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, concubin ou avec ses enfants à charge au sens fixé par l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale, ou avec un auxiliaire.

Il n'y a pas lieu de rechercher :

a) S'il existe entre lui et le donneur d'ouvrage un lien de subordination juridique, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L. 8221-6 ;

b) S'il travaille sous la surveillance immédiate et habituelle du donneur d'ouvrage ;

c) Si le local où il travaille et le matériel qu'il emploie, quelle qu'en soit l'importance, lui appartient ;

d) S'il se procure lui-même les fournitures accessoires ;

e) Le nombre d'heures accomplies. »

Les travailleurs à domicile ne peuvent effectuer des travaux qui présentent des dangers pour leur santé que dans des conditions très précises. L'autorité administrative peut déterminer les catégories de travaux présentant des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, qui ne peuvent être exécutés par des travailleurs à domicile (L. 7424-1). L'employeur qui fait exécuter des travaux à domicile relevant de l'une des catégories prévues par l'article L. 7424-1 est responsable de l'application aux travailleurs à domicile et aux auxiliaires que ceux-ci emploient des mesures de protection individuelles prévues par les dispositions des décrets mentionnés à l'article L. 4111-6 (L. 7424-2).

Aucune disposition du code du travail ne prévoit les modalités de suivi médical des travailleurs à domicile. Toutefois, la jurisprudence de la Cour de cassation (cass. Soc. 16 janvier 1997 n° 94-45086) a élargi aux travailleurs à domicile l'application des règles de droit commun du code du travail en matière de suivi médical.

Travailleurs indépendants :

Cf réponse à l'article 3 paragraphe 2, autres catégories de travailleurs

Travailleurs temporaires :

Cf. réponse à l'article 3, paragraphe 2, Travailleurs temporaires.

En outre, le suivi médical des travailleurs temporaires est variable selon les régions. Compte tenu de leurs missions de prévention des risques professionnels et de leur rôle d'information au bénéfice de médecins du travail (R .8123-1), certains médecins inspecteurs du travail ont mis en place des actions dans différentes régions afin d'assurer une meilleure surveillance de l'état de santé des salariés temporaires et d'élaborer des outils permettant harmoniser les pratiques et la traçabilité du suivi médical de ces salariés.

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.

Paragraphe 1- élimination des causes d'une santé déficiente

Droit au meilleur état de santé possible

Le Comité demande que le rapport 2016 indique si les actions engagées ont conduit à une diminution du taux de mortalité maternelle.

Les évolutions du taux de mortalité maternelle sont analysées par l'Inserm dans le rapport « L'état de santé de la population en France », DREES, édition 2015, page 166-167.

Selon le dernier rapport disponible de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), en comptabilisant les décès identifiés par le certificat médical, le ratio de mortalité maternelle de la France était de 8,9 pour 100 000 naissances vivantes en moyenne entre 2007 et 2009. En comptabilisant plus largement les décès¹⁷, ce ratio s'établirait à 10,3 pour 100 000 naissances vivantes en moyenne entre 2007 et 2009, un niveau comparable à celui observé dans les pays européens également dotés d'un système renforcé de mesure (Pays-Bas, Royaume-Uni). Ce ratio reste stable entre 2005 et 2009, au contraire d'autre pays comparable (Pays-Bas, États-Unis). La non-diminution de la mortalité maternelle s'expliquerait en partie par l'élévation continue de l'âge maternel à la naissance.

Concernant les années plus récentes, le ratio de mortalité maternelle était de 8,5 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 et de 6,1 en 2011, selon les statistiques des causes médicales de décès du CépiDc. Cette diminution doit toutefois être considérée avec précaution car le nombre de décès maternels étant peu élevé chaque année, il est recommandé d'analyser les données par période triennale.

Tableau 1. Évolution de la mortalité maternelle en France depuis 2001

années	Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes		
	Statistiques CépiDc	ENCMM Méthode corrigée*	ENCMM Méthode actuelle**
2001	7,6	9,3	
2002	10,2	12,5	

¹⁷ Sources multiples d'identification des décès possiblement maternels : certificat médical de décès, bulletins de naissance et données du PMSI.

2003	8,3	9,7	
2004	7,6	9,3	
2005	5,8	8,2	
2006	8,2	8,8	
2007	8,4	11,1	12,0
2008	7,4	7,6	9,9
2009	9,7	8,1	9,1
2010	8,5		
2011	6,1		

* Source d'identification des décès possiblement maternels : certificat médical de décès.

** Sources multiples d'identification des décès possiblement maternels : certificat médical de décès, bulletins de naissance et données du PMSI.

Champ : France entière

Sources : Statistique nationale des causes médicales de décès, INSERM-CépiDc et ENCMM-INSERM-1153-EPOPé

Si la mortalité reste l'indicateur fondamental de la santé maternelle, la rareté des décès rend nécessaire de disposer d'indicateurs de morbidité maternelle. Un indicateur de morbidité a ainsi été mis au point et publié pour la première fois en 2015 : il s'agit du taux d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral (grossesse et jusqu'à 3 mois après l'accouchement).

On ne dispose pas encore d'un recul suffisant pour juger de la pertinence de cet indicateur pour la surveillance de la morbidité maternelle sévère.

Droit à l'accès aux soins de santé

Dans le prolongement de la loi HPST de 2009, **la loi de modernisation de notre système de santé** basée sur la Stratégie nationale de santé lancée par le Gouvernement en 2013, a été promulguée le 26 janvier 2016.

Elle s'articule autour de trois axes : la prévention, l'accès aux soins et les droits et la sécurité des patients.

Elle prévoit notamment l'expérimentation de salles de consommation de drogues à moindre risque, la désignation d'un médecin traitant pour les enfants, l'instauration d'un logo nutritionnel sur les emballages des produits alimentaires, la mise en oeuvre du paquet de cigarettes neutre, la généralisation du tiers-payant à tous les assurés à partir du 1er janvier 2017, la refondation du dossier médical personnel, l'instauration d'une action de groupe dans le domaine de la santé.

Des modifications sont également apportées dans l'organisation régionale et territoriale du système de soins. La loi remanie ainsi le projet régional de santé, créé par la loi HPST de 2009, en instaurant un schéma régional de santé unique (au lieu de trois précédemment) et crée des communautés professionnelles territoriales de santé qui concourent au PRS (projet régional de santé) et à la structuration des parcours de santé. Elle met également en place un dispositif d'organisation des soins spécifique à la santé mentale autour de plusieurs outils : projet territorial de santé mentale, diagnostic territorial partagé en santé mentale, contrat territorial en santé mentale...

Concernant le volet hospitalier, elle réintroduit la notion de service public hospitalier et redéfinit le fonctionnement des pôles d'activité (composition, contrat...). Le

remplacement des communautés hospitalières de territoire par des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est également acté dans la loi ainsi que celui de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge par une Commission des usagers (CDU) dont les attributions sont élargies.

Le Comité demande des informations sur l'accès aux soins de santé des personnes les plus démunies souvent bénéficiaires de minima sociaux

Afin de soutenir l'accès aux soins, le gouvernement s'est engagé, dès 2013, à améliorer la prise en charge des dépenses de santé, notamment des assurés les plus modestes.

Cet engagement tenu porte aujourd'hui ses fruits : le nombre de bénéficiaires des aides à l'accès aux soins CMU-C et ACS a continué de croître en 2014, pour atteindre 6 millions de personnes, comme l'indique le rapport d'activité 2014 du Fonds CMU. Ce document indique en effet que 5,2 millions de personnes bénéficiaient fin 2014 de la CMU-C (soit une augmentation de 6,5 % en un an) et que l'ACS a, elle, bénéficié à 1,2 million de personnes (+ 3,9%).

Cette progression ne traduit pas seulement l'impact de la situation économique, mais bien l'effet des mesures prises par le Gouvernement pour étendre ces aides : le relèvement des plafonds a permis, depuis le 1er juillet 2013, à 309 000 personnes supplémentaires de bénéficier de la CMU-C et à 255 000 personnes supplémentaires de bénéficier de l'ACS.

L'action résolue du gouvernement en faveur d'un meilleur accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens se traduit aujourd'hui, à travers notamment :

- Le renforcement des garanties que doivent apporter les contrats responsables et l'extension de la couverture complémentaire santé à tous les salariés ;
- Le relèvement de 50 euros de l'aide à la complémentaire santé pour les personnes âgées de plus de 60 ans ;
- L'extension du panier des prestations couvertes par la CMU-c et, grâce à une disposition du projet de loi de modernisation de notre système de santé, l'application aux bénéficiaires de l'ACS de tarifs plafonds pour les lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses ;
- Pour les bénéficiaires de l'ACS, interdiction des dépassements d'honoraires, et la suppression des franchises médicales et des participations forfaitaires, la mise en place du tiers payant, et la réforme des contrats pour simplifier la vie des bénéficiaires (en limitant le nombre de contrats proposés) et faire baisser les prix des contrats jusqu'à par exemple 300 euros de moins pour une personne seule âgée de plus de 60 ans ;
- L'extension du tiers payant aux patients bénéficiant d'une prise en charge à 100% au 1er juillet 2016 et de devenir un droit pour tous les patients au 30 novembre 2017.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche7-5.pdf>

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd07.pdf>

Concernant l'engorgement des services d'urgence, le Comité demande à être informé de la mise en œuvre des mesures envisagées pour améliorer la situation. Il demande également que le rapport 2016 fournisse des informations mises à jour sur la manière dont les listes d'attente sont gérées.

Comme précisé précédemment, les causes d'engorgement des services d'urgence sont multiples. Une partie a trait à la problématique de la gestion des lits d'aval et une autre vient de l'amont (absence ou difficultés pour trouver une réponse en ville versus gratuité des soins à l'hôpital, accueil de tous les patients, possibilité de réaliser tous les examens sur place etc.).

Lorsque l'ensemble de ces facteurs se conjuguent, ils conduisent à un sentiment d'engorgement.

Plusieurs axes de travail ont été mis en œuvre depuis 2012:

- Concernant l'amont des urgences : Le dispositif mis en place par la loi HPST a réuni sous l'autorité unique des agences régionales de santé (ARS) l'organisation et le financement des structures de médecine d'urgence et de la PDSA. Le ministère est positionné comme pilote de ces dispositifs et assure l'analyse au niveau national de son fonctionnement, ce qui permet ainsi d'impulser de nouvelles orientations. La **meilleure articulation entre urgences et soins non programmés** tous horaires confondus (et pas seulement aux horaires de PDSA) est un axe de travail, notamment dans le cadre des suites du rapport Grall sur la territorialisation des services d'urgence publié en 2015. Les données issues d'une étude de la DREES effectuée un jour donné en juin 2013 font apparaître que 43% des passages de ce jour auraient pu être pris en charge en ville (35% par un médecin généraliste). A la demande de la DGOS, la Drees a inscrit à son programme de travail pour 2016/2017 l'approfondissement de ces premiers résultats, en vue de nourrir la réflexion sur l'organisation territoriale des soins urgents et non programmés.
- Concernant l'organisation interne et l'aval des urgences : Un plan d'action a été engagé dès 2012 sur les urgences, comportant trois volets : garantir l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes, gérer la saturation des urgences, traiter les tensions ou risques de tensions au sein des services des urgences. Concernant la gestion interne des services des urgences, plusieurs axes de travail ont été engagés et notamment le déploiement d'un **programme national de gestion des lits**, visant à fluidifier l'orientation des patients en aval des urgences. Ce programme piloté par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a concerné 151 établissements entre 2012 et 2016. Les premiers éléments de bilan sont encourageants : ainsi par exemple: 44% des établissements du programme ont mis en place la fonction de gestionnaire de lits; 61% des hôpitaux ont décidé de calculer les Durées Prévisionnelles des Séjours (DPS) pour anticiper les disponibilités en lits; pour 21% d'entre eux ces DPS sont aujourd'hui disponibles.

Par ailleurs un groupe de travail du Conseil national des urgences hospitalières (CNUH) a été réuni par son président au premier semestre 2013. Ce groupe a produit des « **propositions de recommandations de bonnes pratiques**

facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences » remises à la Ministre en septembre 2013.

A la suite de ce rapport la Ministre des affaires sociales et de la santé a rassemblé l'ensemble de la communauté hospitalière à l'occasion d'une journée consacrée à l'aval des urgences. C'est un **véritable changement de paradigme** qu'il convenait d'engager.

En effet, la question de l'aval et donc de la gestion des lits repose sur une meilleure organisation des flux dans l'ensemble de l'hôpital qui bénéficiera non seulement aux services d'urgences mais à l'ensemble de la collectivité médicale. Cette question dépasse la difficulté souvent exprimée par les urgentistes de «trouver des lits ». Le programme national de gestion des lits a démontré qu'il est nécessaire de favoriser les engagements réciproques entre les services d'urgences, les services cliniques et les services médico-techniques, mais également d'encourager le dialogue interne et la contractualisation dans le cadre des pôles et des GHT qui trouvent ainsi toute leur pertinence.

C'est maintenant aux établissements de santé, appuyés par les ARS, de se saisir des sujets d'efficience de ce programme.

La série d'attentats dont la France a été la cible ces deux dernières années a très fortement sollicité les établissements de santé et en priorité les services d'urgences, les SAMU et les SMUR. De nombreux professionnels ont spontanément voulu apporter leur concours et ont rejoint leur lieu de travail pour sauver des vies. Les cellules d'urgence médico-psychologique ont pris en charge plusieurs milliers de personnes pour leur apporter le réconfort et le soutien psychologique indispensables. L'activation des plans blancs a permis la mobilisation d'effectifs, de blocs opératoires, de lits supplémentaires. Ces mesures et le caractère exceptionnel de ces situations ont permis de dépasser les problématiques classiques d'engorgement des urgences et ont démontré à la fois l'efficacité du système de soins Français et du travail en collaboration avec les forces de l'ordre.

Des formations spécifiques de « damage control » ont été organisées depuis le 13/11/2015, en collaboration avec le Service de santé des armées, afin que la majorité des professionnels de santé puissent être formés à la prise en charge de ces patients spécifiques.

- Concernant la mise en place d'indicateurs : La généralisation, à partir de juillet 2013, des remontées de passage aux urgences (RPU) a permis **une meilleure connaissance de l'activité des urgences**. Par ailleurs les travaux sur la définition et la mise en place des indicateurs qualité des structures d'urgences sont inscrits au programme de travail de la **Haute Autorité de Santé (HAS)** depuis 2013 et se poursuivent.
- Enfin le Comité demande à être informé de la manière dont les listes d'attente sont gérées : Concernant le triage à l'arrivée aux urgences, la Société Française de Médecine d'Urgences a rédigé en 2013 un rapport proposant des recommandations pour le triage dans les structures d'urgences. En 2014, **plus de 75% des structures d'urgences ont mis en place un soignant d'accueil et d'orientation** (un infirmier d'accueil et d'orientation dans 96% des cas et un médecin d'accueil et d'orientation dans 4% des cas). Le triage aux urgences sert ainsi **à classer les malades à l'accueil en fonction de leurs « besoins de**

soins ». C'est un impératif organisationnel (faciliter l'orientation) et médical (réduire l'intensité d'un symptôme, éviter une perte de chance liée à l'attente...) tout particulièrement en cas d'afflux.

Au final, toutes les urgences vitales sont traitées en priorité absolue dans les établissements de santé français, qui ont toujours été pionniers mondialement en matière d'organisation des urgences, le modèle français des « SAMU » suscitant toujours une très forte demande de transfert de savoir-faire, de la part de nos partenaires étrangers.

Le comité s'interroge sur la disponibilité et la variété des structures de « réadaptation pour toxicomanes »

En France, la lutte contre la toxicomanie fait l'objet de différentes mesures, dont une prise en charge gratuite et anonyme. Différentes structures publiques et privées proposent des cures de sevrage de l'alcool, des drogues illicites et autres addictions nécessitant une prise en charge médicale.

- Les CSAPA ambulatoires

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, ou CSAPA, permettent de faire le point avec un professionnel sur les difficultés rencontrées et proposent un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de drogues ou vers un traitement de substitution (pour les personnes dépendantes aux opiacés). Les CSAPA accueillent de façon confidentielle et gratuite et sont présents dans tous les départements de France.

- Les unités hospitalières d'addictologie

Il existe également une prise en charge ambulatoire dans des structures hospitalières. Ces structures sont de plus ou moins grande importance. Elles proposent à minima, des consultations externes, du type de ce que peuvent proposer les CSAPAS. Un sevrage ambulatoire peut être mis en place dans ce cadre.

Un suivi pluridisciplinaire est souvent possible (psychologique, social et médical) et une hospitalisation de courte durée au moment de l'arrêt pourra être envisagée selon les cas. Dans les unités les plus développées, un accueil en soin résidentiel est proposé en vue de consolider le sevrage.

Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (**CSAPA**), ex-CSST et CCAA, qui offrent des soins médicaux et psychologiques, avec des consultations de professionnels.

Le comité demande si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige qu'elles subissent une stérilisation.

La loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle prévoit dans son article 56 partie « modification de la mention du sexe à l'état civil » que « le fait de ne pas avoir subi des traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande. »

Concernant le suivi de la réclamation collective n°67/2011, un rapport a été adressé en 2014 et sera mis à jour en 2017 conformément à la procédure en vigueur.

Paragraphe 2- services de consultation et d'éducation sanitaires

Education et sensibilisation de la population

Il convient de rappeler que la promotion de la santé - suivant ses trois axes d'éducation à la santé, de prévention et de protection - participe, de la maternelle au lycée, à l'acquisition progressive de savoirs et de compétences, notamment des compétences psychosociales, qui doivent permettre aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé pour eux-mêmes et celle d'autrui. La politique éducative sociale et de santé constitue un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité en participant à la lutte contre les inégalités sociales. Dans ce cadre, l'École joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information et l'orientation.

La politique éducative sociale et de santé est précisée dans la circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015, en cohérence avec les autres politiques publiques.



Politique éducative
sociale et de santé er

La mise en oeuvre du parcours éducatif de santé à partir de la rentrée 2016 va préparer les élèves à devenir des citoyens responsables en matière de santé individuelle et collective.



fiche_13_-_la_sante
_des_eleves_618109

Consultation et dépistage des maladies

Le comité demande une description des consultations et dépistages gratuits qui sont à la disposition des femmes enceintes

7 visites médicales comprenant la recherche de certaines maladies (rubéole, toxoplasmose, etc) sont obligatoires pendant la grossesse. La déclaration de grossesse doit être faite après le premier examen (avant la fin du 3ème mois de grossesse). Ces examens sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F963>

Par ailleurs, à partir du 4ème mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, l'Assurance Maladie propose aux femmes enceintes de bénéficier, sans avance de frais, d'un examen bucco-dentaire.

Le comité demande quels sont les programmes de dépistages des maladies (responsables des principales causes de décès) pour l'ensemble de la population.

Actuellement, il existe globalement deux grandes modalités de dépistage: le dépistage organisé et le dépistage individuel.

- dépistage organisé pour 2 cancers très fréquents :
 - le cancer du sein : le dépistage organisé concerne les femmes de 50 à 74 ans
 - le cancer colo-rectal_ : le dépistage organisé est proposé aux femmes et hommes de plus de 50 ans.
- dépistage individuel

Cette démarche de détection individuelle concerne les personnes qui ont un risque plus élevé que la moyenne de développer un type de maladie. il existe un dépistage individuel pour 3 principaux cancers :

- cancer du col utérin
- tumeurs de la peau
- cancer de la prostate.

Paragraphe 3- Prévention des maladies et accidents

Environnement sain

Le comité demande des informations sur la mise en œuvre du PNSE2 pour 2009-2013 (niveaux de pollution atmosphérique, cas de contamination d'eau potable et d'intoxication alimentaire constatés au cours de la période de référence).

Le 2ème Plan national santé environnement (2009-2013) a fait l'objet d'une évaluation, d'une part par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et de plusieurs corps généraux d'inspection (IGAS, CGEDD et IGA*).

Les conclusions concernant l'évolution de la situation en santé-environnement durant ces dix dernières années varient selon les milieux (air extérieur, air intérieur, eaux, etc.) les polluants (particules, pesticides, métaux, etc.) ou les nuisances (habitat indigne, bruit, etc.) analysés.

Le HCSP a constaté une tendance générale à l'amélioration de la qualité de l'eau du robinet sur un panel très large de polluants tels que les nitrates, les pesticides, les métaux (dont plomb, mercure, arsenic) et une amélioration de la situation pour l'exposition au plomb dans l'habitat. Il n'a pas été constaté d'évolution nette, depuis le début des années 2000, de la qualité de l'air extérieur (globalement stagnation des concentrations de plusieurs polluants dans l'air ambiant dans les sites urbains malgré des émissions en baisse au niveau national) ni des expositions au monoxyde de carbone et au radon dans l'habitat.

Une dégradation de la situation est à déplorer pour les expositions aux pollens. Pour des raisons différentes (données non répétées, non disponibles, difficiles à obtenir ou à exploiter, etc.) il a été impossible de dégager une tendance d'évolution des expositions pour la qualité de l'air intérieur et la qualité des eaux (hormis l'eau du robinet), les expositions au bruit et aux substances toxiques préoccupantes et les points noirs environnementaux (définition variable).

Les données actuelles ne permettent pas de se prononcer sur la réduction des inégalités sociales et territoriales d'exposition à ces risques et nuisances.

A partir de cette évaluation du PNSE2, un troisième plan national santé environnement (PNSE 3) a été élaboré et publié le 12 novembre 2014 pour la période 2015-2019. Sur le plan thématique, l'intégration de la notion d'exposome, du lien santé-biodiversité et du changement climatique constitue une avancée de ce PNSE. Il s'agit aujourd'hui d'organiser sa déclinaison locale dans le cadre des troisièmes plans régionaux santé environnement (PRSE 3).

- *IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- *CGEDD : Conseil général de l'environnement et du développement durable
- *IGAENR : Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le comité demande à être informé de toutes évolutions en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de tabagisme (plans d'action, tendances de la consommation etc)

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé fait de la prévention le coeur de notre système de santé : elle organise le déploiement d'un parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée, crée de nouveaux outils pour lutter contre le tabagisme, améliore l'information nutritionnelle, combat l'alcoolisation excessive des jeunes, encourage le dépistage des infections sexuellement transmissibles et renforce la réduction des risques, dont les usages de drogues.

Tendances de la consommation en matière de tabagisme, d'alcoolisme et autres toxicomanies

Les enquêtes « Baromètre santé » (INPES) réalisées tous les 5 ans permettent de suivre les tendances de la consommation de tabac et d'alcool parmi la population adultes (15-75 ans) et parmi les jeunes adultes en particulier (15-25 ans). Les enquêtes triennales « Escapad » (OFDT) éclairent quant à elles la consommation des adolescents (17 ans). Les résultats présentés ici sont tirés des publications suivantes : INPES, « La Consommation d'alcool en France en 2014 », Évolutions n°32, Avril 2015 ; INPES, « La Consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes », Évolutions n°31, Janvier 2015 ; OFDT, « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 », Tendances n°100, mai 2015 ; OFDT et INPES, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », Tendances n°99, mars 2015.

• Tabac

Après la hausse observée entre 2005 et 2010, la prévalence du tabagisme se stabilise parmi les 15-75 ans (34,1 % de fumeurs actuels, c'est-à-dire qui déclarent fumer du tabac, ne serait-ce que de temps en temps) et le tabagisme régulier apparaît même en légère baisse en 2014 (de 29,1 % en 2010 à 28,2 % en 2014), selon le Baromètre Santé de l'INPES. La proportion d'ex-fumeurs est en

augmentation par rapport à 2010 (de 29,2 % à 31,0 %), ainsi que la part de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année (de 25,2 % à 29,0 %).

L'analyse par sexe montre que la prévalence du tabagisme régulier est en baisse chez les femmes uniquement (de 26,0 % à 24,3 %). Cependant, parmi elles, l'effet de génération déjà observé en 2010 chez les 45-64 ans se prolonge en 2014, la proportion de femmes âgées de 55 à 64 ans qui fument quotidiennement continuant à augmenter, tandis que la prévalence du tabagisme régulier est en baisse significative parmi les femmes de 20-44 ans.

Comme pour l'alcool, le niveau d'expérimentation (au moins un usage au cours de la vie) de tabac parmi les adolescents âgés de 17 ans affichent une baisse continue depuis quinze ans, avec en particulier un recul de 9 points entre 2000 et 2014, selon l'enquête Escapad de l'OFDT. Les niveaux de tabagisme quotidien¹⁸ qui ont diminué de manière importante entre 2000 et 2008, passant de 41,1 % à 28,9 %, sont à nouveau en hausse depuis 2008. Entre 2011 et 2014, l'usage quotidien chez les adolescents a continué de progresser très légèrement, évoluant de 31,5 % à 32,4 %. Cette augmentation résulte principalement d'une hausse du niveau d'usage quotidien chez les filles, la prévalence passant de 30,2 % à 31,9 %, tandis qu'elle reste stable, à 33,0 %, pour les garçons. De plus, ce récent regain du tabagisme quotidien féminin ne remet pas en cause la baisse globale mesurée depuis le début de la décennie, le niveau en 2014 restant inférieur de plus de 7 points à celui de 2000. Enfin, la hausse du tabagisme quotidien depuis 2005 n'a pas modifié la part des fumeurs intensifs (plus de 10 cigarettes par jour), qui est restée stable sur la période 2005-2014, autour de 11 %.

Le « **Programme national de réduction du tabagisme** » (PNRT) dont les dispositions ont été inscrites dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a été lancé en septembre 2014 dans le cadre du Plan cancer 2014-2019. Ce programme vise à réduire le nombre de fumeurs de 10% dans 5 ans, de 20% dans 10 ans et ainsi obtenir dans 20 ans la première génération de non-fumeurs.

Pour atteindre ces objectifs, le PNRT comprend des mesures fortes articulées autour de trois axes d'intervention prioritaires développés simultanément : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter de fumer et agir sur l'économie du tabac.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf

Par ailleurs, la France a adopté en 2016 de nouvelles mesures choc :

-La transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente de produits du tabac qui permet l'application de nouvelles dispositions, notamment l'interdiction des arômes et additifs (par exemple les capsules mentholées) particulièrement attractifs pour les jeunes.

-Le paquet de cigarettes neutre, voté dans la loi de modernisation de notre système de santé, entré en vigueur à compter du 20 mai.

¹⁸ Au moins un usage par jour au cours des 30 derniers jours.

- la création d'un fonds de prévention du tabagisme, doté dès cette année de 32 millions d'euros.

- le lancement de deux grandes campagnes de communication :

- . du 23 mai au 30 juin 2016, une campagne d'affichage, en radio et sur Internet pour lutter contre les idées reçues relativisant l'impact du tabac sur la santé et encourager le recours à Tabac Info Service ;

- . en novembre 2016, « Moi(s) sans tabac », une campagne conçue comme un défi collectif pour inciter le plus grand nombre de fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours : grâce à cette campagne. Cette campagne est inspirée de l'initiative anglo-saxonne « Stoptober » et constituera ainsi la 1ère grande expérience de marketing social en France.

- **Alcool**

La fréquence de consommation d'alcool reste globalement stable entre 2010 et 2014 parmi les 15-75 ans selon le Baromètre Santé de l'INPES. En 2014, 86 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois, avec un nombre déclaré de verres bus par semaine estimé à 5,5 en moyenne. Près de la moitié des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, un sur dix quotidiennement. Ces niveaux de consommation se révèlent stables relativement à 2010, excepté pour la consommation quotidienne d'alcool, qui décroît de 11 % à 10 %. Cette baisse des usages quotidiens de boissons alcoolisées illustrée par les données du Baromètre santé 2014 prolonge celle observée depuis plusieurs décennies. Elle est portée par les nouvelles générations, en particulier chez les hommes.

Toutefois, les épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante et d'ivresse sont plus fréquents selon le Baromètre Santé de l'INPES. Dans l'ensemble de la population, 38 % des 15-75 ans ont déclaré au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API)¹⁹ dans l'année, soit significativement plus qu'en 2010. La part des personnes ayant connu une ivresse au cours de l'année est stable par rapport à 2010 mais les ivresses répétées (au moins 3) et régulières (au moins 10) sont en hausse. Ces augmentations concernent principalement les femmes, prolongeant la tendance au rapprochement des comportements d'alcoolisation ponctuelle entre hommes et femmes, déjà observée dans l'ensemble de la population comme parmi les adolescents et les jeunes adultes.

La consommation d'alcool augmente chez les jeunes adultes entre 2010 et 2014 selon le Baromètre Santé de l'INPES. Entre 2010 et 2014, la proportion des jeunes de 18-25 ans déclarant consommer de l'alcool toutes les semaines est passée de 36 % à 40 %, soit 51 % des hommes et 30 % des femmes. Plus de la moitié des jeunes adultes ont déclaré une API au cours de l'année, proportion en hausse relativement à 2010 (+4,6 points). Un peu moins d'un jeune sur deux (46 %) déclare avoir connu une ivresse au cours de l'année, une proportion identique à celle observée en 2010. En revanche, les ivresses répétées et régulières apparaissent en

¹⁹ Une alcoolisation ponctuelle importante (API) correspond au fait d'avoir bu six verres ou plus en une même occasion.

hausse. Les hausses observées entre 2010 et 2014 ne sont pas significatives parmi les jeunes hommes, alors qu'elles le demeurent parmi les jeunes femmes, en particulier les étudiantes.

Selon l'enquête Escapad de l'OFDT, depuis quinze ans, les niveaux d'expérimentation (au moins un usage au cours de la vie) d'alcool parmi les adolescents âgés de 17 ans affichent une baisse continue, avec un recul de 5 points entre 2000 et 2014. Les niveaux d'usage régulier²⁰ d'alcool chez les adolescents sont par contre à nouveau en hausse à partir de 2008, après une baisse observée entre 2003 et 2008 : ils augmentent de 2 points entre 2011 et 2014, dans des proportions comparables chez les filles et les garçons. En 2014, l'usage régulier d'alcool concerne ainsi 12,3 % des répondants, les garçons toujours plus souvent que les filles : 17,5 % vs 6,8 %. La consommation quotidienne²¹ de boissons alcoolisées demeure toujours exceptionnelle, avec moins de 2 % des adolescents de 17 ans qui déclarent boire tous les jours.

L'interdiction de fournir de l'alcool aux mineurs prévue dans la loi HPST de 2009 a été renforcée, il est désormais obligatoire d'exiger une preuve de majorité lors de la vente d'alcool, cela était facultatif auparavant. Une affiche normalisée qui rappelle cette interdiction doit d'ailleurs être apposée dans tous les débits de boissons. De plus, il est désormais interdit d'inciter quiconque, majeur ou non, consentent ou non, à la consommation excessive d'alcool dans le cadre de bizutage, il est également interdit d'offrir ou de vendre à un mineur tout objet incitant directement à la consommation excessive d'alcool.

- **Autres toxicomanies**

En 2014, selon le Baromètre santé de l'INPES, 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'usage au cours des 12 derniers mois concerne 11 % des 18-64 ans, et la proportion d'utilisateurs réguliers (c'est-à-dire au moins dix fois au cours des trente derniers jours) atteint globalement 3 %. Sur l'ensemble des 18-64 ans, l'expérimentation de cannabis est passée de 33 % à 42 % entre 2010 et 2011. L'usage au cours des 12 derniers mois a également augmenté de façon notable, passant de 8 % à 11 %, tout comme les usages réguliers (de 2,2 % à 3,1 %).

En revanche, ces évolutions de la consommation de cannabis ne trouvent pas vraiment écho dans l'étude de l'opinion des Français à l'égard de ce produit. Entre 2002 et 2012, la perception des Français sur la dangerosité du cannabis n'a pas évolué significativement.

Toujours selon le Baromètre santé de l'INPES, l'usage de cocaïne dans l'année parmi les 18-64 ans n'a pas significativement évolué entre 2010 (0,9 %) et 2014 (1,1 %). La proportion d'utilisateurs (dans l'année) d'ecstasy a augmenté de manière significative entre 2010 et 2014 (de 0,3 % à 0,9 %) et atteint ainsi son niveau maximal depuis une décennie. La consommation des autres drogues illicites reste marginale sur l'ensemble de la population des 18-64 ans.

Le premier plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives a été adopté le 19 septembre 2013.

²⁰ Au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête.

²¹ Au moins un usage par jour au cours des 30 derniers jours.

Le plan 2013-2017 repose sur trois grandes priorités :

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux
- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives

http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernement_al_drogues_2013-2017_df.pdf

La mise en œuvre de la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue est prévue par de la loi de modernisation de notre système de santé (articles 41; 42 et 43).

Parmi les mesures nouvelles, les salles de consommation à moindre risque (SCMR) qui visent à réduire les risques auxquels s'exposent les usagers de drogues. Il s'agit d'espaces où des toxicomanes majeurs, précarisés et en rupture avec le système de santé, sont accueillis pour venir consommer leurs substances psychoactives dans des conditions d'hygiène adaptées, avec du matériel stérile et sous supervision de personnels de santé.

Vaccination et surveillance épidémiologique

La politique vaccinale s'intègre dans la politique de lutte contre les maladies infectieuses. Elle tient compte de l'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale, des avancées techniques dans ce domaine, des recommandations de l'OMS et de l'organisation du système de santé.

En matière de lutte c. les hépatites B et C, un «*Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C*» fruit d'une démarche collective impulsée par la Ministre de la Santé et réalisée sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) a vu le jour en 2014.

Par les mesures qu'il met en avant, ce rapport se propose, selon trois axes:

- de relancer la prévention des hépatites B et C, jugée en retard sur plusieurs points (vaccination contre l'hépatite B notamment),
- d'articuler les étapes de la prise en charge des patients atteints d'hépatites B et C selon des parcours de soins et des stratégies thérapeutiques spécifiques qui leur sont propres,
- de soutenir, à tous les niveaux, les valeurs d'équité dans les soins par des mesures concrètes de lutte contre les inégalités sociales.

Accidents

La prévention des accidents de la vie courante (AcVC) repose sur des actions sur les comportements, les produits et l'environnement. Elle s'organise selon 3 axes :

- la communication à visée préventive ;

- le recueil de données épidémiologiques ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations, de normes et de réglementation.

Le bilan des actions ciblées:

1. Actions destinées à prévenir les accidents à l'intérieur des installations

- La loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 et ses textes d'application ont rendu obligatoire l'installation de détecteurs autonomes avertisseurs de fumée dans tous les lieux d'habitation avant le 8 mars 2015 ;
 - s'agissant de la prévention des risques liés aux installations électriques, deux arrêtés du 8 juillet 2008 définissent respectivement (1) le modèle et la méthode de réalisation de l'état de l'installation intérieure d'électricité dans les immeubles à usage d'habitation et (2) les critères de certification des compétences des personnes physiques réalisant l'état de l'installation intérieure d'électricité et les critères d'accréditation des organismes de certification ;
- la prévention des chutes des personnes âgées, la visite au domicile des personnes âgées et la mise en place de dispositifs d'alarme portables sont identifiées dans le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de 2015 et le Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie [PAERPA] notamment ;
- le carnet de santé comprend des recommandations dans le carnet de santé visant en particulier les accidents de la vie courante.

2. Actions destinées à prévenir les accidents à l'extérieur des installations

- l'incitation au port du casque et autres équipements de protection lors de pratiques sportives et de loisirs fait l'objet d'actions de communication régulières. Des outils sont disponibles auprès de l'agence nationale de santé publique (« protection rapprochée » pour les adolescents, « Faites porter un casque à vos enfants pour leur sécurité » par exemple).
- l'apprentissage de la natation en primaire est formalisé par une attestation « savoir nager » définie par décret du 09 juillet 2015 ;
- l'incitation au port de gilet de sauvetage est soutenue par la campagne « gilet de sauvetage » en particulier.

3. Actions transversales

- Le portail internet dédié aux accidents de la vie courante est disponible sur l'URL suivante : <http://www.stopauxaccidentsquotidiens.fr/>.

Des indicateurs de mortalité sont disponibles :

1. Décès après accident de la route

Sur la période 2011-2013, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants s'élèvent respectivement à 57 en métropole et 79 dans les DOM. En 2000, la mortalité à 30 jours était de 136,4 par million d'habitants.

2. Décès après accident de la vie courante

En 2010, le taux standardisé de décès par accident de la vie courante était de 28,8 / 100 000ha ; 68% de ces décès ont lieu chez les 75 ans et plus. Les chutes sont la cause de la moitié des décès (13 pour 100 000), suivies des suffocations (4,4), des intoxications (2,6), des noyades (1,6), et des incendies (0,8). Entre 2000 et 2010, les taux standardisés de mortalité par AcVC ont diminué de 2,2 % par an : - 3,0 % par chute, - 2,5 % par noyade. Les décès par intoxication ont augmenté de 3,4 % par an. Les décès par incendie et suffocation n'ont pas évolué.

Enfin, afin de renforcer leur prévention la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit dans le code la santé publique une définition des accidents de la vie courante :

Art. L. 1171-2.-Les accidents de la vie se définissent comme l'ensemble des traumatismes non intentionnels, à l'exception des accidents de circulation et des accidents du travail.

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.

Voir en pièce jointe le rapport détaillé sur l'application du code européen de sécurité sociale et de son protocole soumis par la France en septembre 2016.



RS 2016-09-23 29e partie prestations
rapport cess2016.doc chômage rapport cod

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.

Paragraphe 1– Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin

Niveau d'assistance, type de prestations et critères d'octroi

Le Comité a conclu que la situation de la France en 2012 n'était pas conforme à l'article 13§1 pour trois motifs :

- **Il n'est pas établi que le niveau d'assistance sociale soit suffisant**
- **les jeunes de moins de 25 ans dans le besoin n'ont pas tous droit à une assistance sociale.**
- **L'octroi du RSA aux ressortissants étrangers (hors ressortissants UE) titulaires d'un titre de séjour temporaire est subordonné à l'accomplissement d'une période de résidence de 5 ans sur le territoire français**

La prestation garantissant en France un revenu minimum est le Revenu de Solidarité Active (RSA) socle. Le montant du RSA socle est ajusté selon les ressources et la composition des foyers. Les montants sur lesquels se basent l'analyse ci-dessous sont ceux applicables à une personne seule sans ressource.

Sur l'insuffisance du niveau d'assistance sociale

Si la prestation de base reste en dessous du seuil de pauvreté monétaire (fixé en France à 60 % du revenu médian), des prestations complémentaires permettent

d'atteindre un revenu plus élevé. De surcroît, il faut tenir compte des droits connexes et aides sociales.

Premièrement : la prestation de base

Pour l'allocataire âgé de 25 à 65 ans, le RSA au taux applicable pour une personne seule se monte à 535,17 euros par mois depuis le 1^{er} septembre 2016, éventuellement diminué d'un abattement forfaitaire mensuel de 61,67 euros s'il est propriétaire de son logement sans charge de remboursement, ou s'il est logé gratuitement, ou bien s'il bénéficie d'une aide au logement.

Pour l'allocataire âgé de plus de 65 ans, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) d'un montant mensuel de 801 euros. D'autres minima sociaux existent pour certaines situations particulières : l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), etc. A toute fin utile, une comparaison de ces minima figure sur le site du MISSOC.

Deuxièmement : les prestations complémentaires

Les aides au logement comprennent trois prestations distinctes dont le montant varie en fonction de plusieurs paramètres. Le montant moyen de chacune de ces prestations est donné à titre indicatif dans le tableau ci-dessous :

Aide au logement	Montant moyen mensuel pour les locataires
Aide personnelle au logement (APL)	231 euros
Aide de logement familiale (ALF)	309 euros
Aide de logement sociale (ALS)	189 euros

En tenant compte de la prestation de base et des prestations complémentaires, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de juin 2015 montre que les allocataires du RSA socle non majoré disposent d'un revenu médian de 740 euros par mois (820 euros pour les bénéficiaires du RSA socle majoré).

Troisièmement : des droits connexes accordés uniformément sur l'ensemble du territoire

Les bénéficiaires du RSA disposent de plusieurs droits connexes.

CMU-c	Les allocataires du RSA dont les ressources n'excèdent pas le montant forfaitaire bénéficient d'une présomption de droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).
Réduction sociale téléphonique	Les bénéficiaires du RSA ont droit à la réduction tarifaire du service public universel téléphonique lorsque leurs

	ressources sont inférieures au montant forfaitaire applicable au foyer (présence d'une part de RSA « socle » majoré ou non), d'après le décret n° 2010-760 du 6 juillet 2010.
« Prime de Noël »	Depuis 1998, une aide exceptionnelle de fin d'année (la « prime de Noël ») est accordée par l'Etat aux bénéficiaires de minima sociaux dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire applicable au foyer. Son montant, d'environ 152 euros pour un foyer composé d'une personne seule en décembre 2015, varie en fonction de la composition du foyer (barème spécifique pour Mayotte).
Aide juridictionnelle	Les bénéficiaires du RSA sont dispensés de justifier de l'insuffisance de leurs ressources lorsqu'ils sollicitaient le bénéfice de cette aide (loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit), dans la mesure où leurs ressources sont inférieures au montant forfaitaire applicable au foyer.
Tarif de première nécessité (TPN) électricité, Tarif spécial de solidarité (TSS) pour le gaz	<p>TPN : les personnes bénéficiaires de la CMU-c, ainsi que les personnes à bas revenu (sur la base de leur revenu fiscal de référence, au-dessous d'un certain seuil) bénéficient d'une réduction forfaitaire de 71 à 140 euros par an sur leur facture d'électricité, en fonction de la composition de leur foyer et de la puissance d'électricité souscrite.</p> <p>TSS : cette aide est accordée sur le même principe que la précédente. Le montant de la réduction varie selon la composition du foyer et le niveau de consommation, ainsi que selon que les contrats de fourniture de gaz soient individuels ou collectifs en copropriété. Pour une personne seule en contrat individuel, le montant va de 23 à 123 euros par an.</p> <p>Le chèque énergie qui a commencé à être expérimenté dans certains départements français à compter du 1^{er} janvier 2016 a vocation à remplacer les aides ci-dessus à partir de 2018.</p>

Les dégrèvements totaux de la taxe d'habitation et de la redevance audiovisuelle sont également applicables aux bénéficiaires du RSA.

Le cumul de l'ensemble de ces dispositifs permet d'atteindre un niveau de vie proche du seuil de pauvreté tel que défini par le Comité européen des droits sociaux (50% du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté déterminé par Eurostat, estimé à 883 euros en 2014).

À cette estimation, il conviendrait encore de rajouter les aides sociales facultatives accordées par les collectivités locales. Les communes, conseils départementaux et régionaux peuvent en effet agir par le biais de multiples dispositifs dont les tarifs spéciaux pour les transports, les cantines scolaires, les centres aérés, les équipements publics culturels, sportifs ou de loisirs, les bons d'achat, les aides aux vacances, les aides en nature. Cependant, ces dispositifs diffèrent d'un point à l'autre du territoire, et il n'est donc pas possible de produire de statistique moyenne significative.

Sur la limite d'âge à 25 ans pour l'octroi du RSA

Les personnes de moins de 25 ans bénéficient du RSA si elles sont membres d'un foyer qui remplit certaines conditions. C'est en particulier le cas pour les personnes en couple avec une personne de plus de 25 ans et dont les ressources se situent sous le plafond général fixé pour bénéficier de cette prestation. C'est également le cas pour les personnes de moins de 25 ans ayant la charge d'un enfant né ou à naître, et ce dans les mêmes conditions que les allocataires de plus de 25 ans.

Il existe également deux dispositifs complémentaires pour venir en aide aux jeunes de moins de 25 ans qui ne sont pas éligibles au RSA.

- Les jeunes de moins de 25 ans, y compris les chômeurs et les étudiants, peuvent bénéficier du RSA à condition de justifier d'une période d'activité minimale. L'extension du dispositif aux départements d'outre-mer (hors Mayotte) s'est faite concomitamment à la généralisation du RSA (1^{er} janvier 2011). La prise en charge financière du RSA jeunes est assurée par l'État, à titre dérogatoire (le RSA étant, pour le reste, financé par les départements), via le fonds national des solidarités actives (FNSA). En juin 2015, 7710 jeunes de moins de 25 ans étaient allocataires du RSA Jeunes.
- La Garantie Jeunes s'adresse aux jeunes âgés de 16 à 25 ans révolus en grande précarité et qui ne sont ni en emploi, ni en formation, ni en stage (les « NEET »). Avec ce dispositif, le bénéficiaire peut désormais s'inscrire dans un parcours actif d'insertion professionnelle grâce à l'engagement, des pouvoirs publics et de leurs partenaires, à l'accompagner pour déceler les opportunités d'emploi et en lui apportant un soutien financier indispensable à son insertion. Encadré par un conseiller de la mission locale, le bénéficiaire va construire un parcours intensif d'accès à l'emploi et à la formation. Il bénéficie pendant un an d'un accompagnement intensif pour le préparer à l'univers de l'entreprise, d'immersions régulières en entreprise, et d'une aide financière de 461,72 euros mensuels pour faciliter ses démarches d'accès à l'emploi. Cette aide est dégressive au fur et à mesure qu'il perçoit des revenus de ses activités.

La Garantie Jeunes a d'abord été mise en place de manière pilote dans 10 territoires (urbains comme ruraux) retenus pour une première vague de test qui a débuté à l'automne 2013, concernant 10 000 jeunes. Elle est généralisée par étapes, la généralisation complète étant attendue pour 2017. En décembre 2015, 46.000 jeunes en bénéficiaient.

Enfin, la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi a institué la prime d'activité, qui remplace l'ancien RSA activité et la prime pour l'emploi depuis le 1^{er} janvier 2016. Financée par l'État, la prime d'activité est un complément de revenus pour les travailleurs aux revenus modestes. Elle prend la suite du RSA activité, avec un barème identique au lancement de la prestation. Cependant, les jeunes de 18 à 24 ans y sont maintenant éligibles.

Cette prime permet d'encourager **l'activité et de soutenir le pouvoir d'achat des travailleurs gagnant moins de 1500 euros par mois** (pour un célibataire). Les étudiants et les apprentis de plus de 18 ans peuvent également y avoir droit s'ils

justifient, dans le trimestre concerné, de revenus d'activité suffisants (salaire mensuel au moins égal à 893,25 euros).

Au 20 avril 2016, on compte plus de 2,3 millions de foyers, représentant plus de 3,8 millions de personnes bénéficiaires du dispositif. La prévision initiale de 2 millions de ménages est donc déjà dépassée. La prime constitue également **un droit nouveau pour les jeunes, qui sont nombreux à la recevoir** : 400 000 personnes de moins de 25 ans, contre 200 000 initialement prévus.

Sur la période de résidence de cinq ans requise pour les étrangers non communautaires

Les ressortissants étrangers hors UE restent soumis, pour l'accès au RSA, à une condition de résidence préalable et régulière de cinq ans sous couvert d'un titre de séjour autorisant le travail.

Le RSA poursuit en effet plusieurs objectifs, notamment ceux « *d'offrir des moyens convenables d'existence à toute personne privée de ressources* », « *d'offrir à chacun un accompagnement social et professionnel performant pour accroître ses perspectives d'insertion* », et encore « *de compléter les ressources des personnes reprenant une activité pour réduire la pauvreté au sein de la population active occupée* ». Le RSA comporte donc un objectif d'insertion professionnelle des bénéficiaires. C'est pour cette raison que son obtention est conditionnée à la détention d'un titre de séjour donnant autorisation de travailler. C'est également pour cette raison que, son efficacité supposant une certaine stabilité sur le territoire, son obtention reste conditionnée à des preuves d'installation durable concernant les étrangers non citoyens de l'Union européenne.

Le Comité a déjà noté que la loi prévoit plusieurs exceptions : la condition de résidence préalable n'est pas opposable aux réfugiés, aux apatrides, aux étrangers titulaires d'une carte de résident ou d'un titre de séjour conférant des droits équivalents, ou encore aux personnes remplissant les conditions pour prétendre à l'allocation de parent isolé, qui est intégrée dans le RSA.

La condition de résidence préalable se fonde donc sur une justification objective, en rapport direct avec l'objectif poursuivi par la loi.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le comité demande des informations à jour sur la réforme de la procédure devant les juridictions spécialisées en matière sociale.

La réforme en cours n'est pas encore définitivement adoptée par le Parlement. Les informations ci-dessous sont donc à prendre en compte sous réserve.

Le projet de loi prévoit de supprimer les commissions départementales d'aide sociale (CDAS) et la commission centrale d'aide sociale (CCAS), leurs contentieux devant être transférés aux juges judiciaires au sein des futurs pôles sociaux des tribunaux de grande instance, et aux juges administratifs (tribunaux administratifs). Plus précisément, le juge judiciaire se verrait attribuer la compétence concernant le contentieux général et technique de la sécurité sociale (y compris concernant la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-c), et le contentieux de

l'admission à l'aide sociale. Il connaîtrait aussi des contestations formées contre les décisions relatives à l'allocation différentielle aux adultes handicapés, à la prestation de compensation accordée aux personnes handicapées, et aux recours exercés par l'Etat ou le département en présence d'obligés alimentaires.

Aucun élément nouveau concernant les paragraphes 2 ; 3 et 4 relatifs respectivement à la « *non discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques* » ; à la « *prévention, abolition ou allègement de l'état de besoin* » et à l' « *assistance d'urgence spécifique aux non résidents* » pour lesquels le comité a constaté que la situation était conforme à la charte sociale européenne.

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.

Paragraphe 1- Encouragement ou organisation des services sociaux

Accès égal et effectif

Le comité demande que le rapport énumère les services qui peuvent faire l'objet d'une tarification et quel est le tarif moyen demandé aux usagers

La question du comité manque de clarté.

Les services sociaux accueillent, orientent, informent et accompagnent dans leurs démarches toutes personnes rencontrant des difficultés. Ces services sont gratuits.

Les aides sociales sont multiples et celles qui entraînent une participation financière (ex. cantines scolaires, garde d'enfant, aide à la personne...), relèvent pour la plupart de collectivités, donc il n'y a pas de tarification de référence au niveau national. Par ailleurs, elles dépendent en général des revenus des personnes.

Paragraphe 2- Participation du public à la création et au maintien des services sociaux

Le comité demande que le rapport dresse un bilan de l'efficacité des dispositifs d'implication des allocataires dans le fonctionnement et l'évaluation du RSA.

L'implication des allocataires dans le fonctionnement du RSA :

La loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA a prévu une implication réelle des allocataires dans son fonctionnement. Elle prévoit, dans l'article L. 262-39 du code de l'action sociale et des familles, que les conseils départementaux constituent des équipes pluridisciplinaires composées de professionnels de l'insertion sociale et professionnelle, de représentants du département en tant qu'autorité gestionnaire de l'aide sociale, et de représentants des bénéficiaires du RSA.

Ces équipes sont consultées préalablement aux décisions de réorientation des allocataires vers les organismes d'insertion sociale ou professionnelle, et aux décisions de réduction ou de suspension du RSA (en cas de sanction). Dans le cas de la suspension du RSA, les allocataires ont par exemple le droit de faire connaître leurs observations aux équipes, en se faisant assister, à leur demande, d'une personne de leur choix.

L'implication des allocataires dans l'évaluation et les réformes du RSA :

Dans le cadre de l'évaluation générale du dispositif RSA et de ses réformes, les allocataires sont également impliqués. C'est notamment l'objet du collège des personnes en situation de pauvreté et de précarité (8^{ème} collège) du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), créé à titre expérimental en 2012 et pérennisé par le décret du 17 décembre 2013 (voir également la réponse formulée pour l'article 30 de la Convention, aux pages 19 à 21 du présent document).

Le CNLE a publié, le 10 octobre 2013, un avis sur le projet de réforme des dispositifs de soutien aux revenus d'activité modestes, y compris l'évaluation du RSA activité. Le CNLE dispose également de groupes de travail dédiés au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, dont l'un est plus particulièrement en charge de la question des minima sociaux. Le 8^{ème} collège peut, à l'occasion, être saisi pour des consultations spécifiques. Ainsi, le 30 octobre 2015, a eu lieu une audition *ad hoc* par le député Christophe Sirugue, chargé d'une mission relative à la réforme des minima sociaux en vue d'une plus grande équité, d'une diminution du non recours et d'une efficacité accrue.

D'autres consultations *ad hoc* ont également permis de compléter l'implication des allocataires dans l'évaluation du RSA. Les travaux qui ont abouti à la création de la prime d'activité par le Titre IV de la loi du 17 août 2015 (voir plus de précisions sur ce dispositif dans notre réponse aux demandes du comité concernant l'article 13§1) ont ainsi comporté une journée de travail, en avril 2013, avec un panel d'usagers de minima sociaux constitué pour recueillir un avis sur de possibles améliorations des dispositions en vigueur. La constitution de ce panel avait été demandée par le député Christophe Sirugue, à l'époque chargé par le Premier ministre de réfléchir à la fusion du RSA activité et de la prime pour l'emploi. Le panel se composait de membres du 8^{ème} collège du CNLE ainsi que d'associations compétentes : le Secours catholique, l'Armée du salut, ATD Quart-Monde et l'Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA).

Le comité demande des informations sur la nature et le champ des évaluations internes et externes des établissements et services sociaux et médico-sociaux prévues par la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Les obligations d'évaluation interne

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), tels que définis à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, sont tenus par l'article L. 312-8 du même code de procéder à l'évaluation interne de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées selon les catégories d'établissements ou de services. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré leur autorisation.

Les obligations d'évaluation externe

Les établissements et services font également procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé

par décret. La liste de ces organismes est établie par décret, sur la base d'une liste établie par l'ANESM (voire ci-dessous). Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Les établissements et services sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par l'ANESM.

Le cadre et le contenu de l'évaluation externe sont précisés dans l'annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles, consultable grâce au lien mentionné en note. Les éléments qu'elle comporte sont également applicables à l'évaluation interne :

- une appréciation globale du fonctionnement de l'ESSMS (adéquation des objectifs du projet d'établissement, cohérence des objectifs, adaptation aux moyens humains et financiers, existence et pertinence des dispositifs de suivi, appréciation sur l'atteinte des objectifs et sur l'impact des pratiques, conditions d'efficacité des actions) ;
- examen de certaines thématiques spécifiques (notamment : qualité des prestations au regard des droits des usagers, capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes, enjeu de la personnalisation et l'écoute et des réponses téléphoniques, condition d'élaboration du projet personnalisé, efficacité du projet de l'établissement sur l'accès et le recours aux droits, réponse aux attentes exprimées par les usagers, prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte, capacité à assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions, respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, capacité à mettre en œuvre des dispositifs d'alerte et de formation mesurant la fatigue professionnelle, inscription dans un territoire donné) ;
- les évaluations doivent également permettre d'élaborer des propositions et préconisations ;
- en outre, l'évaluation externe examine les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne.

En outre, le comité demande si l'ANESM, qui est responsable de l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation externe, vérifie la qualité des évaluations internes

L'agence a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, pour accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation aussi bien interne qu'externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002. L'Agence a succédé au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

- évaluations internes : Les missions de l'ANESM sont directement issues des obligations faites aux ESSMS qui sont tenus de mettre en place une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Les évaluations se conduisent, selon l'article L 312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques validées ou élaborées par l'Agence.
- évaluations externes : Les établissements et services doivent rendre compte tous les 5 ans aux conseils départementaux et/ou à l'État, et sont tenus de faire procéder à des évaluations externes par un organisme habilité par l'Agence. La deuxième mission de l'ANESM consiste donc à habilitier des organismes extérieurs qui procéderont à l'évaluation externe à laquelle sont soumis les ESSMS.

L'Agence fournit ainsi aux ESSMS les conditions pour que l'évaluation interne comme externe de leurs activités et de la qualité de leurs prestations soit mise en œuvre et que les autorités qui les ont autorisées soient destinataires de ces résultats. Ce dispositif est par ailleurs directement connecté à la décision de renouvellement de l'autorisation de l'établissement ou du service. En effet, l'article L 313-1 du CASF précise que cette décision de renouvellement est exclusivement subordonnée aux résultats de l'évaluation externe réalisée par un organisme habilité par l'Agence, selon un cahier des charges défini par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007.

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.

Cadre législatif

Le comité demande des précisions sur la mise en œuvre concrète du cadre antidiscriminatoire en France (action du DDD notamment).

Concernant le Défenseur des droits, le rapport annuel, qui cite des exemples, indique que 6.9% des réclamations traitées dans le domaine de la lutte contre les discriminations relèvent des discriminations fondées sur l'âge (sur un total de 4846 réclamations). Pour autant, tous ces cas ne concernent pas nécessairement des personnes âgées.

Le comité demande des informations sur l'existence d'une procédure légale d'assistance à la prise de décision pour les personnes âgées

Différentes possibilités existent pour protéger les personnes âgées des personnes mal intentionnées ou éventuellement les protéger d'elles-mêmes, du fait de l'altération de leur vulnérabilité.

- La procuration: *pour gérer l'argent de la personne âgée au quotidien, la procuration peut rendre service. Elle peut être modulée et se limiter à certains comptes bancaires ou certaines opérations.*

- Le mandat de protection future : *Il s'agit d'un contrat par lequel une personne peut fixer par avance les modalités de sa protection, pour le cas où elle perdrait les facultés lui permettant de veiller à ses intérêts.*
- La sauvegarde de justice : *Cette procédure permet de protéger la personne âgée pour une courte durée. Ordonnée par le Juge des Tutelles, la sauvegarde de justice est une mesure d'urgence immédiate, souple et généralement de courte durée.*
- La curatelle, un régime intermédiaire : *il s'agit d'un régime de protection juridique légère, dont le degré de protection est inférieur à celui d'une tutelle. Ce régime s'applique à des personnes qui, sans être hors d'état d'agir elles-mêmes, ont besoin d'être assistées, conseillées ou contrôlées dans les actes de la vie civile.*
- *La tutelle en cas d'incapacité totale.*

Ressources suffisantes

Le comité demande des informations sur les mesures prises pour remédier à la situation des personnes de plus de 65 ans ayant un revenu inférieur à 40% du revenu médian.

Comme il a été expliqué dans le rapport précédent, le minimum vieillesse garantit un niveau de ressources minimal aux personnes âgées. Il existe deux types de minimum :

- Le minimum contributif : il s'agit d'un niveau de pension minimum fixé à 687 euros.
- Le minimum non-contributif ou ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) : l'ASPA est une allocation qui permet d'assurer un niveau minimum de ressources. Elle est servie en complément de ressources de l'assuré (pensions et autres) ou pas. Au 31/10/2015, le montant moyen était de 355 euros et le montant maximum de 801 euros.

Le seuil de pauvreté à 40% du revenu médian était de 672 euros en 2014.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le comité demande des informations sur la mise en œuvre pratique des programmes et outils d'auto-évaluation de la bientraitance, du programme MobiQual pour la mobilisation et l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.

Les outils d'évaluation de la bientraitance

Un système d'information dédié et sécurisé permet d'établir une analyse quantitative et qualitative des signalements recueillis au numéro national d'écoute et d'aide, le 39 77, pour répondre aux situations de maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées adultes, vivant à domicile ou en établissement. Afin d'améliorer la connaissance du phénomène et des actions préventives à conduire, un rapport d'activité de ce dispositif est réalisé chaque année. Au 1er janvier 2015, 80 % des départements bénéficient de ces relais de proximité. L'ensemble du territoire national devrait être couvert au 1^{er} janvier 2017 au plus tard.

Des programmes pluriannuels d'inspection en vue du repérage des risques de maltraitance dans les établissements médico-sociaux sont mis en œuvre par les services de l'Etat. Le programme en cours a été défini pour la période 2013-2017. Il cible plus particulièrement les structures et activités à risque ou ayant fait l'objet de réclamations ou de signalements, afin de remédier aux dysfonctionnements, de sanctionner les abus, mais aussi d'accompagner les évolutions nécessaires. Ainsi, ces dix dernières années, ce sont 9 000 établissements hébergeant des personnes âgées et des personnes handicapées (enfants et adultes) qui ont fait l'objet de ces contrôles ciblés.

Le programme MobiQual pour la Mobilisation et pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles

Ce programme propose des outils scientifiques et pédagogiques de référence sur les thématiques gériatriques et gérontologiques essentielles aux fins d'information, de sensibilisation et de formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, en établissement comme à domicile. Sept thématiques sont disponibles pour les établissements : douleur, soins palliatifs, dépression, bientraitance, nutrition, Alzheimer, risques infectieux. Trois d'entre elles sont adaptées au secteur du domicile : douleur, soins palliatifs, bientraitance.

Améliorer la détection et le signalement des situations de maltraitance permet de faciliter la révélation des faits en vue d'une intervention rapide des services de l'Etat pour protéger les plus vulnérables. L'analyse de ces signalements contribue à développer la connaissance du phénomène.

Depuis le 1er juin 2013, un modèle unique de dossier est utilisé pour les demandes d'admission en EHPAD sur l'ensemble du territoire national, que ce soit pour les informations administratives ou les informations médicales. Grâce à ce dossier unique d'admission, les démarches pour les familles et les proches sont facilitées. En effet, ce même dossier peut être présenté dans plusieurs établissements, permettant un gain de temps précieux. Chaque année, ce sont environ 225 000 admissions qui peuvent bénéficier de cette simplification.

Pour garantir un accès aux services à domicile sur l'ensemble du territoire, le régime juridique du secteur est simplifié et unifié sur celui de l'autorisation pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en mode prestataire auprès des publics fragiles. Cela permet d'inscrire les services dans un seul cadre réglementaire, celui du code de l'action sociale et des familles, et de positionner le département comme l'acteur impulsant la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile.

Services et facilités

Mise à jour du précédent rapport sur les initiatives visant à permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible dans leur propre domicile, sur le plan « Bien Vieillir » et le label « Bien Vieillir-Vivre Ensemble »

Afin de repérer et de combattre les premiers facteurs de risque de la perte d'autonomie, la France mène une politique de prévention, avec un accès facilité aux aides techniques et aux actions collectives. Des moyens financiers sont dédiés à une

politique de mobilisation contre l'isolement, une meilleure nutrition, un meilleur usage du médicament, des réponses sanitaires mieux adaptées, et des actions de prévention du suicide.

La prise en charge de la perte d'autonomie est un droit universel

L'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que « *toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* ». L'aide est accordée à toute personne de plus de 60 ans en perte d'autonomie, conformément à la classification des niveaux de perte d'autonomie.

- dans un contexte où le nombre de personnes âgées très dépendantes augmente régulièrement, la France a par exemple consacré en 2014 un effort important de 8,8 milliards d'euros pour financer les soins de longue durée dispensés aux personnes âgées hébergées en établissement.
- dans cette situation économique et organisationnelle complexe, la loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a renforcé la définition partenariale des projets de service et le dialogue de gestion entre les services d'aide à domicile et les départements, en définissant les clauses obligatoires des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre ceux-ci. En contrepartie de leurs engagements, les responsables de structures bénéficient d'une visibilité pluriannuelle sur le niveau ou l'évolution des dotations, ainsi que d'une souplesse et d'une autonomie de gestion plus importante.
- de même, les CPOM définissent la participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux ainsi que des objectifs de qualification professionnelle des intervenants : ils permettent de déployer au niveau des départements les objectifs du plan pour les métiers de l'autonomie qui prévoit une politique globale et cohérente visant à rendre ces métiers plus attractifs.

Le fonds de restructuration de l'aide à domicile

Ce fonds a pour objectif de soutenir financièrement le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile en difficulté économique, souvent engagé dans des plans de restructuration. Depuis 2012, ce sont 130 millions d'euros qui ont été mobilisés pour soutenir près de 1 600 services. 25 Millions d'euros sont mobilisés pour l'année 2016.

- ce fonds s'accompagne d'une contractualisation avec les services bénéficiaires sur des objectifs de retour à l'équilibre et inciter à des regroupements et à la mutualisation. Cela a contribué à la professionnalisation du secteur et à l'engagement des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans les activités de prévention.
- des actions de soutien aux professionnels ont été engagées à travers un plan de modernisation des services à domicile. Le soutien au développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) est bénéfique

pour tous : les aidants, les équipes de terrain pour moins de solitude, les gestionnaires, les financeurs.

- l'accompagnement à domicile est renforcé notamment avec la revalorisation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui génère un surcroît d'activité pour ces services. Le nombre d'heures d'aide à domicile est accru pour les personnes âgées qui en ont le plus besoin. La participation financière (le « ticket modérateur ») est réduite.

Le Plan pour les métiers de l'autonomie, lancé le 27 mars 2014 :

Ce Plan a trois objectifs : favoriser et accompagner le développement des métiers de l'autonomie, engager un effort de création d'emplois dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées et handicapées et améliorer les conditions de travail, lutter contre la précarité des professionnels de l'autonomie, et mieux accompagner les parcours professionnels.

L'accord pour l'engagement et le développement des compétences « Autonomie » (EDEC) :

Cet accord, soutenu financièrement à hauteur d'1,8 millions d'euros par l'État, a également été signé par l'ensemble des grandes organisations professionnelles de l'Autonomie et les quatre organisations syndicales représentatives au niveau national. Une enveloppe de 11,5 millions d'euros déléguée aux Agences régionales de santé (ARS) en 2015 vient soutenir le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Le renforcement des fonctions de coordination et d'animation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) :

Par la loi n°2005-102 du 11 février 2015, la CNSA a reçu de nouvelles compétences de prévention, d'appui méthodologique ou d'information du public qui améliorent la coordination et le pilotage des politiques de l'autonomie. Il s'agit notamment de renforcer la mise à disposition d'informations relatives aux droits et services pour les personnes âgées, les personnes handicapées ainsi que leurs familles, de faire remonter les informations relatives à la satisfaction des usagers des maisons départementales des personnes handicapées, afin d'améliorer le service rendu par ces organismes, et de renforcer la cohérence et donc l'efficacité des politiques de l'autonomie (renforcement de l'appui méthodologique de la CNSA auprès d'eux). En matière de prévention, la Caisse conclut des conventions avec les départements sur l'utilisation des crédits de prévention.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 et la coordination des initiatives

La loi instaure une conférence des financeurs de la perte d'autonomie qui, rassemble les principaux financeurs intervenant dans ce domaine au niveau du département, et les charge de coordonner les interventions en adoptant une programmation commune de leurs actions. La loi facilite les échanges d'informations entre les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer rebaptisées, dans un souci de clarté, méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).

Sur la mise à jour des données sur les dépenses d'intervention d'action sociale de la CNAV, dont celle « d'aide au maintien à domicile » et le nombre de bénéficiaires d'une aide ménagère à domicile, ainsi que le nombre de bénéficiaires de l'APA

En 2014, 758 000 prestations à domicile ont été allouées aux personnes âgées. Le nombre de personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), estimé à 1 249 000, a progressé de 1% en 2014. L'APA en établissement est versée à 511 000 personnes âgées. Parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, 59% sont modérément dépendants. Sur ce point, l'APA relève d'une politique de prévention. Une décennie après sa création, l'APA constitue un indéniable succès. Selon des projections réalisées en 2011, le nombre de bénéficiaires de l'APA passerait à 1,5 million en 2025, 2 millions en 2040 et 2,3 millions en 2060. Par niveau de dépendance, la variation la plus importante concernera les niveaux de dépendance modérée qui représenteront, selon les hypothèses, entre 1 et 2 millions de bénéficiaires en 2060.

Concernant la participation financière des bénéficiaires de l'allocation, les personnes éligibles à l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA - minimum vieillesse) sont exonérées de toute participation financière. Au global, la quasi-totalité des bénéficiaires de l'APA à domicile profitera d'une baisse substantielle de leur reste à charge. Par exemple, pour une personne en Groupe Iso ressource (GIR) disposant de 1 500 euros de revenus mensuels, le reste à charge passera de 400 à 250 euros, soit une économie de 1 800 euros par an. Les allocataires bénéficieront d'une augmentation importante du nombre d'heures d'aide à domicile grâce à une augmentation du plafond national appliqué à l'APA. Enfin, l'utilisation de l'allocation sera simplifiée, soit par le biais du versement direct au service d'aide et d'accompagnement à domicile ou à l'organisme qui fournit l'aide technique, soit par l'emploi du chèque emploi-service universel.

Logement

Sur la mise à jour du précédent rapport concernant les évolutions et modernisations des EHPAD, les actions de l'ANAH pour l'adaptation des logements à la perte d'autonomie, le programme « habiter mieux », les actions du Centre d'expertise national habitat

❖ Le développement du logement intermédiaire

Ce type de logement, dont les logements foyers ou « résidences autonomie », a vocation à être développé pour contribuer à la prévention de la perte d'autonomie. La gestion est simplifiée et les prestations sociales attendues dans ces structures seront fixées par décrets (restauration, blanchisserie, prévention...).

Ces structures bénéficieront d'une aide financière, « le forfait autonomie », qui financera des actions de prévention de la perte d'autonomie permettant notamment de repérer de façon précoce les personnes les plus vulnérables (actions collectives (relatives à la nutrition, la mémoire, le lien social...)). Il permettra de recourir à des professionnels formés à l'accompagnement de publics fragiles. Chaque année, 40 millions d'euros sont prévus au financement de ce forfait.

Une aide à l'investissement pour les travaux de modernisation des résidences autonomie est également prévue. Cette aide permettra de baisser le montant des emprunts et de minimiser l'impact sur le montant des redevances des résidents. Cet investissement inédit de l'État est d'un montant de 40 millions d'euros. Il vient en complément des 10 millions déjà dégagés à cet effet en 2014.

❖ **Le Plan national d'adaptation des logements à la perte d'autonomie**

Ce plan prévoit la rénovation d'ici à 2017 de 80 000 logements privés, avec la collaboration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH). Dès 2015, 20 millions d'euros ont été attribués à l'ANAH dans le cadre de ce plan. Avec la garantie du financement d'un plan autonomie géré par l'ANAH pour l'adaptation de ces 80 000 logements privés à hauteur de 40 millions d'euros, dépensés sur deux ans, le fond de garantie du microcrédit de 4 millions d'euros et enfin le plan d'aide à l'investissement dans les résidences autonomie de 40 millions d'euros sur deux ans, c'est au total 84 millions d'euros qui seront engagés à ce titre.

Soins de santé

Les suites du Plan solidarité grand âge (PSGA 2007-2012) et du Plan Alzheimer

Les troubles neurodégénératifs et la maladie d'Alzheimer en particulier concernent un nombre croissant de personnes âgées et sont la première cause d'entrée en EHPAD. Aujourd'hui, en France, plus de 850 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, plus de 150 000 sont touchées par la maladie de Parkinson et plus de 85 000 par la sclérose en plaques.

Les avancées du troisième plan Alzheimer (2008-2012) :

Le plan a permis l'adoption de mesures cohérentes avec un spectre très large et une communication adaptée, au service des malades et de leurs familles. De nombreuses études montrent que le maintien à domicile des personnes âgées dépend largement de la présence à leur côté d'aidants non professionnels (conjoint ou enfants la plupart du temps). Une des mesures de ce plan Alzheimer a consisté à fournir une formation à ces aidants.

Le plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019 :

Ce plan concerne l'ensemble des malades atteints d'Alzheimer, de Parkinson, de sclérose en plaques et est élargi à l'ensemble des maladies neurodégénératives. Les orientations et mesures de ce plan s'inscrivent dans la Stratégie nationale de santé et la Stratégie nationale de recherche. Elles s'appuient sur les travaux conduits dans le champ du handicap et sur les avancées permises par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et la loi relative à la santé. Ce plan est un socle commun dans la lutte contre les maladies neurodégénératives, tout en prenant en compte les spécificités de chaque maladie. Issu d'une large concertation avec les acteurs du secteur, ce plan comprend trois grandes priorités :

- améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades ;
- assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants ;

- développer et coordonner la recherche.

La liberté de choix entre le maintien à domicile avec une aide adaptée ou l'accueil dans un établissement est essentielle au respect des droits fondamentaux des personnes et du « projet de vie » de la personne âgée bénéficiaire des dispositifs d'aide et d'actions sociales. Des garanties nouvelles ont été apportées par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement s'agissant du recueil du consentement dans le cadre de la procédure d'admission en maison de retraite, en permettant aux personnes âgées de désigner une personne de confiance dans le cas où elles rencontreraient des difficultés dans la connaissance et la compréhension de leurs droits. Ces garanties comportent :

- un entretien réunissant, à l'occasion de la conclusion du contrat de séjour, la personne intéressée et le directeur de l'établissement, afin de s'assurer du consentement de la personne à être accueillie dans la structure d'hébergement ;
- la faculté de désigner une personne de confiance, chargée, si la personne majeure le souhaite, de l'accompagner dans ses démarches et de l'aider dans ses décisions relatives à sa prise en charge. La personne de confiance est consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits ;
- l'interdiction pour toute personne intervenant au domicile de bénéficiaire de dons, legs ou avantages financiers au-delà des cadeaux d'usage, et la possibilité, dans le cadre d'un mandat de protection future, de désigner la ou les personnes que le bénéficiaire souhaite voir chargé(es) de veiller sur lui et sur son patrimoine le jour où elle ne sera plus dans la capacité de le faire ;
- l'obligation que les mesures visant à garantir l'intégrité physique et la sécurité des personnes soient strictement nécessaires et proportionnées à leur état physique, et s'inscrivent dans la lignée des objectifs de la prise en charge individuelle.

Soins en institutions

Mise à jour des données concernant le nombre d'EHPAD et les places offertes. Informations sur le contrôle assuré par les ARS de la garantie des soins et du bien-être des personnes âgées prises en charge en institution

❖ Les réalisations en 2015

En 2015, 7 208 places ont été installées pour un montant de 90,2 millions d'euros (hors les Pôles d'activités et soins adaptés en maison de retraite (PASA) et les plateformes d'accompagnement et de répit non comptabilisées en places).

❖ L'évolution de l'offre depuis 2005 :

Depuis 2005, l'offre médico-sociale pour personnes âgées a fortement augmenté (+84 % entre 2005 et 2014). Fin 2015, on dénombrait plus de 720 400 places en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en France :

- 575 262 places en hébergement permanent (HP)
- 10 861 places en hébergement temporaire (HT)
- 13 969 places d'accueils de jour (AJ)
- 119 095 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- 1 286 places en unité d'hébergement renforcé (UHR).

Cela représente un peu plus de 117 places d'établissement ou de service médico-social pour personnes âgées pour 1000 personnes de plus de 75 ans. D'un département à l'autre, l'offre varie de 54 places à 194 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans. Ces taux d'équipement doivent être mis en relation avec les autres prestations en faveur des personnes âgées, tels que les actes infirmiers de soins ou la prise en charge en unité de soins longue durée. Certains départements peu équipés en structures médico-sociales bénéficient par exemple d'une présence d'infirmiers libéraux importante.

Les prévisions d'évolution d'ici 2020 :

Les agences régionales de santé (ARS) ont prévu d'installer 23 222 places sur la période 2016-2020, dont plus des trois quarts d'ici fin 2017. Cela représentera 285,7 millions d'euros. Les prévisions d'installation concernent en majorité des places d'hébergement permanent : 15 831 places, soit 68 % des places prévues, pour 71 % des crédits. Cette programmation suit un rythme suffisamment élevé pour faire face à la croissance du nombre de personnes âgées jusque 2018.

Focus sur le Plan solidarité grand âge (PSGA) :

Depuis 2007, la Caisse nationale de solidarité active (CNSA) a notifié 846,5 millions d'euros pour la création de 85 622 places en faveur des personnes âgées pour la mise en œuvre du plan Solidarité grand âge (PSGA).

Au 31 décembre 2015, 79 128 places étaient autorisées : pour ces autorisations, 791,8 millions d'euros ont été engagés par les ARS et **69 068 places étaient installées**. On comptabilisait ainsi au 31 décembre 2015 :

- 35 015 places d'EHPAD ;
- 6 653 places d'accueil de jour ;
- 4 027 places en hébergement temporaire ;
- 23 373 places de SSIAD.

1 517 places ont été livrées en 2015 grâce aux crédits et PSGA et 14 014 places supplémentaires ouvriront entre 2016 et 2020.

Focus sur le plan Alzheimer 2008-2012 et le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019 :

La CNSA a notifié 273 millions d'euros aux agences régionales de santé pour la création de 8 340 places, ainsi que des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012. Au 31 décembre 2015 :

- 221,6 millions d'euros étaient engagés par les ARS ;

- **6 398 places étaient installées.** Elles se répartissaient ainsi : 1 544 places d'unités d'hébergement renforcé (UHR) et 4 854 places d'équipes spécialisées Alzheimer.

1 687 places supplémentaires d'UHR et d'équipes spécialisées Alzheimer ouvriront entre 2016 et 2020. L'objectif concernant la mise en œuvre de plateformes d'accompagnement et de répit devrait être dépassé (103 %) grâce à l'utilisation de crédits du PSGA (notamment issus de places d'accueil de jour non installées).

Dans l'objectif de développer et promouvoir une culture active de la « bienveillance » des personnes, l'Etat mène et soutient des actions visant à modifier le regard porté sur les personnes vulnérables et à améliorer leurs conditions de vie en accompagnant les institutions et les professionnels. Les actions portent notamment sur l'amélioration de la qualité dans les services et les établissements, sensibilisation et formation des personnels à la bienveillance, démarche d'analyse et de gestion des risques et diffusion de recommandations et guides de bonnes pratiques. Pour soutenir ces actions, plusieurs outils et structures d'appui ont été mis en place :

- L'ANESM a élaboré plusieurs recommandations de bonnes pratiques professionnelles et des procédures d'évaluation interne et externe.
- le « Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées » a été réactivé en février 2013, sous l'appellation de « Comité national pour la bienveillance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées » (CNBD). Il arrête un programme de travail, dont la réalisation mobilise les acteurs concernés par les thématiques définies. Ces travaux font l'objet de rapports et de préconisations d'actions concrètes présentées en séances plénières présidées par les ministres concernés, voir par exemple le rapport du CNBD sur la prévention du suicide chez les personnes âgées.
- la formation et la sensibilisation des personnels des services ainsi que des personnels encadrant constituent les principaux leviers de promotion de la bienveillance. La refondation de l'aide et de l'accompagnement à domicile sous la forme d'un conventionnement notamment autour d'objectifs de qualification professionnelle, prévu par la loi doit ainsi contribuer à la promotion de la bienveillance.

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.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Progression de la pauvreté, des dépenses de protection sociale et du nombre de bénéficiaires de minima

D'après l'enquête Revenus fiscaux et Sociaux (ERFS), le taux de pauvreté monétaire en France métropolitaine en 2013 est de 14,0 % ce qui représente 8,6 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté. Entre 2008 et 2011, sous l'effet de la crise, le taux de pauvreté a augmenté significativement pour s'établir à 14,3 %, son plus haut niveau depuis 1997. Depuis 2011, il est en léger recul.

En 2014, les prestations du risque pauvreté-exclusion sociale s'élèvent à 20,1 milliards d'euros. Ces dépenses se composent du revenu de solidarité active (RSA), de la prime pour l'emploi (PPE), des prestations versées par les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, et des autres prestations versées par les administrations publiques et les ISBLSM. Entre 2008 et 2011, les prestations du risque pauvreté-exclusion sociale ont évolué de près de 6 % en moyenne par an, dans un contexte de hausse du taux de pauvreté. En 2009, un crédit d'impôt exceptionnel aux ménages modestes (1 milliard d'euros), a notamment contribué à la forte hausse des dépenses. La hausse des prestations est ensuite plus modérée entre 2011 et 2013 (+ 2,6 % en 2012 et + 2,5 % en 2013), en parallèle d'un léger recul du taux de pauvreté. En 2014, les prestations du risque pauvreté-exclusion sociale augmentent de 5,2%, en lien avec la revalorisation exceptionnelle du RSA intervenue en septembre 2014, dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013.

Fin 2014, 4,13 millions de personnes sont allocataires de l'un des neuf minima sociaux en vigueur en France soit une hausse des effectifs de 2,7 % en un an, marquant un ralentissement après deux années de croissance (à près de 4,5 % par an). Cette décélération est liée à la moindre dégradation du marché du travail à partir de la mi-2013.

Les minima sociaux, tout comme les allocations logement, ciblent particulièrement les personnes aux revenus modestes : en 2013, 79 % de la masse totale des minima sociaux et 73 % de celle des allocations logement sont distribués aux 20 % des personnes les plus pauvres avant redistribution. Les minima sociaux représentent 16 % du revenu disponible des 10 % des personnes dont le niveau de vie est le plus faible. L'ensemble du système redistributif (prestations sociales non contributives et fiscalité directe) réduit nettement la pauvreté monétaire, abaissant de 7,9 points le taux de pauvreté.

Le comité demande des informations sur le taux de pauvreté concernant certains groupes de la population ainsi que sur la pauvreté au travail

Les disparités de la pauvreté monétaire sont importantes selon l'origine géographique du ménage : 11,2 % des ménages non immigrés vivent sous le seuil de pauvreté et 16,8 % des ménages mixtes, selon l'INSEE. Le taux de pauvreté atteint 37,6 % pour les ménages immigrés. 44,3 % des ménages immigrés dont la personne de référence du ménage est née en Afrique sont considérés comme pauvres, contre 22,9 % de ceux dont la personne de référence est née en Europe.

En 2013, 32,6 % des personnes vivant dans une famille monoparentale (1,9 million de personnes) sont confrontées à la pauvreté monétaire, une proportion 2,3 fois plus forte que dans l'ensemble de la population (INSEE). Plus la famille est nombreuse, plus le risque qu'elle soit pauvre est élevé : 21,8 % des personnes vivant au sein d'une famille monoparentale comportant un seul enfant sont pauvres et 41,5 % lorsqu'elle comporte au moins deux enfants. Les couples sans enfant ou avec un seul enfant vivent moins souvent que l'ensemble sous le seuil de pauvreté (respectivement 6,2 % et 8,4 % d'entre eux).

Le taux de pauvreté des travailleurs défini, selon le concept européen, comme des personnes en emploi au moins 7 mois sur 12, est de 7,6% en 2013 (Eurostat).

En 2012, selon le dispositif Fichier localisé social et fiscal, 14,3 % des ménages sont pauvres. Les régions les plus concernées sont la Corse (20,4 %) et le Nord-Pas-de-Calais-Picardie (18,1 %). En revanche, moins de 11 % des ménages vivant en Bretagne et dans les Pays de la Loire vivent sous le seuil de pauvreté monétaire (INSEE).

Le comité demande des informations sur les indicateurs utilisés pour mesurer l'exclusion sociale

Selon la définition d'Eurostat, les personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale sont confrontées à au moins une des trois formes d'exclusion suivante : risque de pauvreté (1), situation de privation matérielle (2), ou vivant dans des ménages à très faible intensité de travail (3). Ces trois indicateurs sont mesurés par le dispositif EU-SILC (European union statistics on income and living conditions).

Le premier indicateur correspond à la définition du taux de pauvreté monétaire (part des ménages vivant sous le seuil de pauvreté monétaire). D'après EU-SILC 2014 (portant sur les revenus 2013), il vaut 13,3 % en France métropolitaine (17,2 % dans l'UE à 28 pays).

Le deuxième indicateur mesure le nombre de personnes qui ont des conditions de vie limitées par un manque de ressources et sont confrontées à la privation d'au moins 3 de 9 éléments jugés fondamentaux. En 2014, il vaut 11,9 % en France métropolitaine (18,5 % dans l'UE à 28 pays).

Le troisième indicateur mesure le nombre de personnes âgées de 0 à 59 ans vivant dans des ménages dans lesquels les adultes (âgés entre 18 et 59 ans) ont utilisé en moyenne moins de 20 % de leur potentiel de travail au cours de l'année passée. Les étudiants sont exclus. En 2014, cela correspond à 9,6 % de la population de moins de 60 ans de la France métropolitaine (11,2 % dans l'UE à 28 pays).

Au-delà de ces indicateurs, l'Insee calcule également la pauvreté en termes de conditions de vie : elle repose sur le repérage d'un certain nombre de privations d'éléments d'un bien-être matériel standard, c'est-à-dire largement diffusés dans la

population, ou de difficultés dans la vie quotidienne. Un ménage est dit pauvre en conditions de vie s'il cumule au moins 8 privations ou difficultés parmi 27 relatives à l'insuffisance des ressources, aux retards de paiement, aux restrictions de consommation et aux difficultés liées au logement. En 2013, la pauvreté en conditions de vie concerne 12,5 % des ménages de France métropolitaine.

Approche suivie pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Au cours de la période 2013-2014, de nombreuses mesures ont été engagées tant sur le volet préventif que pour accompagner les personnes. Les efforts doivent toutefois être maintenus et amplifiés. C'est pourquoi au cours de la période 2015-2017, le gouvernement s'est engagé à poursuivre le suivi exhaustif des mesures engagées, mais également à compléter le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale par une série d'actions nouvelles, élaborées en concertation avec les acteurs de la lutte contre l'exclusion.

La feuille de route 2015-2017 du plan s'inscrit donc dans la continuité des cinq grands principes qui ont présidé à l'adoption du plan : objectivité, non stigmatisation, participation, juste droit et décloisonnement des politiques sociales. Elle demeure articulée autour des trois axes d'intervention qui fondent l'intention de ce plan depuis l'origine : la prévention et ruptures, l'accompagnement des personnes en difficulté, et l'action partenariale au plus près des territoires et des personnes.

Dans le champ de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle, les mesures reposent sur la conviction que chacun est employable et s'adressent aux salariés ou aux personnes éloignées du marché du travail.

2013-2014

- _ 187 000 jeunes en Emplois d'avenir
- _ Plus de 8 600 jeunes bénéficiaires de la Garantie jeunes
- _ Accompagnement global des demandeurs d'emploi les plus éloignés du marché de l'emploi dans 43 départements.
- _ Nouvelle aide à la mobilité mise en place par Pôle emploi
- _ Création du compte personnel de formation accessible à tous les salariés et demandeurs d'emploi

2015-2017

- _ Mise en place de la prime d'activité au 1er janvier 2016
- _ 100000 jeunes bénéficiaires de la Garantie jeunes à horizon 2017 (50 000 en 2015)
- _ Généralisation de l'accompagnement global des publics les plus fragiles dans tous les départements
- _ Développement des groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ)
- _ Suivi dans l'emploi des publics très éloignés du marché du travail jusqu'à la fin de la période d'essai
- _ Droit à une formation qualifiante gratuite pour les demandeurs d'emploi

Par ailleurs, **la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi** comporte une série de mesures visant à mieux protéger les salariés qui travaillent à temps partiel : instauration d'une durée minimale hebdomadaire de travail de vingt-quatre heures, d'une rémunération majorée de toutes les heures complémentaires, de 10 %

minimum dès la première heure, d'une possibilité, par accord de branche étendu, d'augmenter temporairement la durée de travail des salariés à temps partiel, par avenant au contrat. Avec, en plus, la volonté de renforcer le rôle des partenaires sociaux dans les branches professionnelles qui recourent habituellement au temps partiel.

Logement-hébergement

Le plan de lutte contre la pauvreté vise d'une part à sortir de la gestion d'urgence dans le domaine de l'hébergement, et à mettre en place des solutions pérennes de logement.

2013-2014

- _ Diagnostics territoriaux à « 360° » réalisés dans 13 départements.
- _ + 7 000 places d'hébergement, + 4 000 places en CADA (centres d'accueil de demandeurs d'asile), + 7 360 places en logement adapté.
- _ + 220 000 logements sociaux dont plus de 25% de logements très sociaux (financés en PLAI/prêt locatif aidé d'intégration), au sein de la production totale.
- _ Généralisation de la caution locative étudiante (CLÉ) à tous les étudiants
- _ Plus de 100 000 logements rénovés dans le cadre du « Plan de rénovation énergétique de l'habitat »

2015-2017

- _ Généralisation des diagnostics partagés à 360° pour mieux connaître l'offre et la demande d'hébergement et de logement,
- _ -10000 nuitées hôtelières sur 3 ans, et +13000 solutions alternatives,
- _ +150000 logements sociaux/an dont 34000 PLAI et 5000 super-PLAI,
- _ Garantie des loyers pour les salariés notamment précaires et les jeunes,
- _ Encadrement des loyers à Paris à partir du 1er trimestre 2015,
- _ 4 millions de ménages protégés contre la précarité énergétique grâce au Chèque énergie

Dépenses consacrées à la protection sociale

Les dépenses de protection sociale s'élèvent à 747,0_milliards d'euros en 2015, en hausse de 1,4_% par rapport à 2014. Elles augmentent ainsi moins vite que le PIB (+1,9_% en valeur), pour la troisième fois dans les quinze dernières années (après 2007 et 2011). Les évolutions demeurent contrastées par risque, et seules les prestations liées au risque emploi augmentent à un rythme plus soutenu en 2015.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er983.pdf>

Contrôle et évaluation

Concernant le CNLE :

Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale comprend des représentants des assemblées parlementaires, des collectivités territoriales et des autres personnes morales de droit public ou privé concourant à l'inclusion sociale et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Sa composition ainsi que les conditions de la désignation, par le Premier ministre, de ses membres et de son président sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Placé auprès du Premier ministre, le CNLE :

- assiste le Gouvernement de ses avis sur toutes les questions de portée générale qui concernent la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ;
- anime les réflexions sur la coordination des politiques d'insertion aux plans national et local ;
- réalise ou fait réaliser, notamment par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, toute étude nécessaire sur les situations et phénomènes de précarité et d'exclusion sociale ;
- fait des propositions sur les problèmes posés par la pauvreté.

Le CNLE est une instance représentative des principaux décideurs et acteurs, institutionnels ou associatifs, impliqués dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. En conséquence, ses travaux sont empreints des différentes approches qui traduisent les réflexions et les stratégies des membres qui le composent. Sa légitimité est d'autant plus forte qu'il sait garder un positionnement équilibré et faire émerger des convergences en son sein.

Son rattachement au Premier ministre constitue le signe fort de la volonté gouvernementale de poursuivre la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans le respect des principes fondamentaux définis par la loi du 29 juillet 1998 et la loi du 2 janvier 2002. Le CNLE est ainsi particulièrement attentif à ce que les politiques de lutte contre l'exclusion et la pauvreté s'inscrivent bien dans une stratégie globale et transversale, appréhendant tous les leviers d'action sur lesquels il convient d'agir. Il considère que l'action publique dans ce domaine doit être multidimensionnelle, interministérielle et multi-partenariale. Elle doit avoir pour objectif de garantir l'effectivité de l'accès de tous aux droits fondamentaux : droit à l'emploi, au logement, à l'éducation, à la formation, à la santé, à la culture...

Le CNLE peut être consulté par le Premier ministre sur les projets de textes législatifs et réglementaires et sur les programmes d'action relatifs à l'insertion et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il peut également être saisi pour avis par les membres du Gouvernement dans les domaines qui relèvent de leurs compétences. Le conseil peut aussi, de sa propre initiative, proposer aux pouvoirs publics les mesures qui paraissent de nature à améliorer la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Son secrétariat général est assuré par la Direction générale de la cohésion sociale.

Concernant la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à la mise en œuvre, au contrôle et à l'évaluation des mesures (rôle du CNLE) :

À l'issue d'un appel à candidature national, huit associations ont été retenues en 2012, chacune ayant proposé la candidature de deux personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion, avec l'engagement de les accompagner tout au long de l'expérimentation. L'installation du collège ainsi créé (collège des personnes en situation de pauvreté et de précarité, dit 8^e collège) au sein du CNLE s'est déroulée lors de la réunion plénière du CNLE du 14 juin 2012.

Il a été décidé de planifier un travail d'évaluation de la démarche engagée avant d'envisager la pérennisation de ce collège. Pour mener à bien l'évaluation de cette expérimentation, le CNLE et la DGCS ont souhaité bénéficier du regard d'un prestataire extérieur. Pour ce faire, le cabinet Amnyos Consultants a été retenu à

l'issue d'un appel d'offre de marché public. Plusieurs **objectifs** ont été assignés à la démarche évaluative :

- apprécier les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation, c'est-à-dire le processus qui a été engagé "pour intégrer le collège des représentants des personnes en situation de pauvreté ou de précarité au sein du CNLE" ;
- mesurer l'impact de la participation directe de personnes en situation de pauvreté sur le mode de fonctionnement du CNLE et sur la quantité et la qualité de ses travaux ;
- évaluer l'impact éventuel de la présence du 8^e collège sur la façon dont le CNLE est sollicité par les pouvoirs publics et sur la prise en compte de ses avis dans l'élaboration des politiques publiques.

Les préconisations suivantes ont été formulées pour la pérennisation du 8^e collège du CNLE :

- clarifier le statut des personnes en situation de pauvreté ou de précarité amenées à siéger au CNLE et les conditions de maintien de leur mandat ;
- adapter les modalités de travail du CNLE de manière à favoriser la participation pleine et entière des personnes en situation de pauvreté et de précarité ;
- sécuriser la logistique du 8^e collège et le système de défraiement de ses membres ;
- appuyer les membres du 8^e collège dans l'exercice de leur mandat en nouant et animant des partenariats avec les organismes ressources locaux ;
- rendre le processus de désignation des membres du 8^e collège transparent et homogène ;
- calibrer les interventions du prestataire en charge de l'animation du 8^e collège au niveau national au plus près des attentes et besoins exprimés par ses membres ;
- assurer la continuité de la représentation des personnes en situation de pauvreté ou de précarité au CNLE en accompagnant la prise de mandat et l'intégration de nouveaux membres en cours de mandat.

L'institutionnalisation effective du 8^e collège a été formalisée par le décret du 17 décembre 2013. Le CNLE dans sa nouvelle composition s'engage à présent dans une démarche pérenne qui consiste à assurer la continuité de la représentation des personnes en situation de pauvreté ou de précarité en son sein, en appuyant et sécurisant ces membres dans l'exercice de leur mandat, tout en faisant évoluer les conditions de leur accompagnement méthodologique et logistique.

Dans le cadre de la sixième mandature du CNLE, le 8^{ème} collège ("Collège des personnes en situation de pauvreté ou de précarité") est composé de huit membres titulaires, nommés par le Premier ministre, pour trois ans, sur proposition d'associations qui agissent dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, sur la base d'un appel à candidatures publié en février 2014, qui a précisé les conditions à remplir par les candidats et les engagements garantissant l'exercice du mandat de ces huit membres qui siégeront au sein du 8^{ème} Collège du CNLE. Ce processus de participation citoyenne permet d'apporter une réelle plus-value. Il s'inscrit dans le cadre d'un projet participatif plus large, porté par les

structures chargées de l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté ou de précarité siégeant au CNLE.

Concernant l'ONPES :

L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale a été créé par la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions ([article L. 144-1 du Code de l'action sociale et des familles](#)). Cette création répondait à une demande des associations œuvrant dans le champ de la lutte contre les exclusions. Il est composé de 27 membres répartis en trois collèges, nommés par décret et présidé par une personnalité qualifiée :

- le premier collège est composé de neuf membres de droit représentant le CNLE, la CNAF, les administrations sociales nationales compétentes et l'INSEE ;
- le deuxième collège est composé de neuf universitaires et chercheurs compétents ;
- le troisième collège est composé de neuf personnalités qualifiées issues des associations compétentes pour l'insertion et la lutte contre les exclusions, des administrations territoriales compétentes, et d'autres organisations, y compris internationales.

Les missions de l'ONPES sont de :

- **rassembler** les données relatives aux situations de pauvreté, de précarité et d'exclusion jusqu'alors dispersées, sous-exploitées et difficilement accessibles au public.
- **contribuer** au développement de la connaissance de ces phénomènes, notamment dans des domaines mal couverts par les études et les statistiques existantes.
- **faire réaliser** des travaux d'études, de recherche et d'évaluation en lien étroit avec le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE).
- **diffuser** l'ensemble des informations recueillies sous la forme d'un rapport annuel sur la pauvreté et ses évolutions à destination du Premier ministre, du Parlement et de l'ensemble du public.

Les rapports annuels de l'ONPES traitent de thèmes particuliers dans le but de faire émerger des perspectives de réflexion et d'action pour l'action publique. Les derniers thèmes traités sont l'invisibilité sociale de la pauvreté (2016), la méthodologie de l'évaluation des besoins pour une participation effective à la vie sociale (2014-2015), les effets de la crise économique (2013-2014), les dispositifs d'assistance au sein de la société française (2013).

Suivi des réclamations collectives

Le suivi des réclamations collectives n°33/2006, 51/2008, 64/2011 et 67/2011 a fait l'objet d'un rapport d'application en 2014. Le CEDS dans ses conclusions en 2015 a estimé que la situation n'était toujours pas conforme à la Charte sociale européenne, notamment en matière de politique du logement en faveur des Gens du

voyage et des Roms migrants. Le prochain rapport exhaustif sur ces questions sera transmis en 2017.

Concernant l'insuffisance de la politique du logement en faveur des Gens du voyage

La réponse apportée par la loi Besson du 5 juillet 2000 ne relève pas du logement mais de l'accueil des gens du voyage et prévoit la création de places dans les aires d'accueil, des équipements publics dont la construction est imposée aux communes de plus de 5000 habitants.

Les obligations des communes sont fixées par les schémas départementaux. Ils concernaient 38 844 places en 2015. Fin 2015, le nombre des places effectivement disponibles en aires d'accueil aménagées s'élevait à 26 873, soit 69,2% du total des prescriptions des schémas départementaux.

D'autres réponses sont apportées en termes d'habitat des gens du voyage, comme l'a montré une étude sur *L'habitat adapté des gens du voyage* pilotée par la DIHAL. Destinée à disposer, au niveau national, de connaissances sur la diversité des situations et des besoins des gens du voyage en matière d'habitat, elle a reposé sur l'analyse d'expériences dans trois régions concernant les terrains familiaux locatifs et le logement adapté (logement social financé par un prêt locatif aidé d'intégration généralement conçu sous la forme d'un ensemble de maison individuelle avec un emplacement réservé pour caravane).

A la suite de la présentation de cette étude en groupe de travail, la commission nationale consultative des gens du voyage (CNCGV) a produit un avis visant à prendre en considération la demande de logement social des gens du voyage qui en expriment le besoin (*avis n°2016-02 du 22 avril 2016*) :

« Les enseignements tirés de l'étude sur l'habitat adapté des gens du voyage pilotée par la DIHAL confirment que de très nombreuses familles de gens du voyage sont en situation ancienne d'installation sur un territoire (ancrage territorial) pour lequel la création d'aires d'accueil ne constitue pas une réponse appropriée et ne répond pas à leurs besoins.

Dans le même temps, la prise en compte progressive des besoins par une offre locative sociale adaptée à la résidence mobile est développée sous la forme d'un habitat mixte qui permet de conjuguer la résidence mobile à un bâti.

Pourtant, les ménages dont l'habitat permanent est une résidence mobile ne peuvent pas exprimer ni spécifier ce besoin particulier dans le formulaire de demande de logement social, celui-ci ne le prévoyant pas.

Ainsi, l'offre sociale existante reste en marge du processus de demande de logement social. Dans le même temps, la juste évaluation des besoins se prive d'une source de documentation essentielle.

Pour ces raisons et conformément aux réflexions du groupe de travail Réglementation de la Commission nationale des gens du voyage, réuni le 18 février 2016, la Commission préconise la prise en compte des besoins des gens du voyage par l'adaptation du formulaire de demande de logement social à l'habitat mobile

permanent de leur utilisateur sous la forme de l'ajout d'une mention spécifique dans le formulaire. »

Le projet de loi Egalité et Citoyenneté, dans lequel la proposition de Loi Raimbourg a été intégrée dans sa totalité, prévoit en l'état des discussions (au 9 novembre 2016), la programmation des terrains familiaux locatifs dans le schéma départemental des gens du voyage, au même titre que les aires d'accueil, afin de diversifier l'offre d'habitat des gens du voyage.

Concernant la limite de 3% du nombre de votants sans domicile ni résidence dans chaque commune.

Le projet de loi Egalité et Citoyenneté, dans lequel la proposition de Loi Raimbourg a été intégrée dans sa totalité, prévoit l'abrogation de la loi de janvier 1969:

- suppression de ce plafond de 3% de la population municipale composée de gens du voyage,
- disparition de l'ensemble des titres de circulation et de la commune de rattachement.

Le délégué interministériel à l'hébergement et l'accès au logement assure l'animation et le secrétariat de la CNCGV, présidée par Dominique Raimbourg, député de Loire-Atlantique. Les données sur les aires d'accueil, l'étude sur l'habitat adapté et l'avis de la Commission sont accessibles sur le site de la DIHAL via le lien :

<http://www.gouvernement.fr/commission-nationale-consultative-des-gens-du-voyage-4906>

Concernant la politique du logement en faveur des Roms migrants

A titre préliminaire, il convient de rappeler l'approche française, qui se distingue de celle des institutions européennes qui ciblent explicitement les populations roms sur une base ethnique.

En France, l'Etat aborde la question des populations migrantes vivant en campement sans considération de leur origine ethnique, et par le seul biais de leur statut, qu'il s'agisse d'un statut d'itinérants pour les nationaux français, ou qu'il s'agisse d'un statut de migrants pour les ressortissants communautaires. La France fait également une distinction claire entre les populations vivant en campements illicites et les gens du voyage.

Dans ce cadre, la politique du logement en faveur des Roms migrants s'inscrit dans le cadre des politiques publiques de droit commun de lutte contre la pauvreté ciblant les populations marginalisées et défavorisées.

Comme il a déjà été expliqué dans le rapport précédent, le cadre d'action relatif aux opérations d'évacuation des campements illicites a été fixé par la **circulaire interministérielle du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites**. Cette circulaire prévoit que des mesures soient prises pour l'accès au logement, à la santé, à l'emploi et à la scolarisation. Elle prévoit également qu'un diagnostic précède chaque évacuation afin notamment de repérer les situations les plus difficiles, une attention toute particulière étant portée aux enfants.

La problématique du logement apparaît centrale aux termes de la circulaire : elle doit être prise en considération au cours du diagnostic global et individualisé, permettant d'envisager des solutions particulières et différentes selon les personnes vivant dans des campements illicites. Dès lors, les solutions proposées aux personnes concernées pourront constituer des réponses aux urgences, et/ou favoriser les parcours d'insertion aux fins de stabiliser les ménages dans des conditions décentes, et proposer un accompagnement sur une période temporelle compatible avec l'accès à l'emploi et in fine, au logement pérenne.

Suite à cette circulaire, un Comité de pilotage interministériel piloté par la DIHAL a été installé en octobre 2012.

Avec le **plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale**, le gouvernement a consacré une enveloppe de 4 millions d'euros pour deux années (2013 et 2014). Cette enveloppe a été reconduite une première fois en 2015 à hauteur de 4 millions d'euros et l'a été une nouvelle fois en 2016 à hauteur de 3 millions. Ce sont au total 15 millions qui ont été consacrés spécifiquement au soutien de ce type d'actions. Ces crédits ont permis d'engager ou de pérenniser des dynamiques dépassant la stricte problématique de l'évacuation tout en s'inscrivant dans la logique de la circulaire.

Concernant les actions soutenues en 2015, 47 projets ont été retenus dans 13 régions à l'issue d'un dialogue effectué avec 25 départements, sur la base d'un appel à projets aux préfets de région, et après un examen conjoint de la DGCS, de la DHUP et de la DIHAL. Ils ont principalement été mis en œuvre par des associations, en partenariat avec des collectivités territoriales.

Concernant les actions soutenues en 2016, l'examen et l'arbitrage des demandes ont été réalisés au cours des mois de juin et juillet 2016. Une attention particulière a été apportée à l'existence ou non d'une stratégie partenariale visant à une résorption dans la durée des campements et bidonvilles. Les résultats obtenus en 2015, l'effet levier de ces crédits pour la mobilisation des cofinancements, mais aussi le rapport entre la dotation et la population vivant en campement (sur la base du dernier recensement réalisé par la DIHAL en avril 2016), ont également été pris en compte.

Ainsi, au cours de l'année 2016, 23 départements bénéficient de crédits alloués par la DIHAL dans le cadre d'actions sur leurs territoires. Une cinquantaine d'actions déjà mises en œuvre en 2015 sont reconduites, et 9 nouveaux projets font l'objet de financements par la DIHAL pour la première année.

Certaines actions apparaissent particulièrement innovantes et prometteuses. C'est notamment le cas du projet « Vivre ensemble », élaboré conjointement avec une dizaine d'associations, le conseil départemental du Val-de-Marne et la mairie d'Ivry-sur-Seine, permettant la stabilisation pour une durée déterminée de plusieurs familles et un accompagnement global sur une durée de cinq ans, ou encore, de l'initiative de la Conférence citoyenne de Rezé, mise en œuvre dans l'agglomération nantaise, ayant permis la construction, par des citoyens volontaires, d'un consensus sur l'action à mener s'agissant de l'installation d'une centaine de caravanes sur le territoire communal début 2015.

Le **suivi et l'évaluation des actions 2015** ont été engagés dans le cadre d'un dialogue avec les services déconcentrés prenant la forme de visites dans les territoires et de visioconférences, auxquelles ont également été conviés les opérateurs, les partenaires locaux, ainsi que la DGCS et la DHUP.

A partir de ces échanges, un bilan complet, à la fois qualitatif et quantitatif, des actions conduites est en cours de réalisation par la DIHAL. Il sera présenté à

l'occasion d'une journée nationale des correspondants et acteurs des territoires, organisée le 12 janvier 2017.

L'ensemble de ces échanges ont permis de confirmer la poursuite des dynamiques engagées en application de la circulaire du 26 août 2012, et de faire apparaître globalement des résultats positifs en termes d'insertion et d'accès aux droits.

Ainsi, s'agissant de la problématique du logement, des résultats positifs apparaissent, pour les projets ayant transmis les indicateurs chiffrés : **plus de 1920 personnes ont été hébergées ou logées au cours du projet et plus de 1426 personnes ont accédé à un logement à la sortie du projet.**

La plupart des grandes agglomérations françaises concernées (Nantes, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Grenoble, Lyon, Strasbourg, Dijon...) ont engagé des actions de résorption progressive, et elles sont de plus en plus nombreuses à mettre en œuvre des **programmes globaux couvrant toutes les dimensions de l'accès aux droits** : logement, santé, emploi, scolarisation des enfants.

Ainsi, sur certains territoires, comme Strasbourg, Toulouse ou Dijon, des démarches intégrées et partenariales visant à la résorption des bidonvilles ont effectivement été mises en œuvre.

Par exemple, à Toulouse (31), l'évacuation du campement de Montaudran les 25 et 26 juillet 2016, a donné lieu à des **propositions d'hébergement réparties de manière diffuse, pour les 386 ressortissants européens précaires (incluant 117 enfants) occupant le campement illicite**. Outre ces solutions de relogement, un accompagnement social global permettant l'accès au droit commun (scolarisation, cours de langue, accès à l'emploi et à la santé), a été proposé aux personnes évacuées. Cette réussite s'explique par le travail partenarial mis en œuvre par les acteurs publics (le département, la mairie de Toulouse, la métropole, l'Etat) et associatifs. Elle s'inscrit aussi dans la continuité des actions volontaristes mises en œuvre précédemment sur ce territoire, notamment dans le cadre de l'évacuation de l'île du Ramier en 2015.

De même, dans le département du Bas-Rhin (67), une **stratégie pluriannuelle de résorption** des bidonvilles a été mise en œuvre à l'initiative de la ville de Strasbourg, dans le cadre d'un travail partenarial approfondi avec les opérateurs locaux et différents services de l'Etat. Les résultats de la MOUS, permettant l'accompagnement global des personnes dans des espaces temporaires, apparaissent à cet égard très positifs (passage de 14 bidonvilles en 2014 à 3 aujourd'hui).

Sur d'autres territoires, de nouvelles stratégies ont été lancées. C'est notamment le **cas de l'Île-de-France** (avec la plateforme AIOS, l'élaboration d'une stratégie régionale pour les campements illicites et la volonté de mettre en place un projet d'habitat temporaire de type Andatu) **et de la Loire Atlantique** (avec la plateforme de soutien à l'insertion des occupants des campements illicites). Ce dernier dispositif a démontré son utilité sur un territoire fortement impacté par la problématique des campements illicites (3^{ème} département français, pour plus de 1600 personnes) : de fin 2013 à fin 2015, il a permis que 540 personnes (175 ménages) fassent l'objet d'un diagnostic social sur la base du volontariat et l'accompagnement de 88 personnes (24 ménages), dont 45% sont sortis vers l'hébergement ou le logement. En parallèle, 51 ménages ont été accompagnés en logements adaptés par le conseil départemental dans le cadre de la sous-location.

Quelques territoires, moins impactés, présentent une résorption effective des campements et bidonvilles. Ainsi, à Maxéville, le seul campement du département de Meurthe et Moselle (54) a été résorbé et les occupants ont été relogés en avril 2016.

De même, dans le département de la Marne (51), l'action volontariste a conduit à la résorption de l'ensemble des campements à Reims.