



janvier 2014

Charte sociale européenne révisée

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2013

(FRANCE)

Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30
de la Charte révisée

Ce texte peut subir des retouches de forme.

La fonction du Comité européen des Droits sociaux est de statuer en droit sur la conformité des situations des Etats avec la Charte sociale européenne. Dans le cadre de la procédure de rapports nationaux, il adopte des conclusions et dans le cadre de la procédure de réclamations collectives, il adopte des décisions.

Des informations sur la Charte et sur le Comité ainsi que des observations interprétatives et des questions générales formulées par le Comité figurent en Introduction générale à l'ensemble des Conclusions.¹

La Charte sociale européenne (révisée) a été ratifiée par la France le 7 mai 1999. Le délai pour la présentation au Conseil de l'Europe du 12e rapport sur l'application de la Charte révisée était fixé au 31 octobre 2012 et la France l'a présenté le 3 janvier 2013. Le 3 avril 2013, une lettre a été envoyée au Gouvernement lui demandant des informations supplémentaires sur l'article 23 et le 27 mai 2013 sur l'article 11§2. Le Gouvernement a transmis sa réponse sur l'article 23 le 21 mai 2013 et n'a pas transmis de réponse sur l'article 11§2. Les commentaires de Informations et dialogues sur les Transidentités, Transgender Europe et ILGA-Europe ont été enregistrés le 30 avril 2013 et le Gouvernement a présenté une réponse à ces commentaires le 13 juin 2013. Les commentaires de Médecins du Monde sur le rapport ont été enregistrés le 16 mai 2013.

Ce rapport concerne les dispositions acceptées des articles suivants appartenant au groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale » :

- droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail (article 3) ;
- droit à la protection de la santé (article 11) ;
- droit à la sécurité sociale (article 12) ;
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13) ;
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14) ;
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 23) ;
- droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale (article 30).

La France a accepté tous les articles de ce groupe.

La période de référence était du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2011.

Le présent chapitre relatif à la France concerne 19 situations et comporte :

- 12 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§3, 3§4, 12§1, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3, 13§4, 14§1, 14§2 et 23 ;
- 7 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 11§1, 11§2, 11§3, 12§4, 13§1 et 30.

Le rapport suivant de la France traite des dispositions acceptées des articles suivants appartenant au groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;
- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;
- droit à l'information et à la consultation (article 21) ;

- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu de travail (article 22) ;
- droit à la dignité au travail (article 26) ;
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28) ;
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2013.

¹*Les conclusions ainsi que les rapports des Etats peuvent être consultés via le site internet du Conseil de l'Europe (www.coe.int/socialcharter/FR).*

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

Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Objectif général de la politique

Le Comité a examiné l'objectif général de la politique de sécurité et la santé dans le travail dans les Conclusions 2003. Il a conclu que la situation était conforme à l'article 3§1 de la Charte (Conclusions 2003, 2007 et 2009).

Le rapport expose que le Plan de santé au travail 2005-2009 (PST1) a réformé le dispositif de prévention des risques professionnels autour du développement des connaissances relatives aux dangers et aux risques professionnels ; du renfort de l'efficacité du droit et du contrôle ; et de la refonte des instances de pilotage de la politique de sécurité et de santé dans le travail. Un Plan de santé au travail 2010-2014 (PST2) a été adopté en cohérence avec la stratégie européenne de sécurité et de santé dans le travail en vue d'améliorer la connaissance en matière de santé au travail ; de poursuivre une politique active de prévention ciblée par risques, secteurs et publics ; d'encourager la démarche de prévention des risques professionnels dans les entreprises ; de renforcer la coordination et la mobilisation des acteurs en la matière. Le PST2 approfondit les actions du PST1 et en développe de nouvelles dans la perspective de la réforme des retraites. En vertu de l'article R 4641-30 du Code du travail, des plans régionaux de santé au travail (PRST) adaptent les priorités nationales en matière de prévention des risques professionnels aux réalités régionales.

Le rapport indique également que les employeurs du secteur public et les organisations de travailleurs ont signé le 10 novembre 2009 le premier accord dédié à la sécurité et la santé dans le travail qui s'applique à toutes les branches de la fonction publique. L'accord rapproche le régime de la fonction publique de celui du secteur privé et s'articule autour de mesures renforçant la coordination des instances et acteurs en matière de sécurité et de santé dans le travail ; de dispositifs de prévention des risques professionnels ; de l'amélioration de la chaîne de traitement des congés maladie. Il comporte des indicateurs de suivi et de mesure des résultats. La loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social réorganise les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), en charge de la protection de la santé physique et mentale, de la sécurité des agents dans le travail, de l'amélioration des conditions de travail et de l'observation des prescriptions légales en matière de sécurité et de santé dans le travail. Les décrets n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique d'État et n° 2012-70 du 3 février 2012 modifiant le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, réorganisent la coordination des acteurs impliqués en la matière. Le décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011 étend le maintien du demi-traitement à l'issue des droits statutaires à congé maladie, longue maladie et longue durée aux cas d'attente d'une décision de l'administration.

Le Comité prend note de ces informations. 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 prochain rapport indique si ladite politique est régulièrement réévaluée à la lumière de l'évolution des risques. Constatant que, selon une autre source,¹ 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.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a conclu précédemment que la législation et la réglementation établit la prévention des risques professionnels dans l'action publique nationale et régionale ainsi qu'au niveau des entreprises (Conclusions 2003, 2007 et 2009).

Le rapport expose que le PST2 cible la prévention de certains risques (chimique, psychosocial, musculo-squelettique), secteurs (bâtiment, agriculture, sylviculture) et publics (travailleurs en situation d'emploi précaire). Il encourage également la démarche de prévention dans les entreprises, et notamment les petites et moyennes entreprises, par la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques. Il mobilise tous les acteurs, y compris les services régionaux et les initiatives locales, dans la prévention des troubles musculo-squelettiques. Le site www.travailler-mieux.gouv.fr créé en 2009 facilite l'appropriation de la réglementation et des informations pratiques par les employeurs, les travailleurs et les représentants du personnel.

Le rapport indique également que l'accord du 10 novembre 2009 a renforcé le suivi des nouveaux dispositifs de prévention de la fonction publique afin d'améliorer la capacité de pilotage du Conseil supérieur de la fonction publique d'État. Tels les employeurs du secteur privé, ceux de la fonction publique sont désormais astreints à préparer des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP), qui servent de feuille de route pour la prévention des risques professionnels. En outre, l'accord précité a lancé un travail ciblé sur les troubles psychosociaux, qui a produit un guide destiné à aider les chefs de service à identifier les facteurs de risque et à prévenir ces troubles.

Le Comité prend note de ces informations. Il confirme sa précédente conclusion. Il demande que le prochain rapport 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.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le Comité se réfère à l'examen de l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs dans les Conclusions 2003 et 2009.

Le rapport expose que le PST2 vise à développer la production de connaissance et d'expertise en matière de santé du travail tout en structurant davantage la recherche et la formation. Cette action est complétée par des aides aux entreprises qui souhaitent mettre en œuvre des actions de prévention, allouées par le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT). Le Plan Ecophyto 2018 a été adopté en 2011 en vue d'améliorer la prévention des risques professionnels liés à l'utilisation de pesticides dans les exploitations agricoles. Il développe la recherche technique et scientifique sur les indicateurs de risque et d'impact ; la conception des équipements de travail et des locaux de travail ; la conception des équipements de protection individuelle ; et la surveillance des effets de l'utilisation de pesticides sur la santé.

Le Comité prend note de ces informations. Il confirme que 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.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a examiné la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs en vertu de l'article 3§3 de la Charte de 1961 dans les Conclusions XIV-2. Il a conclu que la situation était conforme à l'article 3§1 de la Charte révisée (Conclusions 2003, 2007 et 2009) et a demandé des informations mises à jour concernant la concertation dans les entreprises de moins de 50 salariés (Conclusions 2007).

Le rapport expose que le PST2 prévoit de renforcer la concertation entre les acteurs impliqués dans la prévention de la sécurité et la santé dans le travail au niveau national, ainsi que le suivi à partir des indicateurs fournis au niveau national, régional ou local. Aux termes des articles R 4641-1 et 2 du Code du travail, la concertation en matière de protection de la sécurité et la santé dans le travail s'organise au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), qui est consulté au niveau national sur les politiques publiques et les plans d'action, les projets de textes de droit national et les projets d'instruments internationaux. Le COCT formule des recommandations et peut soumettre des avis ou des propositions de sa propre initiative. La concertation dans la fonction publique s'organise au sein du Conseil supérieur de la fonction publique d'État et du Conseil commun de la fonction publique. Les fonctions du COCT sont dupliquées au niveau régional par les Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP), rattachés aux Préfets de région. Ils élaborent et actualisent les diagnostics territoriaux en matière de conditions de travail et de prévention des risques professionnels, mettent en œuvre les plans régionaux d'action, rendent un avis sur les plans régionaux de santé au travail, et peuvent formuler des recommandations à destination des employeurs ou des travailleurs.

Le rapport indique également que la concertation entre les employeurs et les représentants des travailleurs au niveau des entreprises s'organise au sein des CHSCT dans les établissements qui emploient 50 salariés et plus, et des délégués du personnels dans les établissements qui emploient moins de 50 salariés. L'accord du 10 novembre 2009 a réorganisé les CHSCT dans la fonction publique.

Le Comité prend note de ces informations. Il 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 prochain rapport 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.

Conclusion

Dans l'attente de l'information demandée, le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 3§1 de la Charte.

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.*

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

Paragraphe 2 - Règlements de sécurité et d'hygiène

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Risques couverts par les règlements

Le Comité a examiné précédemment (Conclusions XIV-2) l'étendue des risques couverts par la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Il a conclu que la couverture des risques était satisfaisante (Conclusions 2003, 2007 et 2009).

Le rapport indique qu'au cours de la période de référence, la Directive 2009/161/UE de la Commission du 17 décembre 2009 établissant une troisième liste de valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle a été transposée par le décret n° 2012-746 du 9 mai 2012 fixant des valeurs limites d'exposition professionnelle contraignantes pour certains agents chimiques et l'arrêté du 9 mai 2012 fixant des valeurs limites d'exposition professionnelle indicatives pour certains agents chimiques. Les sanctions applicables en cas de violation du Règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH) ont été précisés par l'ordonnance n° 2009-229 du 26 février 2009 prise en application de l'article 12 de la loi n° 2008-757 du 1^{er} août 2008 relative à la responsabilité environnementale et à diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'environnement. Le Règlement (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges (CLP) a été complété par l'ordonnance n° 2011-1922 du 22 décembre 2011 portant adaptation du Code du travail, du Code de la santé publique et du Code de l'environnement. Les propositions issues du plan Ecophyto 2018 ont abouti à l'adoption de prescriptions législatives et réglementaires en complément ou en transposition du Règlement (CE) n° 1107/2009 relatif à la mise sur le marché et l'évaluation des produits phytopharmaceutiques et de la Directive 2009/127/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 modifiant la Directive 2006/42/CE en ce qui concerne les machines destinées à l'application des pesticides. Cette action a été complétée par le décret n° 2010-1603 relatif aux règles d'hygiène et de sécurité sur les chantiers forestiers et sylvicoles, qui précise le champ de couverture des risques propres au secteur, et le décret n° 2011-455 du 22 avril 2011 modifiant et complétant les règles et prescriptions applicables aux tracteurs agricoles ou forestiers, qui transpose la Directive 2010/52/UE de la Commission du 11 août 2010 modifiant, aux fins de l'adaptation de leurs dispositions techniques, la Directive 76/763/CEE du Conseil et la Directive 2009/144/CE du Parlement européen et du Conseil. Une autre source¹ indique en outre que la Directive 2006/25/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006 relative aux prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (rayonnements optiques artificiels) a été transposée par décret n° 2010-750 du 2 juillet 2010 relatif à la protection des travailleurs contre les risques dus aux rayonnements optiques artificiels.

Le rapport précise que l'article L-4121-1 du Code du travail étend désormais les obligations de prévention des employeurs au-delà des risques professionnels à la pénibilité, et oblige certaines entreprises à conclure un accord ou à élaborer un plan de prévention de la pénibilité selon les dispositions de l'article L-138-29 du Code de la sécurité sociale. Parallèlement, le dispositif de traçabilité de l'exposition professionnelle intègre désormais la pénibilité, en vertu de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Le Comité prend note de ces informations. Il constate que la législation et la réglementation en vigueur est conforme à l'obligation générale de l'article 3§2 de la Charte, qui prévoit la couverture spécifique et alignée sur le niveau des normes internationales de référence de la grande majorité des risques énumérés dans l'introduction générale des Conclusions XIV-2 (pp. 37-38). Il prend note des projets en cours après l'adoption de la Directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire. Il demande que le prochain rapport 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.

Niveaux de prévention et de protection

Le Comité examine les niveaux de prévention et de protection prévus par la législation et les réglementations en relation avec certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le rapport indique que les niveaux de prévention et de protection relatifs à la mise en place, l'aménagement et l'entretien des postes de travail ont été révisés notamment en rapport avec l'utilisation de pesticides. En conséquence, la transposition de la Directive 2009/127/CE du Parlement et du Conseil et de la Directive 2006/42/CE a été complétée par les décrets n° 2008-1156 du 7 novembre 2008 relatif aux équipements de travail et aux équipements de protection individuelle et n° 2011-1480 du 9 novembre 2011 relatif aux équipements de travail et aux équipements de protection individuelle.

Au vu de ces informations, le Comité considère que les niveaux de prévention et de protection relatifs à la mise en place, l'aménagement et l'entretien des postes de travail sont conformes à l'article 3§2 de la Charte. Il demande que le prochain 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.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2007 et 2009) que les niveaux de prévention et de protection contre l'amiante et les rayonnements ionisants étaient conformes à l'article 3§2 de la Charte. Il a demandé si la réalisation des dossiers techniques sur l'amiante, imposée par l'article R-1335-25 du Code de la santé publique, est également suivie par les propriétaires et employeurs du secteur privé (Conclusions 2009).

Le rapport rend compte de l'adoption au cours de la période de référence des règlements qui régissent les niveaux de prévention et de protection relatifs à l'amiante. A la suite des avis de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) des 9 février 2009 et 7 août 2009, et du rapport de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) du 22 septembre 2011 sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles en la matière, le ministère chargé du Travail a engagé une campagne de prélèvement et de mesure des fibres d'amiante par microscopie électronique à transmission analytique (META) en

milieu professionnel ; adopté l'instruction DGT 2001/10 du 23 novembre 2011 relative aux mesures à mettre en œuvre en matière de prévention de l'exposition à l'amiante ; engagé une réforme réglementaire toujours en cours à l'issue de la période de référence. Selon le rapport, les ministères propriétaires de locaux de travail ont entrepris des travaux de repérage en vue de réaliser les dossiers techniques amiante prévus par l'article R-1334-25 du Code de la santé publique, qui imposait de réaliser ces dossiers avant le 31 décembre 2005.

Le Comité prend note de ces informations. Il constate l'existence d'une réforme réglementaire relative à la prévention et la protection contre l'amiante et décide d'examiner l'impact de la réforme lors du prochain cycle d'évaluation. Il constate également que le rapport ne répond pas à la question relative à la réalisation des dossiers techniques amiante par les propriétaires et employeurs du secteur privé. Il réitère dès lors sa demande et appelle l'attention du Gouvernement sur le fait que, faute de trouver ces informations dans le prochain rapport, il ne disposera pas d'informations propres à établir que la situation de la France est conforme à l'article 3§2 de la Charte. Afin d'examiner que la législation et la réglementation en vigueur accordent un niveau de protection contre l'amiante au moins équivalent à celui prévu par les normes internationales de référence, le Comité demande que le prochain 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.

Le rapport expose qu'il n'y a pas eu d'éléments nouveaux concernant les niveaux de prévention et de protection contre les rayonnements ionisants au cours de la période de référence. Selon une autre source,² la Directive 2006/117/EURATOM du Conseil du 20 novembre 2006 relative à la surveillance et au contrôle des transferts de déchets radioactifs et de combustible nucléaire usé a été transposée par le décret n° 2008-1380 du 19 décembre 2008 relatif aux procédures applicables aux transferts transfrontaliers de déchets radioactifs et de combustible nucléaire usé.

Au vu de ces informations, le Comité maintient la précédente conclusion, selon laquelle la législation et la réglementation en vigueur accordent un niveau de prévention et de protection des travailleurs contre les rayonnements ionisants au moins équivalent à celui prévu par les normes internationales de référence.

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité examine le champ d'application personnel de la législation et de la réglementation aux travailleurs en situation d'emploi précaire.

Travailleurs temporaires

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2003, 2007 et 2009) que la législation et la réglementation relative à la santé et la sécurité dans le travail offrait un niveau de protection des travailleurs intérimaires ou temporaires et les employés à durée déterminée conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Le rapport ne contient pas d'informations en la matière. Selon une autre source,³ la Directive 91/383/CEE du Conseil du 25 juin 1991 complétant les mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail des travailleurs ayant une relation de travail

à durée déterminée ou une relation de travail intérimaire a été transposée en droit national. La Convention de l'OIT n° 181 sur les agences d'emploi privées (1997) n'a pas été ratifiée.

Au vu de ces informations, le Comité maintient la précédente conclusion. Il demande que le prochain 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.

Autres catégories de travailleurs

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2003, 2007 et 2009) qu'à l'exception du secteur du bâtiment, la législation et la réglementation relative à la santé et la sécurité dans le travail ne protégeait pas les travailleurs indépendants de manière conforme à l'article 3§2 de la Charte. Il a demandé à être informé de l'évolution de la protection de cette catégorie de travailleurs ainsi que des précisions relatives à la protection des employés de maison (Conclusions 2009).

Le rapport expose que la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail prévoit désormais que tous les employés de maison bénéficient du même suivi médical que les autres catégories de travailleurs. Selon le rapport, la Cour de cassation considère que, lorsque les travailleurs indépendants relèvent d'un donneur d'ordre, ils bénéficient *ipso facto* de l'application de la partie du Code du travail applicable à la sécurité et la santé dans le travail dès lors que les conditions de fait dans lesquelles ils exercent leur activité les lient à un employeur dans le cadre d'un contrat de travail. Lorsqu'ils ne relèvent de l'autorité d'aucun employeur, les travailleurs indépendants bénéficient néanmoins de la protection offerte par la réglementation spécifique aux activités les plus dangereuses, notamment relative aux chantiers du bâtiment et à l'amiante.

Le Comité prend note de ces informations. Il demande que le prochain rapport contienne des informations relatives à la manière dont le suivi médical des employés de maison est organisé dans la pratique. Il constate que la jurisprudence de la Cour de cassation citée dans le rapport⁴ concerne la requalification du lien juridique entre le travailleur indépendant et le donneur d'ordre en contrat de travail. Hormis les cas de requalification, les travailleurs indépendants demeurent exclus du bénéfice de la protection requise dans la plupart des activités, et ne bénéficient que de la protection offerte par la réglementation spécifique aux activités les plus dangereuses. Rappelant que tous les travailleurs, tous les lieux de travail et tous les secteurs d'activité doivent être couverts par la réglementation,⁵ le Comité confirme 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.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a examiné la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs en vertu de l'article 3§3 de la Charte de 1961 dans les Conclusions XIV-2. Il a conclu que la situation était conforme à l'article 3§2 de la Charte révisée (Conclusions 2003, 2007 et 2009).

Le rapport expose que le Plan de santé au travail pour 2010-2014 (PST2) prévoit de renforcer la concertation entre les acteurs impliqués dans les questions de sécurité et de santé dans le travail au niveau national, ainsi que le suivi à partir des indicateurs fournis au niveau national, régional ou local. Aux termes des articles R-4641-1 et 2 du Code du travail, la concertation en

matière de protection de la sécurité et la santé dans le travail s'organise au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), qui est consulté au niveau national sur les politiques publiques et les plans d'action, les projets de textes de droit national et les projets d'instruments internationaux. Le COCT formule des recommandations et peut soumettre des avis ou des propositions de sa propre initiative. La concertation dans la fonction publique s'organise au sein du Conseil supérieur de la fonction publique d'État et du Conseil commun de la fonction publique. La mise en œuvre et le suivi du plan Ecophyto 2018 associe les ministères, les fédérations agricoles, les représentants de l'industrie pharmaceutique et les organisations non gouvernementales. Des conventions d'objectifs complètent désormais la prévention des risques professionnels en associant les organisations professionnelles à la diffusion de l'information et à la sensibilisation des employeurs. Une convention relative aux risques liés aux agents chimiques cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques, signée le 21 avril 2008 entre les organismes de prévention et trois organisations professionnelles, envisage des mesures d'information, de formation et de sensibilisation des employeurs ; de participation des fournisseurs ; de traçabilité des expositions professionnelles.

Le rapport indique également que la concertation entre les employeurs et les représentants des travailleurs au niveau des entreprises s'organise au sein des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), dont la mission consiste à analyser les conditions de travail, les risques professionnels et l'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité. La mission du CHSCT est confiée aux délégués du personnel dans les établissements qui emploient moins de 50 salariés. L'accord du 10 novembre 2009 relatif à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique a réorganisé les CHSCT dans la fonction publique.

Le Comité prend note de ces informations. Il 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 prochain 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.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif que la législation et la réglementation relative à la santé et la sécurité dans le travail ne protège pas les travailleurs indépendants de manière adéquate.

¹http://eur-lex.europa.eu/RECH_legislation.do

²http://eur-lex.europa.eu/RECH_legislation.do

³http://eur-lex.europa.eu/RECH_legislation.do

⁴Cour de cassation, Chambre sociale, 15 mars 2006, *Bulletin des arrêts 2006 V, n° 110, pp. 103 et s.*

⁵*Conclusions II, Observations sur l'article 3, p. 12.*

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

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2007) que la situation n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que le nombre d'accidents du travail était manifestement élevé. Il a ajourné sa conclusion (Conclusions 2009) dans l'attente d'informations relatives aux mesures adoptées pour endiguer l'augmentation des cas de maladie professionnelle hors troubles musculo-squelettiques ; aux enquêtes récentes concernant le niveau de sous-déclaration des accidents du travail ; à l'intégration statistique des accidents du travail de la fonction publique ; à l'évolution du nombre d'accidents du travail dans les entreprises qui emploient moins de 50 salariés.

Selon les données publiées par EUROSTAT,¹ le nombre d'accidents du travail (à l'exception des accidents de trajet entre le domicile et le lieu de travail) a fortement diminué durant la période de référence (de 466 105 en 2008 à 241 260 en 2010), tout comme le taux d'incidence relatif à ces accidents (de 3 658,47 en 2008 à 1 702,08 en 2010). Ce taux se situe désormais entre la moyenne observée dans l'UE des 15 et celle observée dans l'UE des 27 (de 2 269,42 en 2008 à 1 582,71 en 2010). En revanche, le nombre d'accidents mortels a fortement augmenté (de 222 en 2008 à 367 en 2010), tout comme le taux d'incidence moyen concernant ces accidents (de 1,67 en 2008 à 2,49 en 2010), désormais très supérieur au taux observé dans l'UE des 15 et dans l'UE des 27 (de 2,27 en 2008 à 1,87 en 2010). Le rapport, qui distingue le régime général, le régime agricole (salariés et non-salariés) et la fonction publique (fonctionnaires et agents non titulaires), indique que le nombre d'accidents du travail relevant du régime général se stabilise (de 703 976 en 2008 à 658 847 en 2010) à un niveau relativement faible, alors que le nombre d'accidents mortels continue à régresser (de 569 en 2008 à 529 en 2010). Le nombre d'accidents du travail (78 138 en 2010) et le nombre d'accidents mortels (127 en 2010) relevant du régime agricole (salariés et non-salariés) se stabilise, après une tendance antérieure à la baisse.

Le rapport indique également que le nombre de cas déclarés de maladie professionnelle relevant du régime général a augmenté de manière significative au cours de la période de référence (de 45 411 en 2008 à 50 688 en 2010), tout comme le nombre de cas déclarés de maladie professionnelle mortelle (de 425 en 2008 à 533 en 2010). Le nombre de cas déclarés de maladie professionnelle relevant du régime agricole (salariés et non-salariés) (5 173 en 2010) est stable depuis 2006.

En réponse aux demandes du Comité, le rapport fournit des données relatives aux nombres d'accidents du travail dans les entreprises employant moins de 50 salariés et expose qu'en vertu de l'article L-176-2 du Code de la sécurité sociale, une commission d'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des cas de maladie professionnelle évalue tous les trois ans le coût réel de la sous-déclaration.

Le Comité prend note de ces informations. Il constate que les données relatives aux entreprises employant moins de 50 salariés reflètent la tendance observée pour toutes les entreprises du régime général. Il constate également que les chiffres actuels sont en légère hausse par rapport au précédent rapport de la commission d'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des cas de maladie professionnelle. Il constate en outre que la disparité des données publiées par EUROSTAT et celles indiquées dans le rapport peuvent résulter de définitions

divergentes de l'accident du travail (à compter du quatrième/du premier jour d'absence). Il demande néanmoins que le prochain rapport 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 prochain 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 Comité appelle l'attention du Gouvernement sur le fait que, faute de constater ces informations dans le prochain rapport, il ne disposera pas d'informations propres à établir que la situation de la France est conforme à l'article 3§3 de la Charte.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a examiné précédemment (Conclusions XIV-2, 2007 et 2009) le cadre général de l'inspection du travail, la portée des activités, les moyens de contrôle et les pouvoirs de sanction. Il a ajourné sa conclusion (Conclusions 2009) dans l'attente d'informations relatives aux changements intervenus dans le système national d'inspection ; aux évolutions et aux résultats de la fusion prévue entre les branches de l'Inspection du travail relevant des ministères chargés du Travail, de l'Agriculture et des Transports ; aux visites de contrôle réalisées par l'Inspection du travail et au taux de couverture de la main d'oeuvre ; aux visites de contrôle réalisées dans la fonction publique.

Le rapport, qui distingue l'inspection du travail du secteur privé et celle de la fonction publique, expose que l'Inspection du travail intégrée regroupe depuis le 1^{er} janvier 2009 les services d'inspection de l'agriculture, de la mer, des transports et du travail sous l'autorité du ministère chargé du Travail. Aux termes du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, les inspecteurs de santé et de sécurité au travail (ISST), après avoir suivi une formation analogue à celle délivrée aux inspecteurs du travail, sont rattachés aux services d'inspection générale des ministères et jouissent d'une autonomie importante. Une autre source² indique que cette autonomie a été renforcée par le décret n° 2007-627 du 27 avril 2007 modifiant le décret n° 90-393 du 2 mai 1990 portant statut particulier du corps de l'inspection générale des affaires sociales ; la protection des inspecteurs du travail contre les entraves à l'exercice de leurs fonctions a été renforcée par le décret n° 2007-279 du 2 mars 2007 instituant un Conseil national de l'inspection du travail. Selon le Rapport de l'Inspection du travail pour 2011 (Rapport pour 2011) (p. 38-40),³ les services d'inspection relatifs à certaines activités (mines et carrières civiles ; aménagements hydroélectriques ; téléphériques) sont exécutés, sous l'autorité du ministre chargé du Travail, par les Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) et par l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN).

Le rapport, complété par le Rapport pour 2011 (tableau), indique que les effectifs des inspecteurs du travail (767 en 2009 ; 775 en 2010 ; 800 en 2011) ont été renforcés au cours de la période de référence. Au regard de la population active publiée par ILOSTAT,⁴ le nombre de travailleurs par inspecteur du travail (36 809 en 2009 et 36 574 en 2010) excède la proportion de 10 000 travailleurs par inspecteur du travail visée par la Stratégie communautaire pour la santé et la sécurité au travail 2007-2012.⁵ Le Rapport pour 2011 (p. 135) indique une augmentation des demandes de protection fonctionnelle (85 en 2011) notamment pour « menaces et menaces de mort ». Parmi les activités d'inspection (contrôles généralistes ; contrôles programmés dans le cadre d'actions prioritaires ou de campagnes nationales ; contrôles ciblés à l'initiative de l'agent ; enquêtes ponctuelles), les campagnes nationales visant

la manutention manuelle et les poussières de bois (2008) ; les produits phytosanitaires et les travaux d'élagage (2009), les rayonnements ionisants et les produits chimiques (2010) et les risques routiers (2011) s'inscrivent dans le Plan de santé au travail (PST). Le rapport ne fournit pas les informations demandée relative à la proportion de la main d'oeuvre couverte par les visites de contrôle effectivement réalisées au cours de la période de référence.

Le rapport indique également que les effectifs d'ISST (128 en 2008 ; 122 en 2009 ; 132 en 2010) ont légèrement augmenté au cours de la période de référence et que le nombre de fonctionnaires par ISST (15 384 en 2008) est plus favorable que dans le secteur privé. Il précise que les ISST de la fonction publique d'Etat effectuent des visites de contrôle et rédigent des rapports mais ne disposent d'aucun pouvoir de sanction ou de contrainte. La responsabilité pénale des agents de la fonction publique peut être engagée pour infraction aux règles d'hygiène et de sécurité mais la sanction est très rare dans la pratique. Le rapport ne fournit pas les informations demandées concernant les visites de contrôle dans la fonction publique. Il ne contient pas d'informations relatives à la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière.

Selon le Rapport pour 2011 (pp. 70-73 et table), les prérogatives des inspecteurs du travail incluent le droit sans avertissement préalable de pénétrer dans les locaux ; le droit de communication et d'expertise ; le droit d'audition de l'employeur ou du personnel ; et le droit de prélèvement de matières et substances. L'Inspection du travail a adopté au cours de la période de référence une variété de mesures administratives : lettres d'observations (187 387 en 2009 ; 226 300 en 2011) ; mises en demeure préalables avec ou sans date de régularisation (6 405 en 2009 ; 6 573 en 2011) ; procès-verbal de constatation d'infraction transmis aux parquets (6 352 en 2009 ; 7 983 en 2011) ; décisions d'arrêt de travaux ou d'activité en cas de danger grave et imminent (6 070 en 2009 ; 9 053 en 2011) ; procédures de référé civil en cas de risque imminent (31 en 2009 ; 85 en 2011) ; enquêtes sur accident du travail ou maladie professionnelle (6 797 en 2009 ; 8 842 en 2011).

Le Comité prend note de ces informations. Il réitère ses précédentes demandes relatives au nombre de travailleurs, par rapport à la population active totale, couverts par les visites de contrôle effectivement réalisées au cours de la période de référence, et relatives au nombre de visites de contrôle réalisées dans la fonction publique. Il constate que la protection des inspecteurs du travail et des ISST contre les entraves ont été renforcées par la réglementation et demande, vu le nombre et la gravité des demandes de protection fonctionnelle, que le prochain rapport fournisse des informations sur l'impact de cette réglementation dans la pratique. Il constate également l'augmentation, au cours de la période de référence, des mesures administratives adoptées par les inspecteurs du travail. Afin d'évaluer le caractère dissuasif des sanctions, le Comité demande des informations concernant les amendes pénales ou administratives, et le cas échéant leur volume global. Il demande en outre des informations relatives 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. Le Comité appelle l'attention du Gouvernement sur le fait que, faute de constater ces informations dans le prochain rapport, il ne disposera pas d'informations propres à établir que la situation de la France est conforme à l'article 3§3 de la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 3§3 de la Charte.

¹http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hsw_mi03&lang=fr

²http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.details?p_lang=fr&p_country=FRA

³Direction générale du travail, *L'inspection du travail en France en 2011*, Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social 2012, consultable via http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_IT_2011_sans_table.pdf

⁴http://www.ilo.org/ilostat/faces/home/statisticaldata/data_by_country/country-details/indicator-details?country=FRA&subject=EAP&indicator=EAP_TEAP_SEX_AGE_NB&_afLoop=703712023901783#%40%3Findicator%3DEAP_TEAP_SEX_AGE_NB%26subject%3DEAP%26_afLoop%3D703712023901783%26country%3DFRA%26_adf.ctrl-state%3Dczxf4lahh_735

⁵*Améliorer la qualité et la productivité au travail : Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail*, Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Doc. COM(2007)62final, 21 février 2007.

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

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2003, 2007 et 2009) que le cadre général des services de santé au travail de la France était conforme à l'article 3§4 de la Charte. Il a demandé des informations relatives aux changements envisagés de la législation et sur la manière dont les propositions formulées dans l'avis du Conseil économique et social du 27 février 2008 ont été prises en compte (Conclusions 2009).

Le rapport, qui distingue les régimes de la médecine du travail de droit commun, de l'agriculture et de la fonction publique, expose que le régime de droit commun a été réformé par la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Une autre source¹ indique que le dispositif législatif est complété par les décrets n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail, et n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail. La loi n° 2011-867 introduit à l'article L 4622-2 du Code du travail une définition innovante de la mission des services de santé au travail qui consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. En vue de cet objectif, les services de santé au travail conduisent des actions en la matière ; conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur la réduction des risques professionnels, l'amélioration des conditions de travail ; surveillent l'état de santé des travailleurs ; et participent au suivi et à la traçabilité de l'exposition professionnelle. La loi n° 2011-867 améliore également l'organisation des services de santé au travail (autonomes, interentreprises ou de groupe) ; introduit la composition pluridisciplinaire des équipes ; renforce la gouvernance au moyen du processus d'agrément des services de santé au travail ou de conventions pluriannuelles conclues avec les services interentreprises en vertu de l'article L 4622-10 du Code du travail ; précise les activités des services de santé au travail ; conforte l'indépendance et la protection du médecin du travail ; et étend l'accès aux services de santé de travail aux employés de maison, aux stagiaires en formation professionnelle, aux intermittents du spectacle et aux salariés saisonniers.

Le régime de droit commun s'applique à l'agriculture avec les aménagements apportés par les décrets n° 2012-706 du 7 mai 2012 relatif aux services de santé au travail et à la prévention des risques professionnels en agriculture et n° 2012-837 du 29 juin 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail en agriculture. La loi n° 2011-867 ajoute la prévention de la pénibilité aux attributions des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture (CPHSCT) de l'article L 717-7 du Code rural et de la pêche maritime, et prévoit désormais la prise en charge des salaires, le défraiement et le remboursement des frais occasionnés par les membres de CPHSCT.

Le régime de droit commun s'applique également à la fonction publique non hospitalière. Le rapport expose que l'Accord du 10 novembre 2009 relatif à la santé et à la sécurité au travail dans la fonction publique parachève la mise en conformité avec les principes d'organisation fixés par l'UE et prévoit la mise en place d'équipes pluridisciplinaires sous l'autorité du médecin de prévention. Ces modifications ont été étendues par le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité et à la médecine de prévention dans la fonction publique, qui fixe également le recrutement du médecin de prévention par contrat à durée indéterminée, et renforce ainsi son statut et son indépendance vis-à-vis de l'administration.

Le rapport indique que la France comptait environ 6 150 médecins du travail en 2011, soit 0,217 praticien pour 1 000 travailleurs, compte tenu de la main d'oeuvre (2010) publiée par ILOSTAT.² Le nombre de travailleurs suivis par les services de santé au travail (hors agriculture) a augmenté par rapport à la précédente période de référence, significativement en termes absolus (de 15 301 000 en 2006 à 15 820 000 en 2008 et 16 133 000 en 2010), et légèrement en termes rapportés à la main d'oeuvre publiée par ILOSTAT (de 55,42 % en 2006 à 56,53 % en 2008 et 56,92 % en 2010).

Le Comité prend note de ces informations. Il constate que le cadre législatif établi par la loi n° 2011-867 comporte une stratégie lorsque des services de santé au travail ne sont pas créés dans toutes les entreprises. Il constate également, bien que le rapport ne réponde pas expressément à la demande du Comité, que le nouveau cadre reprend certaines propositions formulées à l'avis du Comité économique et social du 27 février 2008, telles que le maintien du médecin du travail ou la pluridisciplinarité des équipes. Il demande que le prochain rapport indique le taux d'entreprises qui offrent l'accès aux services de santé au travail, autonomes ou interentreprises, dans la pratique. Il 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. Vu le caractère progressif de l'obligation de l'article 3§4 de la Charte, il demande également des informations relatives à l'accès des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile ainsi que des travailleurs intérimaires aux services de santé au travail.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 3§4 de la Charte.

¹http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.details?p_lang=fr&p_country=FRA

²http://www.ilo.org/ilostat/faces/home/statisticaldata/data_by_country/country-details/indicator-details?country=FRA&_afzLoop=1920210910268167#%40%3F_afzLoop%3D1920210910268167%26country%3DFRA%26_adf.ctrl-state%3D18143fkgkv_70

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Droit au meilleur état de santé possible

Le Comité relève dans les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) que l'espérance de vie à la naissance (moyenne pour hommes et femmes) était de 81,76 ans en 2009 (la moyenne observée la même année dans l'UE des 27 étant de 79,0 ans). Le rapport indique que l'espérance de vie à 65 ans a progressé. En 2010, elle était de 22,8 ans pour les femmes, soit 1,6 an de plus qu'en 2000, et de 18,6 ans pour les hommes, soit 1,9 an de plus qu'en 2000. Il apparaît qu'en France, l'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée d'Europe, tant pour les hommes que pour les femmes.

Le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) est resté quasiment identique entre 2008 et 2009 (respectivement 8,57 et 8,58).

Le Comité constate que, sur l'ensemble de la population en 2008, les causes de décès les plus fréquentes étaient les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire (respectivement près de 30 % des décès), les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès, un décès sur 14) et les maladies de l'appareil respiratoire autres que les tumeurs (un décès sur 17). Ces quatre groupes de maladies représentent toujours près des trois quarts des décès. Le rapport indique certaines mesures prises destinées à y remédier, telles que le Plan d'action national accidents vasculaires cérébraux pour 2010-2014, ou le Plan cancer pour 2009-2013.

La mortalité infantile est demeurée stable depuis la dernière période de référence. En 2010, elle était de 3,7 décès pour 1 000 naissances vivantes (le taux observé pour l'UE des 27 étant de 4,1 en 2010). Le rapport expose que les principales causes de mortalité infantile sont les suivantes : 50 % sont causés par des affections apparues au cours de la période périnatale, 21 % sont liées à des malformations congénitales et des anomalies chromosomiques.

En 2007-2008, le taux de mortalité maternelle était de 8,1 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle de la France entière est toujours plus élevé que celui de la France métropolitaine (8,1 contre 7,1 pour 100 000). Bien que l'objectif de faire baisser le taux sous le seuil de 5 décès pour 100 000 naissances en 2008 n'ait pas été atteint, le Comité constate dans le rapport, qu'afin de poursuivre les actions engagées dans le cadre du Plan périnatalité pour 2005-2007, une note d'orientation a été adressée aux Agences régionales de santé en janvier 2011 définissant leurs priorités à mettre en oeuvre dans le domaine périnatal et dans le domaine de la santé du jeune enfant. Le Comité demande que le prochain rapport indique si les actions engagées ont diminué davantage le taux de mortalité maternelle.

Droit à l'accès aux soins de santé

Le Comité a constaté précédemment l'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Conclusions 2009). Le rapport décrit les principales modifications apportées par cette loi au système de soins et à la politique de santé en France. Quatre axes essentiels caractérisent cette loi : les établissements de santé et leur modernisation ; des soins de qualité pour tous ; une politique de prévention et de santé publique engagée ; l'organisation territoriale du système de santé.

L'établissement des agences régionales de santé (ARS) constitue l'innovation principale de ce texte. Ces nouveaux organismes déclinent à l'échelon régional les objectifs de la politique nationale de santé, les principes de l'action sociale et médico-sociale et ceux de la protection sociale, à savoir le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie. Le Comité demande que le prochain rapport fasse le bilan de la mise en oeuvre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Concernant l'accès aux soins de santé, le rapport rappelle que toute personne résidant en France de façon stable et régulière (depuis plus de trois mois) et n'ayant pas de protection maladie a droit à la couverture maladie universelle de base (CMU-B). L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès de la Caisse d'assurance maladie (Caisse de sécurité sociale). La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet aux personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil mensuel de 647,58 € pour une personne seule et de 971,42 € pour un couple de bénéficiaire, gratuitement et en tiers payant, de la prise en charge de la part des soins non pris en charge par la sécurité sociale : le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier et, dans certaines limites, certains dépassements des tarifs de sécurité sociale (lunettes, prothèses dentaires).

Selon le rapport, l'existence des dispositifs de la CMU-B et de la CMU-C a permis de réduire de moitié la part de la population renonçant aux soins faute de revenus suffisants (de 40 à 22 %), mais constate également que le fait de donner le droit d'accès aux soins ne garantit pas un accès effectif à toutes les personnes.

Le Comité a reçu des commentaires de *Médecins du Monde*, qui est d'avis que même si les dispositifs de la CMU-B et de la CMU-C constituent une avancée majeure, les personnes démunies sont néanmoins affectées par la baisse des remboursements d'assurance maladie et l'augmentation du reste à charge pour les patients, et ce d'autant plus que de nombreuses personnes vivant en-dessous du seuil de pauvreté (fixé à 60 % du revenu médian) et bénéficiaires des minimas sociaux (dont le minimum vieillesse et l'allocation adulte handicapé) sont toujours exclues de la CMU-C en raison du plafond de ressources.

Outre les obstacles financiers, *Médecins du Monde* considère qu'il existe des barrières administratives qui rendent l'accès à la santé très difficile : plus de 20 % des personnes éligibles à la CMU-C (4,3 millions de personnes bénéficient du dispositif, initialement prévu pour couvrir 6 millions de personnes) et 75 % des personnes éligibles à l'aide à la complémentaire santé n'ont pas déposé de demande. La complexité des démarches administratives, les demandes de pièces excessives, les délais d'instruction très longs expliquent, outre les raisons financières, la renonciation à la CMU-B et la CMU-C.

Le rapport expose qu'outre le dispositif de la CMU, qui s'adresse aux Français et aux étrangers en situation régulière, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 a instauré l'aide médicale de l'état (AME), un dispositif de prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière. Le dispositif répond à un double objectif humanitaire et de santé publique (éviter la propagation de maladies contagieuses). *Médecins du Monde* considère néanmoins que le recours à l'AME est de plus en plus complexe pour les personnes et les professionnels de sécurité sociale et de santé. La très grande complexité administrative et la généralisation des demandes de pièces excessives par l'administration – générée en partie par la superposition complexe de nombreuses catégories administratives de sous-populations démunies – constituent des obstacles à l'accès aux soins.

Le Comité invite le Gouvernement à lui faire part de ses commentaires sur l'ensemble des observations présentées par *Médecins du Monde*.

Le rapport indique que la fréquence d'un nombre important de pathologies (VIH/sida, hépatite C) est significativement plus élevée au sein de la population carcérale qu'au sein de la population générale. La santé mentale des personnes détenues étant particulièrement fragile, un plan d'action stratégique a été adopté dans ce domaine, qui tient compte de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.

Concernant l'engorgement des services d'urgence, le rapport expose que problème est lié pour partie à la gestion des lits en aval et pour partie de difficultés en amont (absence de, ou difficultés à, trouver des solutions vu la gratuité des soins à l'hôpital, l'accueil de tous les patients, la possibilité de réaliser tous les examens sur place, etc.). Certaines mesures sont envisagées pour améliorer la situation. Le Comité demande à être informé de la mise en oeuvre de ces mesures. Il demande également que le prochain rapport fournisse des informations mises à jour sur la manière dont les listes d'attente sont gérées.

A l'occasion du dernier examen de la disposition, le Comité a adopté une question générale, adressée à tous les Etats parties, concernant la disponibilité des structures de réadaptation pour toxicomanes et la variété des structures et traitements. Dans la mesure où le rapport ne contient pas d'informations en réponse à cette question, le Comité souhaite que ces informations figurent dans le prochain rapport.

Concernant le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a reçu des observations de l'*International Lesbian and Gay Association (Région Europe)* (ILGA) indiquant "que, dans la pratique, la France impose la stérilisation aux personnes transgenre pour la reconnaissance juridique de l'identité de genre". Le Comité renvoie à sa question formulée à ce sujet dans l'Introduction Générale.

Suivi de la réclamation collective Médecins du Monde – International c. France (réclamation n° 67/2011, décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012).

Le Comité rappelle que, dans sa décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012 relative à la réclamation n° 67/2011 introduite par *Médecins du Monde – International* contre la France, il a conclu à la violation de l'article E combiné avec l'article 11§1 de la Charte au motif que l'Etat partie avait manqué à son obligation positive de veiller à ce que les Roms migrants, quel que soit leur situation au regard du séjour, y compris les enfants, aient un accès adéquat aux soins de santé.

Le Comité prend note des différentes mesures annoncées visant à améliorer l'intégration des Roms et, en particulier, leur accès aux soins de santé. Il considère néanmoins que les mesures adoptées par le Gouvernement ne garantissent pas suffisamment un accès adéquat aux soins de santé pour les Roms migrants, et réitère dès lors sa conclusion de non-conformité figurant à la réclamation n° 67/2011.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les Roms migrants n'ont pas un accès adéquat aux soins de santé.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Education et sensibilisation de la population

L'article 81 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, traite de la prévention des facteurs de risques pour la santé. Il instaure une fondation dont l'objet consiste à mobiliser les moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à promouvoir la santé. Ces actions intègrent la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi que la lutte contre les dépendances.

Concernant la promotion d'une alimentation saine, le Programme national nutrition santé (PNNS 3) 2011-2015 poursuit également des objectifs précis et quantifiés, tant en matière de consommation alimentaire que d'activité physique.

Le rapport mentionne une campagne d'information dans le domaine de la santé bucco-dentaire, ainsi qu'une nouvelle campagne télévisée lancée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et le ministère de la Santé le 13 décembre 2010 : « Contre les drogues, chacun peut agir », qui entend soutenir les parents et les adultes en général dans leur rôle de prévention de la consommation de drogue chez les adolescents. Elle les encourage à intervenir en cas de consommation, à aborder le sujet avec leur enfant, sans dramatisation ni banalisation, et à demander de l'aide extérieure en cas de besoin.

Le rapport expose que l'éducation à la santé participe, de la maternelle au lycée, à l'acquisition progressive de savoirs et de compétences qui doivent permettre aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé. La politique éducative de santé constitue un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité. Dans ce cadre, l'École joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information et l'orientation.

Les orientations de la politique éducative de santé sont définies dans une circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques. Les priorités retenues dans le cadre de la circulaire sont : faire acquérir aux élèves des bonnes habitudes d'hygiène de vie ; généraliser la mise en oeuvre de l'éducation nutritionnelle et promouvoir les activités physiques ; généraliser l'éducation à la sexualité ; généraliser la prévention des conduites addictives ; organiser la prévention des « jeux dangereux » et participer à la prévention et à la lutte contre le harcèlement entre élèves ; repérer les signes d'alerte témoignant du mal-être et organiser le cas échéant la prise en charge des élèves repérés, notamment des victimes ou des auteurs de harcèlement ; renforcer l'éducation à la responsabilité face aux risques (formation aux premiers secours).

Consultation et dépistage des maladies

Le rapport indique qu'une note d'orientation a été adressée aux Agences régionales de santé en janvier 2011 définissant leurs priorités à mettre en oeuvre dans le domaine périnatal et dans le domaine de la santé du jeune enfant. Le Comité avait néanmoins demandé une description des consultations et dépistages gratuits qui sont à la disposition des femmes enceintes (Conclusions 2009). Le rapport ne fournissant pas cette information, le Comité réitère sa demande.

Concernant le suivi de la santé des élèves, le Comité constate que l'article L 541-1 du Code de l'éducation concerne la réalisation de visites médicales dans la 6ème, 9ème, 12ème et 15ème année de l'enfant. Actuellement, le bilan de santé de la 6ème année est réalisé par les personnels de santé de l'Education nationale. Le taux de réalisation de ce bilan pour l'année 2010-2011 est de 70,9 % pour 74 départements dans 27 académies (en raison d'une grève administrative des médecins et infirmiers). Ce taux est de 81,3 % des enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire.

Le rapport expose le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) pour 2010-2014. Il vise à banaliser le dépistage en direction de la population générale et de renforcer l'action publique spécifique en faveur de certains publics particulièrement vulnérables en raison de la variété des populations touchées et des modes de contamination. Il vise également à réduire la transmission d'autres infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonococcies, infections à chlamydiae, etc.) dont la prévalence tend à augmenter ces dernières années.

Pour la deuxième fois, le rapport ne contient aucune information sur les services de consultation et de dépistage des maladies pour l'ensemble de la population. Le Comité souligne qu'en vertu de l'article 11§2 de la Charte, des dépistages des maladies responsables des principales causes de décès doivent être organisés, si possible de manière systématique. La prévention par le dépistage doit jouer un rôle effectif dans l'amélioration de l'état de santé de la population. Ces informations ne figurant pas dans le rapport, le Comité n'est pas en mesure d'examiner la situation. Il demande dès lors, une fois de plus, quels sont les programmes de dépistage disponibles dans le pays.

Suivi de la réclamation collective Médecins du Monde – International c. France (réclamation n° 67/2011, décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012).

Le Comité rappelle que, dans sa décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012 relative à la réclamation n° 67/2011 introduite par *Médecins du Monde – International* contre la France, il a conclu à la violation de l'article E combiné avec l'article 11§2 de la Charte au motif que les possibilités pour les femmes Roms migrantes enceintes et les enfants de bénéficier de consultations gratuites et régulières et des dépistages étaient insuffisantes.

Le Comité prend note des différentes mesures annoncées visant à améliorer l'intégration des Roms et, en particulier, leur accès aux soins de santé. Il considère cependant que les mesures adoptées par le Gouvernement ne garantissent pas suffisamment de consultations et dépistages gratuits et réguliers pour les femmes enceintes et les enfants Roms, et réitère dès lors sa conclusion de non-conformité dans la réclamation n° 67/2011.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif que les possibilités pour les femmes Roms migrantes enceintes et les enfants de bénéficier des consultations gratuites et régulières et des dépistages sont insuffisantes.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Environnement sain

Le Comité prend note, dans le rapport, du Plan national santé environnement (PNSE2) pour 2009-2013. Il comporte des actions telles que : la réduction des substances toxiques dans l'air et dans l'eau ; la qualité de l'air intérieur ; la réduction de l'exposition aux substances ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique en milieu de travail ; protéger la santé et l'environnement des enfants ; protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables du fait de leur état de santé ; la lutte contre l'habitat indigne ; protéger la population des contaminations environnementales liées à l'eau ; lutter contre les « points noirs environnementaux » ; diminuer l'impact du bruit ; réduire l'exposition au radon et à l'amiante naturellement présents dans l'environnement. Chaque Région élabore un Plan régional santé environnement (PRSE) afin d'assurer la mise en oeuvre du PNSE au plus près des réalités locales.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations concernant la mise en oeuvre des actions précitées telle que, par exemple, les niveaux de pollution atmosphérique ou les cas de contamination d'eau potable et d'intoxication alimentaire constatés au cours de la période de référence.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité prend note des modifications de la législation sur la vente d'alcool et de tabac. L'interdiction de fournir de l'alcool aux mineurs a été renforcée. Une affiche normalisée rappelant cette interdiction doit, par exemple, être apposée dans les débits de boissons à emporter. Les sanctions en cas de vente aux mineurs de boissons alcooliques ont été durcies, ainsi que les conditions de vente d'alcool dans les points de vente de carburant.

En matière de lutte contre le tabagisme, la vente ou la distribution gratuite de cigarettes aromatisées dont la teneur en agents édulcorants ou acidifiants dépasse des seuils fixés par décret, sont interdites. La vente ou la distribution gratuite, dans les débits de tabac et tous les commerces ou lieux publics, de produits ou d'ingrédients du tabac aux mineurs de moins de 18 ans (16 ans auparavant) est interdite.

Bien que le Comité ait conclu précédemment à la conformité de la situation à la Charte dans ce domaine, il demande à être informé de toutes les évolutions en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de tabagisme (plans d'action, tendances de la consommation, etc).

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport expose le Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale pour 2005-2010. Les mesures du Plan incluent des stratégies de vaccination ; des stratégies de promotion de la vaccination ; l'amélioration de la surveillance de la maladie ; l'amélioration de la connaissance de l'évolution de la couverture vaccinale ; et l'élaboration de protocoles.

Le rapport mentionne également le Plan national de lutte contre les hépatites B et C. Conformément aux objectifs fixés par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui consiste à réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques, de maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de

drogue et d'amorcer une baisse de l'incidence du VHC, ce Plan comprend cinq axes stratégiques, 15 objectifs et 55 actions. Le Comité demande à être informé des résultats du Plan, à savoir si les objectifs énoncés dans la loi de santé publique ont été atteints.

En ce qui concerne le programme de lutte contre la tuberculose, celui-ci répond aux besoins identifiés au vu de l'évolution des données épidémiologiques relatives à la tuberculose. En raison de la faible fréquence de cette maladie, l'expérience des professionnels de santé a également diminué, et la fréquence demeure néanmoins très hétérogène selon les groupes de population et les territoires. Les personnes les plus défavorisées et celles originaires de zones de forte endémie (Afrique subsaharienne, Asie et Europe de l'Est) présentent une incidence très élevée.

En ce qui concerne la préparation et gestion des alertes sanitaires, le règlement sanitaire international (entrée en vigueur le 15 juin 2007) vise à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.

Accidents

Un Plan national de prévention des accidents de la vie courante est en vigueur depuis 2007. Il comprend dix actions réparties en trois axes : actions destinées à prévenir les accidents à l'intérieur des habitations (brûlure et intoxication en cas d'incendie domestique) et les risques de chute et de défenestration ; actions destinées à prévenir les accidents survenant à l'extérieur (traumatismes crâniens et noyades) ; actions transversales. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre du Plan, y compris sur le nombre de morts dus à des accidents de la route ou à des accidents durant les loisirs.

Suivi de la réclamation collective Médecins du Monde – International c. France (réclamation n° 67/2011, décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012).

Le Comité rappelle que, dans sa décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012 relative à la réclamation n° 67/2011 introduite par *Médecins du Monde – International* contre la France, il a conclu à la violation de l'article E combiné avec l'article 11§3 de la Charte au motif d'un défaut de prévention des maladies et des accidents dans les communautés Roms.

Le Comité prend note des différentes mesures annoncées visant à améliorer l'intégration des Roms et, en particulier, leur accès aux soins de santé. Il considère néanmoins que les mesures adoptées par le Gouvernement ne garantissent pas suffisamment une politique de prévention des maladies et des accidents dans les communautés Roms, et réitère dès lors sa conclusion de non-conformité dans la réclamation n° 67/2011.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif d'un défaut de prévention des maladies et des accidents dans les communautés Roms.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Risques couverts, financement des prestations et champ d'application personnel

Le Comité a demandé précédemment (Conclusions 2009) des données chiffrées actualisées relatives aux taux de couverture pour chacune des branches de la sécurité sociale.

Le Comité constate que le rapport ne contient pas ces informations. Il prend note des taux de couverture applicables en vertu du Code de sécurité sociale indiqués dans le rapport. Il constate que l'ensemble de la population résidente est couverte pour les soins de santé grâce à la couverture maladie universelle (CMU). 68,0 % de la population (à l'exclusion des bénéficiaires des prestations) sont couverts contre le risque de chômage et 76,6 % contre les risques d'invalidité.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations relatives aux taux de couverture (pourcentage de personnes assurées contre ces risques rapporté à la population active totale) des prestations de chômage, de maladie, de vieillesse, de maternité et d'invalidité.

Caractère suffisant des prestations

Le Comité note que, selon Eurostat, 50 % du revenu médian ajusté équivalait à 833 € en 2011 et à 802 € en 2010.

Pension d'invalidité et pension de vieillesse

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2009) que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que la pension minimale d'invalidité s'élevait à 255,30 € par mois, soit un montant inférieur à 40 % du revenu médian ajusté établi par Eurostat. A cet égard, le Comité relève dans le rapport du Comité gouvernemental (Comité gouvernemental, Rapport relatif aux Conclusions 2009, Doc. T-SG(2011)1final, §139) et dans le rapport que, dans la pratique, les minima des pensions d'invalidité et de vieillesse sont supérieurs à 40 % du revenu médian ajusté dans la mesure où, selon les ressources de la personne, ils peuvent être complétés par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), non contributive, ainsi que par d'autres allocations telles que la majoration pour vie autonome ou le complément de ressources.

Le Comité note également que les personnes dont les revenus sont faibles, et notamment les bénéficiaires de l'ASI et de l'allocation de solidarité des personnes âgées (ASPA), peuvent avoir accès à des aides au logement locatif sous réserve de remplir des conditions techniques et/ou de ressources. Ces aides peuvent être l'aide personnalisée au logement, l'allocation de logement à caractère social et l'allocation de logement familiale. Le montant mensuel moyen de ces différentes prestations est de l'ordre de 200 €.

Le Comité relève dans le Système mutuel d'information sur la protection sociale (MISSOC) que les prestations d'invalidité sont versées à compter de la date où l'état d'invalidité est réputé exister ou lorsque cesse le paiement des indemnités de maladie. A l'âge de la retraite, les prestations d'invalidité sont remplacées par la pension de vieillesse.

Le Comité relève dans une autre source¹ qu'en 2012, le montant minimum de la pension d'invalidité pour la première et la deuxième catégorie d'invalidité était de 279,98 €. L'ASI était de 396,21 € et le complément de ressources de 179,31 €. Le Comité constate dès lors que le

montant minimal total des prestations d'invalidité contributives et non contributives était d'environ 854 € par mois en 2012. En 2010, selon le rapport, ce montant était de 824 €.

Le Comité prend en considération l'ensemble des différents éléments constituant la branche invalidité de la sécurité sociale et conclut que la situation est conforme à la Charte. Il demande néanmoins si toutes les personnes appartenant à la première et à la deuxième catégorie d'invalidité perçoivent ce montant à titre de prestation d'invalidité minimum.

En ce qui concerne le montant minimum des prestations de vieillesse, le Comité relève dans le rapport que le montant minimum de la pension de vieillesse non contributive (ASPA) était de 777 € en 2012 et de 708 € en 2010, auquel peuvent s'ajouter des aides au logement (en moyenne 200 € par mois, voir ci-dessus).

Prestations de maladie

Le Comité demande quel est le montant minimum des prestations de maladie.

Indemnités de chômage

Le Comité a demandé précédemment (Conclusions 2009) quel était le montant minimum de l'allocation de chômage combiné à d'autres formes d'aides auxquelles pouvaient prétendre les chômeurs. Il relève dans le rapport que le montant minimum de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) était, avant le 1er juillet 2012, de 27,66 € par jour ou 839 € par mois. Selon le rapport, le revenu de solidarité active (RSA) est également versé, en cas de besoin, en complément de l'allocation de chômage afin de porter les ressources perçues au minimum garanti. Le Comité constate que le montant minimum de l'allocation de chômage est suffisant.

Le Comité a également demandé quels étaient les critères d'admission au bénéfice de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et si elle pouvait être versée en complément de l'allocation de chômage. En réponse, le rapport expose que l'ASS peut être versée aux demandeurs d'emploi qui ont épuisé leurs droits à l'allocation d'assurance chômage. En outre, les demandeurs d'emploi appartenant à certaines professions (par exemple, les artistes et les marins pêcheurs) peuvent également demander l'ASS s'ils sont inscrits sur la liste des demandeurs d'emploi, s'ils sont à la recherche d'un emploi, s'ils peuvent justifier de cinq années d'activité salariée et si leurs ressources ne dépassent pas un certain plafond. Les ressources prises en compte pour la détermination du droit à l'allocation comprennent toutes les ressources personnelles déclarées à l'administration fiscale (y compris les revenus mobiliers et immobiliers), ainsi que celles du conjoint ou du concubin ou de la personne avec laquelle un pacte civil de solidarité (PACS) a été conclu.

Le Comité a en outre demandé à connaître la fréquence de décisions de suspendre définitivement le versement des allocations de chômage à la suite du refus, sans motif légitime, d'une offre d'emploi. En réponse, le rapport expose que le demandeur peut être sanctionné en cas de non-respect de ses obligations, notamment de refus d'accepter un emploi ou de définir et d'actualiser le projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE). Dans ces cas, le demandeur peut être radié temporairement de la liste des demandeurs d'emploi (ce qui implique en pratique la suspension temporaire de son revenu de remplacement) et peut également voir son revenu de remplacement réduit ou supprimé par décision du Préfet. Une commission tripartite est chargée, à la demande du demandeur d'emploi, de donner un avis sur la décision de suppression du revenu de remplacement envisagée par le Préfet.

Le PPAE est établi conjointement par Pôle emploi et par le demandeur d'emploi. Il définit le champ de la recherche d'emploi en tenant compte de la formation ; de la formation, des

qualifications et des compétences du demandeur d'emploi acquises au cours des expériences professionnelles ; de la situation personnelle et familiale du demandeur d'emploi ; et de la situation du marché local de l'emploi.

Le PPAE définit par ailleurs l'offre raisonnable d'emploi (ORE) que le demandeur d'emploi est tenu d'accepter. Le demandeur d'emploi est sanctionné en cas de refus sans motif légitime de deux ORE. La nature et les caractéristiques de l'emploi recherché, la zone géographique privilégiée et le salaire attendu définissent les éléments constitutifs de l'offre raisonnable d'emploi. Malgré l'introduction en 2008 de cette définition objective de l'ORE, largement inspirée des pratiques étrangères notamment allemandes et scandinaves, le dispositif n'a pas reçu d'application effective : seuls 40 demandeurs d'emploi ont été sanctionnés par une radiation de la liste des demandeurs d'emploi pour refus de deux ORE au cours de l'année 2010. Il n'existe pas de jurisprudence nationale concernant la suppression du revenu de remplacement pour refus d'ORE.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 12§1 de la Charte.

¹<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16940.xhtml#N10159>

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 2 - Maintien d'un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

La France a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 17 février 1986, et en a accepté les parties II et IV à IX.

Le Comité relève dans la Résolution ResCSS(2012)6 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par la France (période du 1^{er} juillet 2010 au 30 juin 2011) que la législation et la pratique de la France continuent de donner plein effet aux parties du Code qui ont été acceptées.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 12§2 de la Charte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Le Comité prend note des évolutions législatives intervenues au cours de la période de référence. Il note que la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 a relevé le plafond de ressources ouvrant droit à l'assurance maladie complémentaire, qui finance environ 50 % du coût du contrat individuel d'assurance complémentaire privée. La loi prévoit également des mesures destinées à optimiser les dépenses publiques de santé.

Le Comité prend également note des évolutions législatives en matière de prestations de retraite intervenues en 2008 ainsi que de la réforme de 2010 visant à maintenir et consolider le régime d'assurance vieillesse et à assurer son financement à long terme. Elle a prolongé la durée de la vie active par l'adoption de trois mesures, qui entreront en vigueur progressivement : relèvement de l'âge d'ouverture du droit à pension de 60 à 62 ans ; allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein à compter de 2018 ; relèvement de l'âge d'obtention d'une pension à taux plein sans condition de durée d'assurance de 65 à 67 ans à compter de 2023. La loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 a accéléré la réforme de 2010 en avançant le calendrier du relèvement de l'âge de la retraite. Au-delà, et sans modifier les paramètres de la réforme de 2010, le nouveau Gouvernement mis en place en mai 2012 a élargi les modalités de maintien du droit à la retraite à 60 ans pour les personnes justifiant de longues carrières professionnelles.

En réponse à la question relative à la charge des dépenses d'assurance maladie, formulée dans la précédente conclusion, le Comité note que la part du coût des soins de santé à la charge des ménages s'est stabilisée à 9,6 % sur la période 2009-2011, après avoir augmenté entre 2005 et 2008. La France reste toutefois l'un des pays de l'OCDE où la part des soins de santé prise en charge par le régime de base d'assurance maladie est des plus élevées. Elle représentait 75,8 % des dépenses en 2011, les organismes complémentaires couvrant en moyenne 13,5 % des dépenses.

Le régime d'assurance maladie de base est complété par des couvertures complémentaires à caractère professionnel ou à adhésion volontaire (CMUC). Les personnes aux revenus les plus faibles qui n'ont pas les moyens de financer une assurance complémentaire peuvent bénéficier de la CMUC.

En réponse à la question relative à la décision de ramener de quatre à un an la période d'admission du survivant au bénéfice de prestations en nature, le rapport précise qu'avant 2000, le bénéfice des prestations en nature d'assurance maladie dépendait de l'affiliation du travailleur à une caisse professionnelle d'assurance maladie. Dans ce cadre, un long délai de maintien de droit en cas de changement de situation professionnelle se justifiait pour s'assurer que les travailleurs, et surtout leurs ayant-droits, demeuraient bien couverts pendant le changement de statut. Depuis la mise en place en 2000 de la couverture maladie universelle (CMU), qui garantit la continuité du bénéfice de ces droits, cette protection ne se justifie plus.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 12§3 de la Charte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 4 - Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les Etats

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Egalité de traitement et conservation des avantages acquis (article 12§4a)

Droit à l'égalité de traitement

L'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres Etats parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale doit être assurée par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux ou au moyen de mesures unilatérales.

La coordination des systèmes de sécurité sociale des Etats membres de l'UE est régie par le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et par le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application en fixant les modalités (ces règlements s'appliquent également aux Etats membres de l'Espace économique européen [EEE] et à la Suisse). L'article 4 du règlement (CE) n° 883/2004 prévoit expressément l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres Etats membres, les apatrides et les réfugiés résidant sur le territoire de l'Etat membre qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou de plusieurs Etats membres, ainsi que les membres de leur famille et leurs survivants. Les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 sont étendus par le règlement (UE) n° 1231/2010 du Parlement européen et du Conseil du 24 novembre 2010 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants, dès lors qu'ils résident légalement sur le territoire d'un Etat membre et qu'ils se trouvent dans une situation dont tous les éléments ne se cantonnent pas à l'intérieur d'un seul Etat membre (article 1^{er}). Cela concerne notamment la situation d'un ressortissant d'un pays tiers qui présente uniquement des liens avec un pays tiers et un seul Etat membre.

Le Comité rappelle qu'en tout état de la cause, en vertu de la Charte, les Etats de l'UE sont tenus de garantir aux ressortissants d'autres Etats parties à la Charte de 1961 et à la Charte qui ne sont pas membres de l'UE, l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale lorsqu'ils résident légalement sur leur territoire (Conclusions XVIII-1). A cet effet, ils doivent soit conclure avec eux des accords bilatéraux, soit prendre des mesures unilatérales.

Au cours de la période de référence, la France n'a conclu aucun accord bilatéral garantissant le principe d'égalité de traitement avec des Etats parties non membres de l'UE ou non parties à l'EEE. Le rapport ne mentionne en outre aucune mesure unilatérale prise pour étendre, dans les faits, le principe d'égalité de traitement aux ressortissants des Etats parties non membres de l'UE ou non parties à l'EEE avec lesquels aucun accord bilatéral n'existe. Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte au motif que l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale n'est pas assurée entre les nationaux et les ressortissants de tous les autres Etats parties.

En ce qui concerne le versement des prestations familiales, le Comité a considéré précédemment qu'en vertu de l'article 12§4 de la Charte, tout enfant qui réside dans un Etat partie a droit à ces prestations au même titre que les ressortissants de l'Etat partie concerné. Quel que soit le bénéficiaire au regard du régime de sécurité sociale – le travailleur ou l'enfant – , les Etats parties sont tenus de garantir, par des mesures unilatérales, le paiement effectif des prestations familiales au titre de tous les enfants qui résident sur leur territoire. En d'autres

termes, le fait d'exiger que l'enfant réside sur le territoire de l'Etat partie concerné est conforme à l'article 12§4 de la Charte et à son Annexe. Toutefois, dans la mesure où tous les pays n'appliquent pas un tel système, les Etats parties qui imposent une « condition de résidence de l'enfant » sont tenus, pour garantir l'égalité de traitement au sens de l'article 12§4 de la Charte, de conclure dans un délai raisonnable des accords bilatéraux ou multilatéraux avec les Etats parties qui appliquent un principe différent pour l'admission au bénéfice de ces prestations.

Le Comité a demandé précédemment (Conclusions 2009) si de tels accords existent avec les pays suivants : Albanie, Arménie, Géorgie, Serbie et la Fédération de Russie, s'ils sont envisagés et dans quels délais. Le rapport indique que la France engage des négociations avec les Etats européens non membres de l'EEE qui le souhaitent dans un cadre de réciprocité des engagements. Il ajoute que les contacts entrepris avec la Fédération de Russie et la Serbie n'ont donné à ce jour aucun résultat concret. Il souligne également que, selon le Gouvernement, l'article 12§4 de la Charte ne contient pas d'obligation de conclure des accords avec d'autres Etats parties. Le Comité rappelle que les Etats parties peuvent choisir de mettre en œuvre leurs obligations, non seulement par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux, mais également par l'adoption de mesures unilatérales. Le Comité demande que le prochain rapport indique si le Gouvernement envisage de conclure des accords avec les Etats parties avec lesquels il n'existe pas d'accord, ou les mesures unilatérales, et le cas échéant selon quel calendrier.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité se réfère à sa description de la situation en la matière dans les Conclusions 2009.

En réponse à la question relative à l'exportabilité des pensions liquidées en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle pour les ressortissants des Etats parties non liés par un accord bilatéral avec la France ou qui n'ont pas ratifié la Convention de l'OIT n° 19 sur l'égalité de traitement (accidents du travail) (1925), à savoir les ressortissants de l'Albanie, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, la République de Moldova et l'Ukraine, le rapport précise que ces pensions sont exportées vers les Etats parties aux instruments ratifiés par la France (tels que la Charte révisée). Le Comité en déduit que l'exportabilité des pensions liquidées en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles est garantie pour les ressortissants des Etats parties précités. Il demande que le prochain rapport confirme cette analyse.

Droit au maintien des droits en cours d'acquisition (article 12§4b)

Le Comité rappelle que le fait d'aller travailler dans un autre pays où n'ont pas été acquises les périodes d'assurance ou d'emploi exigées par la législation nationale pour avoir droit à certaines prestations ne saurait entraîner un traitement moins favorable. Cela nécessite, au besoin, de procéder à la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi effectuées sur le territoire d'un autre Etat partie et, s'agissant des prestations de longue durée, l'application du principe du prorata pour l'admission au bénéfice, le calcul et le versement des prestations (Conclusions XIV-1, Portugal ; Conclusions XV-1, Italie).

Les Etats parties ont, afin de garantir le maintien des droits en cours d'acquisition, le choix des moyens : convention multilatérale, accord bilatéral, ou mesures unilatérales, législatives ou administratives. Le principe de totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi est garanti aux ressortissants des Etats parties couverts par la réglementation de l'UE. En ce qui concerne les ressortissants des Etats parties qui ne sont pas couverts par la réglementation de l'UE, le Comité considère que la garantie de ce principe constitue l'une des parties de la Convention européenne de sécurité sociale qui sont directement applicables à l'ouverture du droit aux

prestations et le calcul des prestations dans toutes les branches de la sécurité sociale visées par ladite Convention.

La France n'ayant pas ratifié ladite Convention, elle ne peut s'en prévaloir pour établir qu'elle a pris des mesures suffisantes afin de garantir le maintien des droits en cours d'acquisition.

Le rapport précise que l'article 12§4b de la Charte a une portée très réduite par rapport à la législation française de sécurité sociale dans la mesure où la plupart des prestations sont servies sans condition de durée d'assurance. Cette condition est uniquement requise pour l'assurance vieillesse et uniquement dans le cas où la personne demande à bénéficier du départ à la retraite à l'âge légal (à partir de 60 ans) sans disposer du nombre de trimestres requis pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein. La pension de vieillesse fait l'objet d'un abattement dans ce cas. En revanche, à partir de 65 ans, les assurés bénéficient d'une pension de vieillesse au taux plein, la pension est calculée en fonction de la durée de la contribution au régime, sans abattement et dès lors sans nécessité de totaliser toutes les périodes d'assurance. En conséquence, la seule condition pour obtenir la liquidation d'une pension consiste à atteindre l'âge de 65 ans, sans qu'aucun droit acquis ne soit perdu en cas de carrière incomplète dans un régime français.

Le Comité note ces explications et souligne que le fait que l'article 12§4b de la Charte ait une portée réduite en France devrait faciliter d'autant plus la garantie, par des mesures unilatérales, du principe de totalisation des périodes d'assurance vieillesse pour tous les ressortissants des Etats parties non couverts par la réglementation de l'UE et non liés à la France par un accord bilatéral. Tel n'étant pas les cas, le Comité réitère sa conclusion de non conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte aux motifs que :

- l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres Etats parties ;
- le droit au maintien des droits en cours d'acquisition n'est pas garanti aux ressortissants de tous les autres Etats parties.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Selon le rapport, en France, l'assistance sociale comporte d'une part, les prestations en espèces et en nature (logement, aide à domicile...) accordées, en vertu de la loi, par l'Etat ou les collectivités locales et, d'autre part, les prestations complémentaires facultatives délivrées par les organismes de sécurité sociale, les collectivités publiques ou les organisations non gouvernementales.

Le Comité prend note des réformes mises en œuvre durant la période de référence, en particulier l'introduction en 2009 du revenu de solidarité active (RSA), issu de la fusion entre l'allocation de parent isolé (API), le revenu minimum d'insertion (RMI) et d'autres mesures d'activation. Le RSA est versé aux ménages disposant d'un revenu inférieur à un certain seuil, qui est fonction de la composition du foyer. Contrairement à l'ancien système, il est versé sans limite de durée, aussi longtemps que les conditions sont remplies, et les personnes qui travaillent y sont également éligibles (mais peuvent alors perdre la prime pour l'emploi [PPE]). Les personnes dépourvues de ressources bénéficient d'un revenu minimum fixe grâce au RSA socle, tandis que les salariés dont les revenus tirés d'une activité professionnelle sont insuffisants perçoivent un complément de revenu par le RSA activité. Fin décembre 2011, plus de 2 millions de ménages – soit environ 4,4 millions de personnes – bénéficiaient du RSA en France : environ 1,3 million de foyers sans ressources percevaient uniquement le RSA socle, 0,2 million avaient droit au RSA socle et au RSA activité, et presque 0,5 million ne recevaient que le RSA activité. Selon le rapport d'évaluation établi en 2011, le nombre et la composition des allocataires du RSA socle est relativement stable : deux tiers de ceux qui le percevaient en décembre 2009 en bénéficiaient toujours un an plus tard. Selon une autre étude, la proportion de ménages éligibles au RSA mais n'ayant pas demandé à en bénéficier était de 35 % pour le RSA socle et de 68 % pour le RSA activité. En termes de résultats, selon le rapport d'évaluation, le RSA a permis de faire baisser en 2010 le nombre de personnes en-dessous du seuil de pauvreté de 2,0 % et d'augmenter ce dernier de 0,2 points. L'impact du RSA sur le taux de retour à l'emploi reste toutefois inconnu.

L'allocation temporaire d'attente (ATA) peut être versée dans l'attente de satisfaire aux conditions d'accès au RSA (demandeurs d'asile, anciens détenus...). Son montant est de 11,01 € par jour (330,30 € par mois). Elle était versée à 44 500 personnes en 2010.

La situation de la France est non conforme à l'article 13§1 de la Charte depuis 2000, au motif que la limite d'âge pour l'octroi des prestations servies au titre du revenu minimum, à l'exception des jeunes de moins de 25 ans qui ont charge de famille, est fixée à 25 ans. Le Comité a toujours considéré qu'en l'absence d'aide de subsistance, les autres formes d'assistance – supplémentaires ou soumises à condition – dont peuvent bénéficier les jeunes ne sont pas d'un niveau suffisant pour être conforme à la Charte. Il prend note à cet égard des informations communiquées au Comité gouvernemental (Comité gouvernemental, Rapport relatif aux Conclusions 2009, Doc. T-SG (2011)1final, §§ 275-292) et dans le rapport, qui indiquent qu'en septembre 2010, le RSA a été étendu aux jeunes actifs, sous réserve qu'ils aient exercé une activité professionnelle équivalant à deux ans d'activité à temps plein au cours des trois dernières années (fin 2011, il y avait près de 9 000 jeunes bénéficiaires du RSA). Il prend également note des informations précisant que différentes prestations et mesures visent directement les jeunes ou leur sont accessibles, ainsi que de l'argument avancé par le

Gouvernement, selon lequel le système actuel vise à encourager la solidarité familiale dans la lutte contre la pauvreté. Sur ce point, tout en relevant le progrès que constitue l'extension du RSA à certains jeunes de moins de 25 ans, le Comité rappelle qu'au sens de l'article 13§1 de la Charte, le droit à l'assistance présuppose que l'intéressé soit dans l'incapacité de se procurer des moyens d'existence « soit par ses propres efforts soit par d'autres sources » et que la solidarité familiale ne peut être considérée comme une « autre source » de revenu suffisamment certaine pour quelqu'un qui est sans ressources, mais constitue davantage une « valeur morale sans caractère juridique ». La solidarité familiale ne constitue pas une source claire et précise d'aide sociale pour ceux qui sont dans le besoin, et nombre de familles ne sont en outre pas toujours en mesure de fournir le niveau minimum d'assistance nécessaire. Le Comité réitère par conséquent sa précédente conclusion de non-conformité sur ce point.

En ce qui concerne l'assistance médicale, le Comité a constaté dans les Conclusions 2009 que la couverture maladie universelle (CMU) a permis aux personnes disposant d'un revenu inférieur à un certain montant (647,58 € en 2012) de bénéficier gratuitement et en tiers payant de la part des soins non prise en charge par le système de sécurité sociale, à savoir le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier et, dans certaines limites, certains dépassements des tarifs de sécurité sociale. Le rapport admet toutefois qu'en 2008, 15,4 % de la population (âgée de plus de 18 ans) avait renoncé à des soins (principalement dentaires et optiques) pour des raisons financières.

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, dans son examen de la situation pour la période de référence, des éléments suivants :

- Prestation de base : selon le système mutuel d'information sur la protection sociale (MISSOC), le montant du RSA versé à une personne seule s'élevait, en 2011, à 466,99 € ou 410,95 € (selon que l'intéressé percevait ou non des aides au logement), ce qui correspondait respectivement à 28 ou 25 % du revenu médian ajusté. Cette prestation représente le revenu de base des personnes sans ressources. Celles qui ont un faible revenu peuvent également percevoir le RSA activité en complément.
- Prestations complémentaires : le rapport indique que le faible niveau de la prestation de base s'explique par le fait que les allocataires du RSA bénéficient également d'un certain nombre d'autres prestations (aides au logement, allègements fiscaux, frais de santé, accès gratuit à certains services). Selon le rapport, les aides au logement s'élevaient en moyenne en 2009, à 227 € pour un allocataire du RSA vivant seul. Le Comité souligne que, pour évaluer le niveau de l'assistance et sa conformité à la Charte, il nécessite des chiffres détaillés concernant le montant mensuel des prestations de base et des prestations complémentaires auxquelles un demandeur type vivant seul a droit pendant les années – ou au moins la dernière année – de la période de référence. Il demande une nouvelle fois que le prochain rapport indique le montant moyen de toutes les prestations complémentaires servies à une personne seule durant la période considérée (la prochaine période couvrira les années 2012-2016). Dans l'attente, il note dans la base de données MISSOC et Eurostat qu'en 2009, le montant de la prestation de base était de 454,63 € pour une personne seule, et que le seuil de pauvreté (défini à 50 % du revenu médian ajusté, calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté déterminé par Eurostat) était de 818,50 €. Il constate que le

montant cumulé des prestations de base et des prestations complémentaires était inférieur, en 2009, au seuil de pauvreté. Vu l'absence d'informations sur l'existence d'autres prestations et sur leurs montants moyens, le Comité considère qu'il n'est pas établi que le niveau de l'assistance est conforme à l'article 13 de la Charte.

- Assistance médicale : les soins de santé sont pris en charge dans le cadre de la couverture maladie universelle (CMU). La CMU de base (CMU-B) est gratuite pour les bénéficiaires du RSA. Les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil, en ce compris les bénéficiaires du RSA, ont également droit à une couverture maladie complémentaire (CMU-C). Au 13 décembre 2010, 1 849 personnes étaient couvertes par la CMU-B en France.
- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté déterminé par Eurostat) : il était estimé à 833 € par mois en 2011.

Le Comité note que les informations fournies ne permettent pas d'établir que le niveau de l'assistance sociale est compatible avec le seuil de pauvreté.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité a considéré dans les Conclusions 2009 que la situation de la France était non conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que le droit de recours en matière d'assistance sociale était effectif et a demandé des informations sur les résultats des réformes en cours.

Les autorités françaises ont informé le Comité gouvernemental (Comité gouvernemental, Rapport relatif aux Conclusions 2009, Doc. T-SG (2011)1final, §§ 275-292) qu'entre 2005 et 2008, diverses compétences avaient été transférées aux tribunaux administratifs ordinaires, notamment pour les litiges relatifs aux travailleurs handicapés, au droit au logement opposable et au RSA. Les autres décisions concernant l'assistance sociale peuvent faire l'objet, dans les deux mois de leur notification, d'un recours devant une juridiction spécialisée en matière sociale, la Commission départementale d'aide sociale (CDAS) en première instance, la Commission centrale d'aide sociale (CCAS) en deuxième instance et le Conseil d'Etat en dernier ressort.

Le Comité prend note des changements intervenus. Il demande que le prochain rapport continue à fournir des informations à jour sur la réforme en cours de la procédure devant les juridictions spécialisées en matière sociale. Dans l'intervalle, il considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Champ d'application personnel

Le Comité a constaté dans les Conclusions 2009 que, s'agissant de l'admission au bénéfice du revenu minimum, la condition de résidence avait été levée pour les ressortissants de l'UE. Il a néanmoins conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif qu'une période de résidence de cinq ans était toujours requise pour les ressortissants non communautaires possédant un titre de séjour temporaire.

Le rapport souligne que cette règle connaît plusieurs exceptions – pour les réfugiés, les apatrides, les parents isolés ainsi que les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il confirme cependant que la condition de durée de résidence s'applique dans les autres cas.

Le Comité rappelle qu'aux termes de l'article 13§1 de la Charte, conformément à l'Annexe à la Charte, les ressortissants des Etats parties qui résident légalement sur le territoire d'un autre Etat partie et ne disposent pas de ressources suffisantes doivent bénéficier d'un droit individuel à une assistance appropriée sur un pied d'égalité avec les nationaux (Conclusions XIII-4, Observation interprétative relative à l'article 13), et il ne peut leur être imposé de conditions supplémentaires, telles que la durée de résidence ou des conditions plus difficiles à remplir par des étrangers.

En conséquence, constatant que la situation relative à l'accès des ressortissants non communautaires au RSA n'a pas changé, le Comité maintient sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte aux motifs :

- que les jeunes de moins de 25 ans dans le besoin n'ont pas tous droit à une assistance sociale ;
- qu'il n'est pas établi que le niveau de l'assistance sociale est suffisant ;
- que l'octroi du RSA aux ressortissants étrangers, excepté les ressortissants de l'UE, titulaires d'un titre de séjour temporaire est subordonné à l'accomplissement d'une période de résidence de cinq ans sur le territoire français.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 2 - Non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Le Comité note que la situation, qu'il a considérée précédemment conforme à la Charte, n'a pas changé (Conclusions 2009).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 13§2 de la Charte.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 3 - Prévention, abolition ou allègement de l'état de besoin

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Le Comité note que la situation, qu'il a précédemment jugée conforme à la Charte (Conclusions 2009), n'a pas changé. Le rapport indique en outre que les services et organismes qui mettent en oeuvre la présente disposition disposent de moyens suffisants pour fournir, en tant que de besoin, une assistance appropriée.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 13§3 de la Charte.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 4 - Assistance d'urgence spécifique aux non-résidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Le Comité a noté dans sa précédente conclusion que tous les étrangers présents en France, qu'ils se trouvent en situation régulière ou irrégulière, avaient droit à l'assistance sociale et médicale d'urgence. Le rapport précise que, s'agissant des soins d'urgence, il n'est pas fixé de limite financière à l'assistance prodiguée. Le Comité relève dans des études réalisées en 2011 par l'Agence des droits fondamentaux (« L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans dix Etats membres de l'Union européenne » et « Les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans l'Union européenne ») que tout hôpital est tenu de mettre en place une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), qui dispense également des conseils sur le plan social. Les mêmes sources précisent que les femmes et les enfants de moins de 6 ans bénéficient gratuitement, dans les centres de protection maternelle et infantile, de services de soins, de planification familiale, de soins de santé prénatale et postnatale, de vaccinations pour les enfants et d'une assistance lors de l'accouchement. Les enfants non accompagnés en situation irrégulière ont accès, en principe, à la couverture maladie universelle (CMU).

En outre, les migrants en situation irrégulière peuvent accéder à tous les services médicaux de base (soins de santé primaires et secondaires, traitements spécialisés ou soins en régime hospitalier) grâce à un système administratif parallèle d'aide médicale d'Etat (AME), à condition de démontrer le séjour en France pendant plus de trois mois ; de fournir une pièce d'identité et une adresse ; et de prouver que leurs moyens financiers sont insuffisants. Les enfants en situation irrégulière qui vivent avec leur famille sont couverts dès le premier jour de résidence et n'ont pas à prouver le séjour en France depuis plus de trois mois. En mars 2011, l'attribution de l'AME a été subordonnée à l'acquittement d'un droit de timbre annuel de 30 €, qui a été supprimé en juillet 2012 (hors période de référence). Fin 2010, environ 230 000 personnes bénéficiaient de l'AME.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 13§4 de la Charte.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Organisation des services sociaux

L'action sociale et médico-sociale réformée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a été modifiée depuis par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (révisée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011).

L'organisation et le fonctionnement du secteur social et médico-social se fonde sur 40 296 établissements et services dont la mission consiste à accompagner des publics très différents (personnes âgées dépendantes, personnes handicapées, adultes ou enfants, personnes connaissant de graves difficultés économiques ou d'insertion, familles et jeunes enfants). Les organismes de prise en charge sont très majoritairement financés par des fonds publics. Dans le secteur des personnes âgées dépendantes, il y a plus de 10 000 établissements et services (pour plus de 675 000 places). Environ la moitié des structures sont de statut public et les structures de statut privé sont majoritairement à but non lucratif. Les 15 900 établissements et services intervenant auprès des enfants (107 000 places) et des adultes handicapés (193 000) sont à 90 % de statut privé à but non lucratif. Les établissements d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) sont soit de statut public soit de droit privé à but non lucratif et sont financés principalement par le budget de l'Etat (auxquels il faut ajouter 10 % environ de crédits qui proviennent des collectivités locales). Les établissements de protection de l'enfance sont soit de statut public, soit de droit privé à but non lucratif et sont financés par les budgets des collectivités locales.

Accès égal et effectif

Le rapport ne répond pas à la question du Comité concernant les services sociaux soumis à la participation financière de l'usager et le montant moyen de cette participation. Il indique que la législation constitue un puissant instrument théorique d'allocation des financements publics qui connaît toutefois des limites. Le Comité rappelle que les services sociaux peuvent être soumis à tarification dès lors qu'ils ne sont pas onéreux au point d'interdire l'accès effectif. Pour les personnes qui n'en ont pas les moyens, les services doivent être fournis gratuitement. Le Comité demande que le prochain rapport énumère les services qui peuvent faire l'objet d'une tarification et quel est le tarif moyen demandé aux usagers. Il demande également si ces services sont gratuits pour les usagers qui n'en ont pas les moyens.

En ce qui concerne les voies de recours ouvertes aux usagers souhaitant faire valoir leurs droits à l'encontre d'une décision défavorable, le rapport précise que l'essentiel du contentieux de l'aide sociale relève de la compétence des Commissions départementales d'aide sociale (CDAS) en première instance, de la Commission centrale d'aide sociale en appel (CCAS), et éventuellement du Conseil d'Etat.

Qualité des services

Le Comité se réfère à sa conclusion précédente (Conclusions 2009) pour une description des mesures prises en matière de qualité des services.

En réponse à la question relative au montant total des dépenses consacrées aux services sociaux, le rapport expose qu'en comptant l'ensemble des opérations réalisées par les régimes d'assurance sociale, les pouvoirs publics (à l'exclusion des dépenses fiscales) et les

organismes complémentaires, les comptes de la protection sociale représentaient 31,3 % du PIB (soit 598 milliards €) en 2009. Les dépenses publiques pour la seule cohésion sociale (composée de la part médico-sociale des dépenses de santé, des dépenses de politique familiale et de celles de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, et réintégrant les dépenses fiscales afférentes) sont d'un montant global de 124 milliards €, représentant 6,4 % du PIB en 2010. Les quatre secteurs d'allocation principaux étaient la famille et l'enfance pour 59,9 milliards €, les personnes handicapées pour 27,9 milliards €, les personnes âgées pour 18,7 milliards €, et l'inclusion pour 10,1 milliards €.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 14§1 de la Charte.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Il se réfère à sa conclusion précédente (Conclusions 2009) pour une description générale de l'état de la participation du public à la création et au maintien des services sociaux.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. De même, la loi 2008-1249 du 1er décembre 2008, généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion, a prévu l'implication des allocataires dans le fonctionnement et l'évaluation du dispositif RSA. Le Comité demande que le prochain rapport dresse un bilan de l'efficacité de ces dispositifs mis en place par la législation.

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), créée en 2010, cherche à renforcer la concertation avec l'ensemble des acteurs (services de l'Etat, collectivités territoriales et représentants des acteurs de terrain provenant essentiellement du tissu associatif) pour la mise en oeuvre des politiques, pour en favoriser la bonne application et identifier les difficultés concrètes auxquelles ils sont confrontés. La DGCS organise ainsi une concertation systématique sur l'ensemble des dossiers dont elle a la charge (textes réglementaires, instructions, outils méthodologiques et recommandations de bonne pratique, ...) avec les représentants des acteurs du secteur, ce qui permet d'améliorer la qualité des relations entre les acteurs et celle des dossiers.

En matière de contrôle de la qualité des services sociaux fournis par les organisations caritatives et le secteur associatif, le rapport se réfère à la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, en vertu de laquelle tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent effectuer une évaluation interne tous les cinq ans et procéder à deux évaluations externes sur une période de 15 ans. Cette condition est nécessaire à la poursuite de leur autorisation. L'Agence nationale de l'évaluation et la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) est responsable de l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation externe. Le Comité demande sur quoi portent les évaluations internes et externes, et si l'ANESM – ou toute autre instance – vérifie la qualité des évaluations internes.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 14§2 de la Charte.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Cadre législatif

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2009), le Comité a considéré que la portée du Code pénal devait en principe offrir des garanties suffisantes pour protéger les personnes âgées contre la discrimination en dehors de l'emploi, conformément à l'article 23 de la Charte. Il a demandé des informations supplémentaires sur sa mise en œuvre concernant la discrimination fondée sur l'âge ainsi que sur toute autre mesure législative ou initiative des pouvoirs publics qui aurait été prise dans ce domaine. Le rapport n'aborde pas cette question. Le Comité relève cependant dans une autre source¹ qu'en juillet 2008, une loi constitutionnelle a instauré un Défenseur des droits, dont les pouvoirs et les compétences ont été définis par la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011, entrée en vigueur le 1^{er} mai 2011. Le Défenseur des droits regroupe les missions du Médiateur de la République, du Défenseur des enfants, de la Commission nationale de déontologie de la sécurité, et de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE). Il est chargé de lutter contre les discriminations fondées sur dix-neuf critères, dont l'âge, en matière d'emploi, de logement, d'éducation et d'accès aux biens et services, prohibées par la législation nationale et les conventions internationales ratifiées par la France. Il peut être saisi par des particuliers, des organisations non gouvernementales, des syndicats ou des députés, sur la base de réclamations individuelles et collectives. Il peut proposer des réformes législatives, tenter des actions en justice en vue de défendre des droits, et mener des enquêtes dans tous ses domaines de compétence. Ses moyens de résolution des différends sont la médiation, les recommandations à l'Etat ou aux parties et la présentation d'observations devant toutes les juridictions, unilatéralement ou à la demande du tribunal ou des parties. Il peut également proposer une transaction pénale dans les situations couvertes par le Code pénal.

Le Comité réitère sa question concernant la mise en œuvre concrète du cadre anti-discriminatoire.

Par ailleurs, il demande si une procédure légale d'assistance à la prise de décision a été mise en place pour les personnes âgées et, en particulier, si des garanties sont prévues pour éviter qu'elles ne soient privées arbitrairement de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome. Il renvoie, à cet égard, à son observation interprétative dans l'Introduction générale.

Ressources suffisantes

Dans l'examen du caractère suffisant des ressources des personnes âgées en vertu de l'article 23 de la Charte, le Comité prend en compte l'ensemble des mesures de protection sociale garanties aux personnes âgées et visant à maintenir leur niveau de ressources à un niveau suffisant pour leur permettre de mener une existence décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. En particulier, le Comité examine les pensions, contributives ou non contributives, ainsi que les autres prestations pécuniaires complémentaires offertes aux personnes âgées. Ces ressources sont alors comparées au revenu médian ajusté. Cependant, le Comité rappelle que sa mission consiste à évaluer non seulement la législation, mais aussi la conformité de la pratique avec les obligations découlant de la Charte. A cette fin, le Comité tient également compte des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes de 65 ans et plus.

Selon le rapport, la pension de retraite de base octroyée à une personne qui a validé le nombre d'années de cotisation requises pour sa génération ou, à défaut, qui a atteint un âge déterminé (selon la génération considérée : 60-62 ans, ou en cas de durée de cotisation incomplète, 65-67 ans – l'âge d'obtention d'une pension complète) ne peut être inférieure à un montant minimum de 628,99 € par mois – le minimum contributif. Ce montant est majoré à 687,32 € par mois (en 2013) si l'assuré a validé pendant sa carrière un certain nombre de trimestres cotisés (665 € en 2011, d'après le MISSOC). Ce dispositif permet de garantir un montant minimal de 85 % du salaire minimum net (retraites de base et complémentaires confondues) pour les salariés ayant eu des carrières complètes au salaire minimum.

Le Comité relève dans le rapport que les retraités aux revenus modestes âgés de 65 ans (ou de 60 à 62 ans s'ils sont inaptes) peuvent bénéficier de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Prestation non contributive, l'ASPA est une allocation différentielle qui complète les ressources des personnes âgées pour les porter à un montant minimum garanti : 787,26 € par mois pour une personne seule en 2013 (742,27 € par mois en 2011 selon le Système mutuel d'information sur la protection sociale [MISSOC]). En outre, les personnes ayant de faibles revenus (notamment les bénéficiaires de l'ASPA) peuvent bénéficier de prestations en espèces, dont différentes allocations de logement d'un montant variable selon les ménages (200 € par mois en moyenne). Par ailleurs, ces personnes bénéficient de la prise en charge de leurs soins de santé tout en étant exonérées des prélèvements à cet effet sur leurs pensions mensuelles.

Les bénéficiaires de pensions de vieillesse qui ont besoin d'aide en raison d'une inaptitude ont droit à une majoration pour l'assistance d'une tierce personne correspondant à 40 % de leur pension mais ne pouvant être inférieure à 12 722 € par an (en 2013) (1 060 € par mois en 2011).

Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat, était estimé à 833 € en 2011. Le Comité considère que le niveau de ressources garanties, compléments et couverture maladie gratuite compris, est conforme à la Charte.

Le Comité relève également dans la base de données Eurostat² qu'en 2011, 1 % des personnes de 65 ans et plus disposaient d'un revenu inférieur à 40 % du revenu médian ajusté (contre 1,9 % en 2010 et 2,9 % en 2007). Le Comité prend note de cette amélioration, mais demande toutefois au Gouvernement quelles mesures sont prises pour remédier à la situation de ce groupe.

Dans l'intervalle, le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 23 de la Charte révisée.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité prend note dans le rapport du développement de la notion de « bientraitance » et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Un numéro national unique d'accueil téléphonique a été mis en place pour traiter les signalements de maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées. Le rapport mentionne également la poursuite du développement des pratiques d'évaluation interne et externe, avec, notamment, l'élaboration par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) de recommandations de bonnes pratiques et d'outils (par exemple le programme spécifique Qualité de vie en établissement, outil d'auto-évaluation de la bientraitance, diffusion dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

dépendantes du programme *MobiQual* élaboré par la Société française de gériatrie et gérontologie pour favoriser les pratiques de bientraitance). Le Comité demande des informations supplémentaires concernant la mise en œuvre pratique de ces programmes et outils.

Services et facilités

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente pour une description détaillée des services et des allocations à disposition des personnes âgées. Il relève dans le rapport et dans une autre source³ qu'au cours des dernières années, les initiatives visant à permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible dans leur propre domicile ont pris de l'ampleur en France. Différents types de dispositifs tels que les services de relève ou d'accueil de jour ont été développés.

Le Comité note dans la source précitée que le plan national « Bien vieillir » a été mis au point en 2006 (pour la période 2007-2009). Ce programme définit les étapes pour faciliter le « vieillissement réussi » (sur un plan individuel et social), en mettant l'accent sur le développement de stratégies de prévention, l'amélioration du logement et du cadre de vie et le renforcement du rôle social des seniors. Les communes ont mis en œuvre le programme au niveau local. Le plan national a abouti à la création du label « Bien vieillir – Vivre ensemble », décerné chaque année aux communes françaises qui mènent des politiques locales exemplaires en faveur des personnes âgées et qui oeuvrent afin de faire coexister harmonieusement l'ensemble des générations.

Selon le rapport, l'ensemble des dépenses d'intervention d'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) représentait, en 2010, une enveloppe de 347 millions €, au profit de 346 000 retraités du régime général de sécurité sociale. La CNAV diversifie désormais ses interventions autour du « bien vieillir » et de la prévention de la perte d'autonomie, mais la part de l'aide à domicile demeure majoritaire. Les dépenses 2010 sur l'enveloppe « aide au maintien à domicile » ont représenté 246 millions € et 246 000 retraités ont bénéficié d'un « plan d'action personnalisé » (PAP) qui leur a permis de bénéficier de services diversifiés tels que le portage de repas, la télésurveillance, les sorties accompagnées ou les petits travaux de dépannage. Néanmoins, l'aide ménagère à domicile reste l'intervention la plus courante puisqu'elle représente 60 % du volume total des prestations accordées : au total, le nombre de bénéficiaires d'une aide ménagère à domicile était de 274 000 en 2010, tandis que plus de 45 000 retraités ont bénéficié d'une aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH).

Le rapport ajoute qu'en décembre 2011, 1 199 267 personnes âgées bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont 721 416 au titre d'un plan d'aide personnalisé à domicile. Au total, 60 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile.

En ce qui concerne la coordination des services sanitaires et sociaux, le Comité relève dans le rapport et dans d'autres sources⁴ qu'en 2009, l'organisation régionale de la fourniture de soins de santé a été réformée avec la création d'Agences régionales de santé (ARS), qui regroupent au sein d'une seule entité la direction des organismes en charge des soins hospitaliers, des soins à domicile, de la santé publique, de la surveillance de la santé de la population et du financement des soins de santé. Les nouvelles agences rassemblent les différentes parties prenantes chargées de la politique de soins de santé aux niveaux régional et départemental, dont les représentants des caisses d'assurance publiques et des administrations publiques locales responsables des services sociaux et de soins à domicile. L'objectif consiste à simplifier la gestion régionale de la santé tout en renforçant la cohérence des politiques territoriales. Les ARS ont pour mission de définir les besoins en

matière de soins de santé au niveau régional, de garantir l'égalité d'accès aux soins et d'améliorer la coordination entre les hôpitaux, les services de soins ambulatoires et les services sociaux.

Logement

En ce qui concerne les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le rapport expose que le plan d'aide à l'investissement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a facilité l'adaptation et la modernisation des EHPAD en permettant de financer 1 300 projets de rénovation depuis 2006. De plus, les outils conçus ces dernières années conjointement par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ont fortement contribué à l'évolution et à la modernisation des logements-foyers. Ces derniers constituent une offre d'habitat intermédiaire présentant les atouts du domicile et préservant l'indépendance et le maintien de la vie sociale tout en offrant la sécurité d'un accompagnement et de services collectifs facultatifs.

En ce qui concerne le logement privé, le Comité relève dans le rapport que l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) mène depuis plusieurs années une action d'adaptation des logements à la perte d'autonomie des personnes. 62 % des propriétaires occupants éligibles ont plus de 60 ans (37 % plus de 75 ans). Le programme « Habiter mieux » vise à aider, sur la période 2010-2017, 300 000 ménages à réaliser des travaux de rénovation thermique pour améliorer leur logement, leur qualité de vie et leur pouvoir d'achat. Afin de faciliter l'identification des ménages en difficulté et de mieux coordonner l'action de l'ANAH avec l'action sociale des caisses de retraite, des conventions de partenariat ont été signées respectivement entre la CNAV, la Mutualité sociale agricole (MSA) et l'ANAH. Cette approche permet de répondre aux besoins des foyers modestes, souvent composés de personnes âgées, qui ne sollicitent pas toujours d'eux-mêmes les aides mises à leur disposition. Enfin, il existe un crédit d'impôt en faveur de l'adaptation du logement des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce crédit d'impôt s'élève à 25 % des dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements, jusqu'à un certain plafond.

Le Comité note également, d'après d'autres sources⁵, que sur la base du rapport de projet « Vieillir chez soi », le Centre d'expertise national habitat et logement (CEN Habitat) a été créé en novembre 2011 dans le but de développer de nouvelles aides techniques liées à l'habitat, de coordonner ce processus entre les différents acteurs et de développer des réseaux avec les acteurs concernés, y compris au niveau européen.

Soins de sante

Le Plan solidarité grand âge (PSGA 2007-2012) a prévu de nombreuses mesures visant à améliorer l'offre de soins et la qualité des soins dispensés en établissement et à développer les soins de courte durée. La campagne de médicalisation des établissements d'hébergement et le renforcement des soins infirmiers à domicile (SSIAD) en faisaient partie. Selon le rapport, fin 2011, la plus forte hausse en termes de places nouvelles concernait l'offre en établissements d'hébergement médicalisés (40 820 places), suivi de l'offre de soins infirmiers à domicile (19 807 places). Le Comité relève également dans la source précitée qu'un résumé des résultats obtenus pour la période 2007-2010 est disponible en ligne à l'adresse <http://www.senat.fr/rap/l11-074-3/l11-074-37.html>.

Le Comité prend note, dans le rapport et d'autres sources⁶, de la mise en place en 2008 du Plan Alzheimer 2008-2012. Le plan Alzheimer a pour objectif d'organiser une prise en charge globale autour de la personne malade et de ses aidants. Il s'articule autour de trois axes –

améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir (recherche), se mobiliser pour un enjeu de société (éthique). Dans le cadre de ce plan, des « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA) sont actuellement créées dans tout le pays. Les MAIA constituent un point de contact pour les patients atteints de démence et les membres de leur famille. Il s'agit d'offrir des services intégrés dans le cadre d'un guichet unique, coordonnés par des gestionnaires de cas.

Soins en institutions

La prise en charge en institution comprend l'hébergement dans un établissement social ou médico-social et l'hospitalisation dans un établissement médical ou dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Selon le rapport, il existe plus de 10 000 établissements et services pour personnes âgées dépendantes, offrant plus de 675 000 places, dont les deux tiers en EHPAD. Toutes ces structures, de statut privé et public, sont très majoritairement financées par des crédits d'assurance maladie et par l'allocation personnalisée d'autonomie. Une participation du résident est requise et peut être payée grâce à l'aide sociale du département. Il résulte également du rapport qu'afin d'améliorer la qualité des soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les missions et le temps de présence du médecin coordonnateur ont été étendus et un pharmacien référent a été désigné pour assurer la bonne gestion et le bon usage des médicaments destinés aux résidents.

S'agissant du contrôle des établissements, le Comité relève dans le rapport qu'avec la création des Agences régionales de santé (ARS), la supervision des établissements, qui incombait auparavant aux préfets, a été transférée vers une institution publique disposant de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Le Comité demande davantage d'informations sur le contrôle de la qualité des soins et du bien-être des personnes âgées prises en charge en institution assuré par ce nouvel organisme.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 23 de la Charte.

¹<http://www.non-discrimination.net/countries/france>

²*The at-risk-of-poverty rates for persons aged 65 and over, with a cut-off point of 40% of median equivalised income*

³*Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges, Working Paper No. 7 of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe, June 2012, http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_EN.pdf*

⁴<http://www.ars.sante.fr/Qu-est-ce-que-l-ARS.89783.0.html>,
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL14No4/Or.pdf>,
http://www.commonwealthfund.org/Topics/International-Health-Policy/Countries/-/media/Files/Topics/Country%20Profiles/New%20Folder/France_profile_2012.pdf

⁵http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_EN.pdf,
<http://www.cenhabitat.fr/>

⁶http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_EN.pdf, <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-44-measures-.html>

Article 30 - Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la France.

Le Comité renvoie à l'observation interprétative relative à l'article 30 qui figure dans l'Introduction générale aux présentes Conclusions et invite le Gouvernement à en tenir compte pour l'établissement du prochain rapport.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le Comité relève dans la base de données Eurostat que le taux de risque de pauvreté monétaire a quelque peu augmenté durant la période de référence, passant de 12,7 % en 2008 à 14 % en 2011, mais reste toutefois inférieur à la moyenne européenne (16,9 % pour l'UE des 27 en 2011). Il constate également que les jeunes sont nettement plus touchés par la pauvreté que les autres tranches d'âge, avec un taux de 22 % en 2011 – pourcentage qui est même légèrement supérieur à la moyenne de l'UE des 27. L'incidence des transferts sociaux demeure importante, puisque le taux de pauvreté monétaire global avant transferts est plus élevé de plus de 10 points (24,7 % en 2011).

Le Comité prend note des données Eurostat relatives à l'indicateur composite de pauvreté et d'exclusion sociale utilisé dans le cadre de la stratégie Europe 2020. Cet indicateur correspond au total cumulé des personnes qui sont menacées par la pauvreté, qui sont fortement démunies sur le plan matériel ou qui vivent dans un ménage à très faible intensité de travail. Chaque personne ne peut être comptabilisée qu'une seule fois, même si elle se retrouve dans plusieurs sous-indicateurs. Selon cet indicateur, 19,3 % de la population française était menacée de pauvreté et d'exclusion sociale en 2011 (contre 18,5 % en 2008). La moyenne pour l'UE des 27 était de 24,3 % en 2011.

Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations détaillées et à jour sur les taux de pauvreté concernant certains groupes de la population tels que les immigrés, les Roms, les enfants et les familles monoparentales, ainsi que sur leur répartition géographique (zone urbaine ou rurale, etc.). Il renouvelle également sa demande d'informations sur les indicateurs utilisés pour mesurer l'exclusion sociale.

A cet égard, le Comité relève dans une autre source que le taux de pauvreté des immigrés est nettement supérieur à la moyenne générale et atteint 28,5 % (données 2009).¹ Une récente enquête réalisée par l'Agence des droits fondamentaux sur la situation des Roms dans 11 Etats membres de l'UE a montré que les écarts entre Roms et non-Roms étaient plus marqués en France (et en Italie), où la proportion de Roms vivant dans un ménage menacé par la pauvreté était plus de deux fois supérieure à celle observée pour les non-Roms.²

D'après l'INSEE, 2,7 millions d'enfants vivaient dans un ménage dont les revenus étaient inférieurs au seuil de pauvreté (fixé à 60 % du revenu médian ajusté) en 2010, soit un taux de risque de pauvreté de 19,6 % – 1,9 point de plus que l'année précédente. Les enfants pauvres vivent en majorité dans des familles monoparentales.

Le Comité demande également des informations sur la pauvreté au travail et réitère sa demande d'informations sur les indicateurs utilisés pour mesurer l'exclusion sociale.

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

Le Comité regrette que le rapport ne réponde pas directement à plusieurs questions posées dans la conclusion précédente (Conclusions 2009). Il rappelle que l'absence des informations

demandées est contraire à l'obligation que la France a souscrite de présenter des rapports au titre de la Charte.

Le rapport indique que l'accès aux droits et aux biens essentiels constitue un élément indissociable de la politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ; il considère que les droits existants sont suffisants, mais reconnaît que leur effectivité n'est pas réalisée pour les plus démunis. Il donne des informations détaillées sur les mesures prises pendant la période de référence en matière d'assistance sociale et médicale, d'emploi, d'éducation et de logement.

Il ressort du rapport que le taux moyen de non-recours au RSA (*revenu de solidarité active*) était de 49 % en 2010 (et de 28,9 % pour la CMU – *couverture médicale universelle*), ce qui montre que des efforts ont été faits pour mieux cerner les besoins des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. Le Comité demande à être informé des mesures qui auraient été prises à cet effet.

Dans le domaine de l'emploi, la France a créé en 2008 une institution baptisée « *Pôle Emploi* » dans le but de simplifier les procédures pour les demandeurs d'emploi. Elle a par ailleurs mis en place un programme en faveur de l'emploi, à savoir les « *emplois d'avenir* », qui sont des emplois à plein temps d'une durée maximale de cinq ans destinés à des jeunes non qualifiés pour une rémunération correspondant au salaire minimum (SMIC) et financés à hauteur de 75 % par l'Etat. Le Comité relève dans une autre source que les résultats des initiatives liées à l'emploi et axées sur une « inclusion active » sont loin d'être satisfaisants : *Pôle Emploi* ne reçoit ainsi que 17 % des offres d'emploi proposées sur le marché du travail et a du mal à fournir des services efficaces.³ Le Comité a cependant estimé que la situation relative à la politique de l'emploi et aux services de l'emploi était conforme respectivement à l'article 1§1 et à l'article 1§3 (Conclusions 2012).

Le rapport expose en détail les mesures prises pour améliorer la réussite scolaire parmi les catégories vulnérables (*jeunes en grande difficulté scolaire*) et dans les quartiers sensibles. Le Comité rappelle avoir jugé conforme à la Charte la situation relative au droit à l'enseignement primaire et secondaire (Article 17§2, Conclusions 2011).

En ce qui concerne le logement, le rapport fait état de 116 128 nouveaux logements sociaux financés en 2011 (en France métropolitaine) et souligne que la priorité pour le Gouvernement est de recentrer l'aide de l'Etat sur les besoins les plus urgents et de mieux territorialiser l'offre de logements sociaux. La priorité absolue est accordée aux plus défavorisés et, en 2011, le nombre de logements destinés à ce groupe de personnes a dépassé le seuil fixé par la loi DALO (23 483 logements, alors que l'objectif avait été fixé à 22 500). Mais ici aussi, le Comité relève dans une autre source que l'accès au logement est l'un des grands points faibles des services proposés aux personnes vulnérables. Les coûts ne cessent d'augmenter et la demande de logement s'accroît. Nombreux sont ceux qui connaissent une situation précaire ou sont contraints à une solution d'hébergement chez un tiers et, pour les mal-logés et les sans-abri, l'accès à un logement d'un niveau suffisant ne s'améliore pas.⁴

Concernant l'affectation de ressources pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le Comité relève dans une autre source qu'en France, la somme totale des dépenses consacrées à la protection sociale correspondait à environ 31,6 % du PIB en 2009, pourcentage supérieur à la moyenne de l'UE des 27 (28,4 %).⁵ Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations plus détaillées sur les ressources affectées à des mesures destinées à combattre la pauvreté et l'exclusion sociale, et précise notamment si ces fonds suivent la progression des taux de pauvreté.

Le Comité rappelle que les droits relatifs à la participation civique et citoyenne, comme le droit de vote, constituent une dimension nécessaire à la réalisation de l'intégration et de l'inclusion sociale et sont, par conséquent, couverts par l'article 30. Il renvoie à ses observations ci-après concernant le suivi des réclamations collectives.

Contrôle et évaluation

Le rapport ne répond pas aux questions posées dans la précédente conclusion à propos du suivi et de l'évaluation. Le Comité renvoie à ses observations quant à l'absence d'informations dans le rapport ; cela étant, il note qu'il ressort de diverses sources ainsi que des initiatives législatives prises durant la période considérée que les politiques sont suivies, évaluées et revues de manière régulière, en consultation avec les acteurs concernés. Il relève en particulier le rôle du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), créé en 1992 et composé de représentants du Gouvernement, du Parlement, de collectivités territoriales, des partenaires sociaux, d'ONG ainsi que de différents acteurs institutionnels et de personnalités ayant des compétences particulières. Le CNLE conseille le Gouvernement sur des projets de loi et autres mesures ; il peut aussi soumettre des propositions de son propre chef en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le Comité constate que l'une des priorités affichées du CNLE est de veiller à ce que la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale s'inscrive dans une stratégie globale et transversale, et que l'action publique dans ce domaine soit multidimensionnelle, interministérielle et multipartenariale.⁶

Le Comité prend note également de l'existence de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), qui a été chargé, en vertu de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, de recueillir des données relatives à la pauvreté et à l'exclusion, de contribuer à approfondir la connaissance des phénomènes liés à la pauvreté, de commanditer des études, recherches et évaluations en étroite coopération avec le CNLE (dont le Président de l'ONPES est membre), et de diffuser des informations sur cette base, notamment par le biais de rapports annuels.⁷

Le Comité estime que la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale à la mise en œuvre, au contrôle et à l'évaluation des mesures de lutte contre la pauvreté est cruciale pour garantir la pertinence et l'efficacité de ces mesures. Le rapport rend compte des efforts déployés par le Gouvernement pour impliquer les bénéficiaires de ces mesures, par exemple les allocataires du RSA, à leur fonctionnement et à leur évaluation. Il indique également que des personnes bénéficiant de mesures de lutte contre la pauvreté ont été intégrées au sein du CNLE à titre expérimental. Le Comité demande à être informé du bilan de cette expérience, qui devait être dressé en 2013.

Le Comité considère que la situation est conforme à l'article 30 de la Charte, pour ce qui concerne le contrôle et l'évaluation.

Suivi des réclamations collectives

Mouvement international ATD Quart Monde c. France, réclamation n° 33/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007

Le Comité renvoie à sa décision sur le bien-fondé de la réclamation et à la Résolution ResChS(2008)7 du Comité des Ministres. Tout en prenant note des mesures pour le logement annoncées par le Gouvernement dans la résolution, le Comité rappelle ses conclusions relatives aux articles 31§2 et 31§3 de la Charte (Conclusions 2011), dans lesquelles il a estimé qu'aucune suite satisfaisante n'avait été donnée à ses constats de violation. Les informations

figurant dans le présent rapport ne le conduisent pas à modifier en quoi que ce soit son point de vue sur ce point ; il estime par conséquent que la situation de non-conformité à l'article 30 de la Charte due à l'insuffisance de la politique de logement à l'égard des plus pauvres n'a pas été corrigée.

Centre européen des Droits des Roms (CEDR) c. France, réclamation n° 51/2008, décision sur le bien-fondé du 19 octobre 2009

Le Comité renvoie à sa décision sur le bien-fondé de la réclamation et à la Résolution ResChS(2010)5 du Comité des Ministres. Tout en prenant note des mesures concernant le logement des Gens du voyage annoncées par le Gouvernement dans la résolution, le Comité rappelle ses conclusions relatives aux articles 31§1 et 31§2 de la Charte (Conclusions 2011), dans lesquelles il a estimé qu'aucune suite satisfaisante n'avait été donnée à ses constats de violation. Les informations figurant dans le présent rapport ne le conduisent pas à modifier son point de vue ; il estime par conséquent que la situation demeure non conforme à l'article 30 au motif que la politique de logement en faveur des Gens du voyage n'est pas suffisante.

Bien que le rapport ne contienne aucune information sur les restrictions au droit de vote qui affectent dans les faits les Gens du voyage et constituent un traitement discriminatoire, le Comité note que la décision (n° 2012-279 QPC) rendue le 5 octobre 2012 (hors période de référence) par le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution la condition de trois ans de rattachement administratif à une commune (article 10 de la loi n° 69-3 du 3 janvier 1969). Le Comité considère par conséquent que la situation est désormais conforme à la Charte sur ce point. Toutefois, il note également que la constitutionnalité de la limite de 3 % du nombre de votants sans domicile ni résidence fixe (article 8 de la loi n° 69-3 du 3 janvier 1969) a été confirmée par la décision susmentionnée du Conseil constitutionnel ; force lui est par conséquent de conclure que le suivi de la décision sur le bien-fondé de la réclamation n'est pas satisfaisant sur ce point. Le Comité répète que la situation de la France n'est, à cet égard, pas conforme à l'article E combiné à l'article 30 de la Charte.

Forum européen des Roms et des Gens du Voyage c. France, réclamation n° 64/2011 c. France, décision sur le bien-fondé du 24 janvier 2012

Le Comité renvoie à sa décision sur le bien-fondé de la réclamation et à la Résolution ResChS(2013)1 du Comité des Ministres. Dans sa décision, le Comité a renouvelé le constat établi dans la réclamation CEDR c. France, selon lequel l'article 10 de la loi n° 69-3 du 3 janvier 1969 était contraire à l'article E combiné à l'article 30 de la Charte. Le Comité note que la décision et la résolution ont été adoptées en dehors de la période de référence et qu'un suivi formel ne peut donc pas être entrepris dans cette conclusion. Bien que les faits de la réclamation ont montré que la situation n'était pas en conformité durant la période de référence, le Comité se réfère à ses remarques ci-dessus au sujet du suivi de la réclamation collective n° 51/2008 et sur la décision du Conseil constitutionnel.

Médecins du Monde – International c. France, réclamation n° 67/2011, décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012

Le Comité renvoie à sa décision sur le bien-fondé de la réclamation et à la Résolution ResChS(2013)6 du Comité des Ministres. Dans sa décision, le Comité a estimé qu'il y avait eu violation de l'article E combiné à l'article 30 de la Charte au motif que la politique du logement en faveur des Roms migrants était insuffisante dans la mesure où traiter les Roms migrants de la même façon que le reste de la population, sans prendre de mesures adaptées à leur situation différente, constituait une discrimination.

Le Comité a adopté sa décision sur le bien-fondé en dehors de la période de référence et par conséquent le suivi ne peut pas être entrepris dans cette conclusion. Toutefois, les faits de la réclamation concernent la période de référence et, pour cette raison, le Comité conclut qu'il y a eu violation de l'article E combiné à l'article 30 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motifs :

- que le suivi des décisions sur le bien-fondé des réclamations collectives n° 33/2006 et 51/2008 demeure insuffisant ;
- qu'il y avait discrimination au cours de la période de référence à l'égard des Roms migrants en ce qui concerne la politique du logement (réclamation collective n° 67/2011).

¹ www.inegalites.fr

² http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance_EN.pdf

³ Voir Michel Legros, Réseau européen d'experts indépendants sur l'inclusion sociale, *Inclusion sociale et active : une politique a minima*, Rapport national: France, 2013.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Rapport Social National de la France*, avril 2012, disponible sur <http://ec.europa.eu/social/keyDocuments>

⁶ www.cnle.gouv.fr

⁷ www.onpes.gouv.fr