



janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

FRANCE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la France, qui a ratifié la Charte le 7 mai 1999. L'échéance pour remettre le 16e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la France l'a présenté le 7 décembre 2016.

Conformément à la procédure adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196e réunion des Délégués des Ministres les 2-3 avril 2014, le rapport concerne les dispositions du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale » :

- droit à la sécurité et à la santé au 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 toutes les dispositions de ce groupe.

La période de référence est fixée du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2015.

Les Conclusions relatives à la France concernent 19 situations et sont les suivantes :

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

Lors de cet examen, le Comité a relevé les évolutions positives suivantes :

Article 3§1

- Un accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique a été signé par l'ensemble des représentants des employeurs et la majorité des organisations syndicales et une circulaire du Premier ministre relative à la mise en œuvre de l'accord-cadre a été signée le 20 mars 2014.
- La loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi a instauré une représentation des salariés et des employeurs des entreprises de moins de onze salariés commissions paritaires régionales interprofessionnelles mises en place au 1^{er} juillet 2017 ayant un rôle d'information, de conseil et de concertation sur des problématiques spécifiques aux très petites entreprises, notamment en matière de conditions de travail et de santé.

Article 3§2

- Le décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante introduit à l'article R. 4412-100 du Code du travail l'obligation pour l'employeur de respecter la valeur limite d'exposition professionnelle de 100 fibres/l d'air inhalé sur huit heures de travail et prévoit un abaissement de cette valeur à 10 fibres/l à compter du 1^{er} juillet 2015.
- Le décret n° 2015-789 du 29 juin 2015 relatif aux risques d'exposition à l'amiante inscrit également à l'article R. 4412-110 du Code du travail l'obligation pour l'employeur de mettre à disposition des travailleurs des équipements de protection individuelle assurant le respect de cette valeur limite d'exposition et de procéder à l'évaluation des risques d'exposition à l'amiante.

Article 12§3

Amélioration en 2014 de l'accès aux soins de santé par l'extension de la couverture médicale universelle-complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire de santé (ACS), le nombre de bénéficiaires de ces aides a augmenté respectivement de 6,5 % et de 3,9 % entre 2013 et 2014, atteignant fin 2014 un total de 6 millions de personnes couvertes.

Article 13

Loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi a créé la prime d'activité. Financée par l'État, la prime d'activité est un complément de revenu pour les travailleurs aux ressources modestes. Les jeunes actifs âgés de 18 à 24 ans, qu'ils soient salariés ou travailleurs indépendants, peuvent maintenant toucher la prime d'activité.

Article 23

Selon le rapport, la France a mis en place un système d'information sécurisé qui permet d'établir une analyse quantitative et qualitative des signalements recueillis au numéro national d'écoute et d'aide pour répondre aux situations de maltraitance envers les personnes, notamment âgées vivant à domicile ou en établissement.

Article 30

De nombreuses mesures ont été prises aussi bien en faveur de la prévention de la pauvreté que de l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté, en particulier au sein du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (2013-2017), qui est supervisé par le Gouvernement, a une nature interministérielle et a été conçu par un certain nombre d'acteurs, y compris des individus expérimentant la précarité. Le Plan a conduit à des politiques sociales de décloisonnement.

* * *

*

Le prochain rapport que doit soumettre la France est un rapport simplifié qui concerne le suivi donné aux décisions sur le bien-fondé des réclamations collectives suivantes au sujet desquelles le Comité a constaté une violation.

Le rapport devra aussi contenir les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2016 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit au travail – orientation, formation et réadaptation professionnelles (article 1§4),
- droit à la formation professionnelle – pleine utilisation des moyens disponibles (article 10§5),
- droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté – formation professionnelle des personnes handicapées (article 15§1),
- droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté – emploi des personnes handicapées (article 15§2),
- droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté – intégration et participation des personnes handicapées à la vie sociale (article 15§3).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 29 novembre 2017. Les conclusions relatives aux articles concernés seront publiées en janvier 2019.

* * *

*

Les Conclusions et les rapports sont disponibles sous www.coe.int/socialcharter ainsi que dans la base de données HUDOC.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si la politique de sécurité et de santé dans le travail était régulièrement réévaluée à la lumière de l'évolution des risques. En réponse, le rapport indique que la politique de santé et sécurité au travail est fondée sur des plans quinquennaux et régulièrement adaptée à l'évolution des risques. Les constats tirés de cette réévaluation régulière forment les bases du plan quinquennal suivant.

Le rapport indique que les Plans santé au travail 1 et 2, pour 2005-2009 et 2010-2014, ont apporté des progrès qui se sont traduits par une baisse de la sinistralité des secteurs d'activité importants (bâtiment et travaux publics, industries du bois, garages et secteur de la chimie) et favorisé la prise en compte de risques spécifiques aux territoires concernés. De plus, le troisième Plan Santé au Travail pour la période 2016-2020 a été adopté le 8 décembre 2015 par le Conseil d'orientation des conditions de travail. Il prend en compte une amélioration de la politique de prévention qui anticipe les risques professionnels afin d'assurer la bonne santé des salariés et la qualité de vie au travail. Le Comité demande que le prochain rapport indique les résultats obtenus dans la réalisation de ce plan.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a observé le constat de la Cour de Justice de l'Union européenne sur le manquement à la transposition de la Directive 89/391/CEE (Commission des Communautés européennes c. République française, affaire C-226/06 du 5 juin 2008) et demandé des informations sur les mesures prises pour remédier à cette situation. En réponse, le rapport indique que le décret n° 2010-78 du 2 janvier 2010 relatif à l'information des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité a été publié au Journal Officiel du 22 janvier 2010. Ce décret modifie le Code du travail afin d'imposer des obligations minimales d'information des travailleurs dans tous les établissements, y compris en dessous du seuil de 50 personnes. La Commission européenne a classé le dossier lors de sa réunion du collège du 18 mars 2010.

Quant au secteur agricole, le rapport indique qu'un nouveau plan Ecophyto II adopté en octobre 2015 prévoit la réduction en dix ans de 50 % du recours aux produits phytopharmaceutiques en France. Les actions du plan concernant les professions agricoles ont été coordonnées avec celles du plan Ecophyto II et celles du plan santé et sécurité au travail des actifs agricoles 2016-2020 approuvé en décembre 2015. En outre, en coordination avec les actions prévues dans le troisième Plan Santé au Travail sur la prévention du risque chimique dans les entreprises, il est prévu de renforcer les démarches d'évaluation des risques professionnels dans les entreprises, d'assurer une surveillance des impacts de ces produits sur la santé des travailleurs et de renforcer la veille de l'état des connaissances scientifiques sur ces risques.

Le Comité rappelle que les technologies nouvelles, les contraintes d'ordre organisationnel et les exigences psychologiques favorisent l'émergence de facteurs de risque psychosociaux qui peuvent être à l'origine de stress, d'agressions, de violence et de harcèlement dans le travail. Au titre de l'article 3§1 de la Charte, le Comité tient compte du stress, des agressions et de la violence dans le travail lorsqu'il est amené à examiner si les politiques sont régulièrement évaluées ou revues à la lumière des risques nouvellement apparus. Les Etats parties doivent mener des activités en matière de recherche, de connaissance et de communication consacrées aux risques psychosociaux (Observation interprétative de l'article 3§1 de la Charte, Conclusions 2013).

Le rapport indique qu'un accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique a été signé par l'ensemble des représentants des employeurs et la majorité des organisations syndicales. Une circulaire du Premier ministre relative à la mise

en oeuvre de l'accord-cadre a été signée le 20 mars 2014 et apporté un cadrage politique au lancement du plan national de prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques. Dans la fonction publique de l'Etat, la prévention des risques psychosociaux est clairement identifiée comme l'une des grandes priorités des politiques de prévention menées par les ministères et fait l'objet d'un dialogue social important au sein des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) aussi bien ministériels que de proximité. En outre, un comité de suivi des signataires de l'accord a été instauré et s'est réuni régulièrement pour suivre le déploiement du plan dans les administrations.

Le Comité note d'après l'information publiée sur Eurofound que selon le Ministère du Travail, les mesures contre le *burn-out* seront incluses dans le cadre du plan de santé et de sécurité du début de l'été 2015. Le Ministère du Travail a mis en place un groupe de travail sur cette question.

Le Comité constate l'existence d'une politique nationale visant à développer et à maintenir une culture de prévention de santé et de sécurité au travail.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé 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 de la connaissance des risques professionnels et de la prévention acquise à l'occasion des activités de contrôle. Le rapport indique que l'action de l'Etat en faveur de la santé et de la sécurité au travail est mis en oeuvre essentiellement sur la base de Plans de santé au travail (2005-2010, 2010-2015 et 2015-2020) auxquels l'inspection du travail est associée et qui ont pour but, entre autres, d'encourager la diffusion d'une culture de prévention dans les entreprises. Les agents de l'Inspection du travail apportent des informations, donnent des conseils tant à l'extérieur (visites d'établissements et de chantiers, de réunions de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail), qu'au bureau au cours d'entretiens avec des usagers, ou dans leurs relations informelles avec les employeurs, les salariés, leurs représentants, les représentants des syndicats. En outre, le rapport indique que l'Inspection du travail exerce une vigilance particulière dans le domaine du risque chimique (amiante) et des facteurs de pénibilité définis par la loi.

Le rapport indique que depuis la signature de l'accord relatif à la santé et à la sécurité au travail dans la fonction publique du 20 novembre 2009, complété en 2013 par un accord-cadre consacré à la prévention des risques psychosociaux, la quasi-totalité des mesures prévues a été mise en œuvre : des chantiers ouverts ont été approfondis grâce à plusieurs rapport de l'inspection générale sur les sujets du reclassement des agents déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé (2011), sur le régime des accidents et maladies professionnels (2012), sur la médecine de prévention (2014), la politique du handicap (2015), la prévention de la pénibilité (2016).

En ce qui concerne des instances et des acteurs opérationnels compétents en matière de santé et de sécurité au travail, une instance d'observation de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique a été créée, les compétences des comités d'hygiène et de sécurité aux conditions de travail ont été élargies ainsi que les modalités de fonctionnement de ces instances.

En outre, le réseau des agents chargés de missions de conseil et d'assistance dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité a été rénové par la création de deux niveaux de compétence, à savoir, un niveau de proximité (les assistants de prévention) et un niveau de coordination (les conseillers de prévention). En 2014, ces agents étaient au nombre de 20 000 pour la seule fonction publique de l'Etat. Le fonctionnement du réseau des inspecteurs en santé et sécurité au travail a été amélioré en professionnalisant leur formation initiale (dans la fonction publique d'Etat, 150 inspecteurs rattachés aux inspections générales des ministères ont effectué quelques 2 200 visites dans les services en 2014).

Concernant la prévention des différents risques professionnels, le rapport indique que les priorités ont porté sur la prévention des risques psychosociaux. Celles relatives aux troubles musculo-squelettiques ont conduit à l'élaboration d'un guide de prévention dans le cadre de la formation spécialisée, diffusé en février 2015.

Le rapport indique également qu'au titre de l'article L. 4121-3 du Code du travail, l'employeur est tenu d'évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs et d'élaborer, sur la base de cette évaluation, un document unique d'évaluation des risques.

Le Comité constate l'existence, au niveau fédéral et des entreprises, d'un système d'évaluation de risques professionnels, de mesures préventives adaptées à la nature des risques, ainsi que de mesures d'information et de formation des travailleurs. Il observe également que les autorités d'inspection du travail participent au développement d'une culture de sécurité et de santé auprès des employeurs et des travailleurs, et partagent la connaissance acquise à l'occasion des activités de contrôle.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le rapport indique que les efforts sur les risques déjà identifiés tels que chutes de hauteur, troubles musculo-squelettiques, stress au travail, bénéficient d'actions plus ciblées dans le cadre du troisième Plan Santé au Travail 2016-2020. Toutefois, la production de connaissances et la recherche occupent une place importante dans le plan, notamment en ce qui concerne l'anticipation sur de nouveaux risques émergents, comme les perturbateurs endocriniens, les nanomatériaux, les nouvelles formes de travail, etc.

En outre, le rapport indique que l'Institut national de recherche et de sécurité chargé par le Ministère du Travail d'une mission d'information et de sensibilisation, a publié un document « Intégrer le risque « rayonnements électromagnétiques » dans le document unique d'évaluation des risques professionnels » (2011) qui identifie et recense les machines rayonnantes, présente les résultats des mesures opérées pour ces équipements par un groupe d'experts et recense les moyens de protection existants.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité et demande que le prochain rapport fournit des informations sur la participation des pouvoirs publics à la formation de professionnels qualifiés et à la conception de modules de formation et de programmes de certifications.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

En réponse à la question du Comité concernant la manière de consultation dans les établissements employant moins de 50 salariés (Conclusions 2013), le rapport indique qu'il n'y a pas d'obligation de constituer un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans de telles entreprises, et l'employeur n'a donc pas obligation d'établir de bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans l'établissement ni de programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Toutefois, les délégués du personnel doivent obligatoirement être mis en place dans les entreprises d'au moins 11 salariés. Ils sont soumis aux mêmes obligations que les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, conformément à l'article L. 2313-16 du Code du travail. Ils ont notamment pour mission de contribuer à la prévention et à la protection de la santé et la sécurité des travailleurs (article L. 4612-1 du Code du travail) et de procéder à l'analyse des risques professionnels et des conditions de travail (article L. 4612-2).

En outre, le rapport indique que la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi a instauré une représentation des salariés et des employeurs des entreprises de moins de onze salariés, par des commissions destinées à représenter les salariés et les employeurs au niveau régional et dans les branches qui n'ont pas mis en place, par accord, de commission paritaires ayant les mêmes attributions et le même champ de compétence

géographique. Ces nouvelles commissions partiaires régionales interprofessionnelles sont mises en place au 1^{er} juillet 2017 (en dehors de la période de référence) et ont un rôle d'information, de conseil et de concertation sur des problématiques spécifiques aux très petites entreprises, notamment en matière de conditions de travail et de santé.

Le Comité prend également note du fonctionnement des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CPHSCT, 17 en 2013) qui sont instituées dans chaque département et chargées, entre autres, de contribuer à l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité et à l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs des exploitations et entreprises du secteur de la production agricole.

Le Comité constate l'existence d'un dialogue social effectif dans la définition, la mise en œuvre et le suivi périodique de la politique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 3§1 de la Charte.

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.

Contenu de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que la législation et la réglementation en vigueur étaient conformes à l'obligation générale de l'article 3§2 de la Charte et demandé 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.

En réponse, le rapport indique que la Directive 2000/54/CE est transposée en droit français par les différents textes, notamment les articles L. 4421-1 et R. 4421-1 – 4427.5 du Code du travail, arrêté du 18 juillet 1994 modifié fixant la liste des agents biologiques pathogènes, arrêté du 4 novembre 2002, arrêté du 24 novembre 2003 et arrêté du 16 juillet 2007.

De plus, le rapport explique que la directive 2013/35/UE du 26 juin 2013 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques, qui a abrogé la directive 2004/40/CE, ainsi que son guide pratique publié par la Commission européenne en décembre 2015, ont permis d'engager les travaux de transposition en vue de l'adoption dans le Code du travail de dispositions spécifiques en la matière. Pendant 2012-2015, la protection des travailleurs susceptibles d'être exposés aux champs électromagnétiques est assurée en droit interne par la mise en œuvre des principes généraux de prévention fixés par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail. Le rapport indique également qu'un groupe de travail issu du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) constitué en septembre 2015 a travaillé sur le décret n° 2016-1074 du 3 août 2016 relatif à la protection des travailleurs contre les risques dus aux champs électromagnétiques qui vient compléter les dispositions du Code du travail. Le Comité demande que le prochain rapport indique si les valeurs limites fixées par la directive sont effectivement en vigueur et si elles sont respectées.

Le Comité souligne qu'en vertu des dispositions de l'article 3§2 de la Charte, la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail doit couvrir le stress, les agressions et la violence spécifiques au travail, et en particulier pour les travailleurs engagés dans des relations de travail atypiques (Observation interprétative de l'article 3§2 de la Charte, Conclusions 2013). Le rapport ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Le Comité souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la France soit conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Niveaux de prévention et de protection

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a considéré que les niveaux de prévention et de protection relatifs à la mise en place, l'aménagement et l'entretien des postes de travail étaient conformes à l'article 3§2 de la Charte et demandé 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. En réponse, le rapport explique que la transposition de la directive 2009/104/CE n'a pas nécessité l'adoption de mesures nationales d'exécution, s'agissant d'une consolidation de directives successives qui avaient déjà été transposées en droit français.

Le rapport présente également les exemples de la prévention des chutes de hauteur et le maintien en conformité des machines en service ayant pour but d'appuyer la mise en œuvre de la réglementation existante et à inciter les entreprises à mieux prendre en compte les principes de prévention inscrits dans la réglementation.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité à cet égard.

Protection contre les substances et agents dangereux

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur 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. En réponse, le rapport indique que cette directive a été transposée par l'arrêté du 13 juillet 2006 modifiant l'arrêté du 5 janvier 1993 fixant la liste des substances, préparations et procédés cancérogènes au sens du deuxième alinéa de l'article R. 231-56 du Code du travail. Cet arrêté ajoute les travaux exposant au formaldéhyde à la liste des substances, préparations et procédés considérés comme cancérogènes. D'après le rapport, le droit français était déjà conforme pour toutes les autres dispositions de cette directive.

Toutefois, le Comité note d'après EUR-Lex que la Directive 2014/27/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 modifiant les directives du Conseil 92/58/CEE, 92/85/CEE, 94/33/CE, 98/24/CE et la directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil afin de les aligner sur le règlement (CE) n° 1272/2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges, a été transposée en droit interne par les décrets n° 2015-612 et n° 2015-612 du 3 juin 2015, ainsi que par la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 (en dehors de la période de référence) relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'une réforme réglementaire relative à la prévention et la protection contre l'amiante et décidé d'examiner l'impact de la réforme lors du prochain cycle d'évaluation. Le rapport indique que la valeur limite d'exposition de 0.1 fibre/cm³ a été introduite dans la réglementation française par un décret du 6 juillet 1992 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des poussières d'amiante. Le décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante introduit à l'article R. 4412-100 du Code du travail l'obligation pour l'employeur de respecter la valeur limite d'exposition professionnelle de 100 fibres/l d'air inhalé sur huit heures de travail et prévoit un abaissement de cette valeur à 10 fibres/l à compter du 1^{er} juillet 2015. Le décret n° 2015-789 du 29 juin 2015 relatif aux risques d'exposition à l'amiante inscrit également à l'article R. 4412-110 du Code du travail l'obligation pour l'employeur de mettre à disposition des travailleurs des équipements de protection individuelle assurant le respect de cette valeur limite d'exposition et de procéder à l'évaluation des risques d'exposition à l'amiante. De plus, ces dispositions réglementaires ont été complétées par celles de l'arrêté d'application du 14 août 2012 relatif aux conditions de mesurage des niveaux d'empoussièvement, aux conditions de contrôle du respect de la valeur limite d'exposition professionnelle aux fibres d'amiante et aux conditions d'accréditation des organismes procédant à ces mesurages. Le Comité constate d'après le rapport que cette réforme d'ampleur vise à une élévation significative du niveau de prévention des travailleurs contre les risques d'exposition à l'amiante et fait l'objet d'autres arrêtés d'application pendant la période de référence.

En réponse à la question du Comité relative à la réalisation des dossiers techniques amiante par les propriétaires et employeurs du secteur privé (Conclusions 2013 et 2009), le rapport indique que les autorités françaises se sont engagées dans diverses démarches afin d'améliorer le recueil d'informations : les rapports annuels d'activité des opérateurs de repérage et, par conséquent, la mise en place d'un système d'information inscrite dans le plan d'action interministériel amiante 2016-2019 (en dehors de la période de référence), les inspections réalisées par les agents régionales de santé (312 établissements inspectés en 2014, 13 injonction ont été adressées pour non-respect de la réglementation). En outre, la feuille de route interministérielle en matière d'amiante, validée par le cabinet du Premier ministre en décembre 2015 et transformée en plan interministériel, prévoit la mise en place d'une cartographie des matériaux amiantés dans le parc d'immeubles bâti.

Le Comité conclut que le niveau de prévention et de protection relatif à l'amiante dont bénéficient les travailleurs est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le rapport ne fait état d'aucun changement de la situation, que le Comité a précédemment jugée conforme (Conclusions 2013). Etant donné qu'aucune mise à jour n'a été fournie, le Comité demande qu'il soit fait état dans le prochain rapport des modifications qui auraient été apportées en matière de la protection des travailleurs contre les radiations ionisantes. Il demande si les travailleurs bénéficient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé par les Recommandations de la Commission internationale de protection contre les radiations (CIPR, publication n° 103, 2007).

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité examine le champ d'application personnel de la législation et de la réglementation applicables aux travailleurs qui occupent un emploi atypique.

Travailleurs temporaires

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013) concernant l'accès à l'information et à la formation des travailleurs non permanents, temporaires ou intérimaires en matière de sécurité et de santé au travail lors du recrutement ou du changement de poste, le rapport indique que tout travailleur intérimaire doit bénéficier d'une formation en matière de sécurité dans les mêmes conditions que les salariés permanents de l'entreprise. En vertu de l'article L.4141-1 du Code du travail, l'entreprise utilisatrice doit dispenser aux travailleurs temporaires une formation pratique et appropriée à la sécurité. Cette formation doit être impérativement dispensée, sauf pour les intérimaires auxquels il est fait appel en vue de l'exécution de travaux urgents nécessités par des mesures de sécurité et qui sont déjà dotés de la qualification nécessaire à cette intervention. Dans ce dernier cas, le chef d'établissement utilisateur doit veiller à ce que l'intérimaire reçoive toutes les informations nécessaires à sa sécurité. Ces dispositions viennent compléter l'obligation générale d'information sur les risques pour la santé et la sécurité et les mesures prises pour y remédier, en application de l'article L.4141-2. De plus, les travailleurs temporaires affectés à des postes de travail présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité doivent bénéficier d'une formation renforcée à la sécurité dans l'entreprise dans laquelle ils sont employés (L. 4142-2 et L. 4154-2).

Quant à l'accès de ces catégories de travailleurs à la surveillance médicale (Conclusions 2013), le rapport indique qu'en vertu du décret n°2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail pris en application de l'article L.4625-1 (loi n°2011-867 du 20 juillet 2011) les dispositions générales relatives à la surveillance médicale de ces catégories de salariés (prévues aux chapitres I-IV du titre II du Code du travail) sont applicables sous réserve des modalités particulières prévues aux articles D 4625-2 et suivants. Les services de santé au travail (SST) compétents pour le

suivi de ces salariés sont des services autonomes ou interentreprises qui font l'objet d'un agrément par le Directeur régional des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) (D 4625-2). L'agrément du SST est notamment subordonné à la condition que ce dernier s'engage à participer au fichier commun prévu par l'article D 4625-17 qui permet de centraliser les fiches d'aptitude médicale des salariés suivis. Il est précisé que les entreprises qui adhèrent au SST assurant les missions de la médecine du travail des salariés temporaires ne peuvent accéder qu'aux informations attestant l'aptitude du salarié à un ou plusieurs emplois (D 4625-18).

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013) concernant l'accès des salariés en contrat à durée déterminée à la représentation collective, le rapport indique qu'ils sont pris en compte dans l'effectif de l'entreprises au prorata de leur temps de présence sur les 12 mois précédents (L. 1111-2 du Code du travail) et sont électeurs et éligibles aux élection du comité d'entreprises et des délégués du personnel sous réserve de disposer d'une ancienneté de trois mois pour être électeur et de six mois pour être éligible (L. 2314-17 et 18, L. 2324-16 et 17). Concernant la représentation des travailleurs intérimaires, le rapport explique les règles applicables au sein de l'entreprise de travail temporaire (ils sont comptabilisé dans les effectifs comme salariés permanents et sont électeurs (3 mois d'ancienneté) et éligibles (6 mois d'ancienneté)) et celles applicables au sein de l'entreprise utilisatrice (ni électeurs ni éligibles). Le Comité prend également note de l'accès des salariés mis à disposition à la représentation collective.

En outre, le rapport indique que la Convention de l'OIT n° 181 sur les agences d'emploi privées a été ratifiée le 28 octobre 2015 et rentrée en vigueur le 28 octobre 2016.

Le Comité constate que les travailleurs temporaires, les travailleurs intérimaires et les travailleurs sous contrat à durée déterminée bénéficient du même niveau de protection que les travailleurs sous contrat à durée indéterminée.

Autres catégories de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a conclu que la législation et la règlementation sur la santé et la sécurité dans le travail ne protégeaient pas les travailleurs indépendants de manière conforme à l'article 3§2 de la Charte. Le rapport indique que le Code du travail, ayant pour objet de régir les rapports entre employeurs et salariés, ne s'applique pas aux travailleurs indépendants. Toutefois, au titre de l'article L. 4535-1 du Code du travail, les travailleurs indépendants et les employeurs lorsqu'ils exercent directement une activité sur un chantier de bâtiment et de génie civil, doivent mettre en œuvre, vis-à-vis des autres personnes intervenant sur le chantier comme eux-mêmes, les principes généraux de prévention. Dans le secteur agricole, une telle coordination entre les acteurs n'existe que pour les activités forestières et sylvicoles (L. 717-8 et 9 du Code rural et de la pêche maritime). Le rapport indique également que l'article 19 de la loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt et le décret n° 2015-756 du 24 juin 2015 relatif à la coopération en matière de sécurité et de santé entre employeurs et travailleurs indépendants des professions agricoles prévoient des dispositions relatives à la coopération en matière de sécurité et de protection de la santé entre employeur et travailleurs indépendants des professions agricoles, à l'exclusion de celle réalisant des travaux forestiers.

Le Comité a également demandé des informations relatives à la manière dont le suivi médical des employés de maison est organisé en pratique (Conclusions 2013). Le rapport indique qu'aucune disposition du Code du travail ne prévoit les modalités de suivi médical des travailleurs à domicile, toutefois, la jurisprudence de la Cour de cassation (Cass. Soc 16 janvier 1997 n° 94-45086) a élargi aux travailleurs à domicile l'application des règles de droit commun du Code du travail en matière de suivi médical.

Concernant les salariés saisonniers, le rapport indique que la surveillance de leur état de santé est également prévue à l'article L 4625-1 du Code du travail, par conséquent ils

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

Le Comité note d'après l'information fournie au Comité Gouvernemental (Rapport relatif aux Conclusions 2013), que le Plan santé au travail 2010 – 2014 (PST2) comporte une action ciblant les travailleurs indépendants qui vise à favoriser le développement des actions de prévention des risques professionnels. Le pilote de l'action est la Direction générale du travail, en partenariat avec l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), le régime social des indépendants (RSI), ainsi que les partenaires sociaux. Le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), instance nationale de concertation entre partenaires sociaux et pouvoirs publics, suit les résultats de cette action. Dans ce cadre, l'Union nationale des professeurs libéraux (UNAPL) est membre du COCT et participe au suivi du PST2. Le RSI a mis en place un site internet qui établit un recensement par profession des risques professionnels et fournit des conseils aux professionnels.

Rappelant que tous les travailleurs, tous les lieux et tous les secteurs d'activité doivent être couverts par la législation et la réglementation applicables en matière de sécurité et de santé au travail, le Comité conclut que les travailleurs indépendants ne bénéficient pas d'une protection adéquate au regard de l'article 3§2 de la Charte.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a confirmé 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 a demandé 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. Outre les dispositions spécifiques relatives au système de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs au niveau des autorités nationales, régionales, entreprises et de la fonction publique (Conclusions 2013), le Comité note, d'après le rapport, que dans le secteur agricole, la Commission spécialisée du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) chargée des questions relatives aux activités agricoles est consultée sur tous les projets de textes en santé et sécurité au travail ainsi que sur les priorités nationales en santé au travail conformément à l'article D 717-33 du Code issues du plan santé et sécurité au travail des actifs agricoles 2016-2020. Ce plan est coordonné avec le troisième Plan santé au travail (PST3) notamment sur la cible des très petites entreprises (entre 0.5 et 10 salariés), qui représentaient 100 663 établissements dans le secteur agricole en 2014 avec 217 144 salariés équivalent temps plein. Au surplus, les Comités techniques régionaux (CTR) sont chargés de se prononcer sur les dossiers d'aides aux entreprises en matière de gestion et de promotion de la prévention des risques professionnels et de donner leur avis sur le plan santé sécurité au travail mis en œuvre par chacune des caisses de Mutualité sociale agricole (MSA) de leur circonscription régionale.

Le Comité confirme que la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs en matière de santé au travail est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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 certaines catégories de travailleurs indépendants ne sont pas suffisamment couvertes par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

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 rapport indique que le nombre total d'accidents du travail a diminué de 3,5 % entre 2012 et 2013. La fréquence des accidents de travail a également diminué et atteint son minimum historique de 33,8 pour 1 000 salariés en 2013. La gravité des accidents de travail ainsi que le nombre de décès ont également baissé de 3,5 % en 2012 à 3 % en 2013. Le Comité note que ces chiffres ne concernent qu'une année de la période de référence et rappelle que les chiffres doivent être fournis pour l'ensemble de la période de référence.

Le Comité prend note, d'après les données EUROSTAT, que le nombre d'accidents du travail non mortel a augmenté de 587 090 en 2012 à 724 662 en 2014. Le taux d'incidence standardisé d'accidents du travail non mortels pour 100 000 travailleurs a également augmenté de 3 047,86 en 2012 à 3 385,73 en 2014. Le Comité observe que ce taux est plus important que le taux moyen enregistré pour les 28 pays de l'Union européenne (1 717,15 en 2012 ; 1 642,09 en 2014). Le Comité constate aussi que le nombre d'accidents mortels a légèrement augmenté de 576 en 2012 à 589 en 2014. Le taux d'incidence standardisé d'accidents du travail mortels pour 100 000 travailleurs a également augmenté de 3,48 en 2012 à 3,74 en 2014. Le Comité note que le taux d'incidence standardisé en France reste plus élevé que la moyenne calculée pour les 28 pays de l'UE (2,42 en 2012 ; 2,32 en 2014).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les mesures prises pour contenir l'augmentation sensible des accidents mortels et le nombre important de cas mortels de maladie professionnelle. Il a également demandé des informations concernant les mesures prises pour enrayer l'augmentation du nombre de cas de maladie professionnelle non musculo-squelettique et souligné que, dans l'hypothèse où ces informations n'y figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à l'article 3§3.

Le rapport indique également qu'en ce qui concerne la répartition des décès par catégorie d'accidents dans le secteur agricole, le plus grand nombre est imputable aux décès cardio-vasculaires et à l'utilisation des machines. Ces accidents, y compris les accidents particulièrement graves, font l'objet d'une enquête des agents de l'inspection du travail. Le Comité observe l'évolution des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole, applicables aux salariés et non-salariés agricole afin de prévenir des maladies professionnelles liées aux effets différés des produits chimiques, dont les produits phytopharmaceutiques et d'améliorer la réparation de ces maladies. Des tableaux ont été élaborés par le Ministre chargé de l'Agriculture après avis de la Commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP) qui est également compétente pour toute question relative à la connaissance de l'origine professionnelle des pathologies et à l'articulation entre la réparation et la prévention de celle-ci.

Le rapport indique également que l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) étant un conseil de la branche BTP dans les domaines de la prévention des accidents et de l'amélioration des conditions de travail au sein des entreprises et sur les chantiers, offre une plateforme d'échanges aux partenaires sociaux. Afin de contribuer à la promotion de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et à l'amélioration des conditions de travail dans les entreprises adhérentes, il participe à la veille en matière de risques professionnels, conduits les études relatives aux conditions de travail et analyse les causes des risques professionnels.

Selon le rapport, le nombre de maladies professionnelles a diminué de 4,7 % entre 2012 et 2013. La diminution de quelques 2 500 maladies professionnelles s'explique entre autres par la baisse du nombre des maladies professionnelles liées à l'amiante (la deuxième cause

de maladies professionnelles qui constitue 7,9 % de l'ensemble des maladies indemnisées en 2013). Le rapport constate une importante prévalence des affections péri-articulaires qui représentent 78,9 % des maladies professionnelles. Les lombalgie sont la troisième cause de maladies professionnelles reconnues (5,6 %) depuis 1999.

Le Comité constate que le nombre d'accidents du travail et le nombre d'accidents mortels demeurent trop élevés par rapport à la moyenne de l'UE des 28. Il considère que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents mortels demeurent insuffisantes et demande que le prochain rapport indique quelles sont les causes les plus fréquentes d'accidents du travail et quelles sont les activités de prévention et d'exécution entreprises pour les prévenir.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité rappelle qu'aux termes de l'article 3§3 de la Charte, les Etats Parties doivent mettre en œuvre les mesures pour orienter davantage l'Inspection du travail sur les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). En réponse, le rapport indique que l'autorité centrale de l'Inspection du travail, la Direction générale du travail, prend des initiatives nationales de communication qui ont pour but d'initier et sensibiliser le grand public à des aspects méconnus ou modifiés de la prévention des risques, ou à des problématiques prioritaires par les différents voies (réunions, colloques, etc.) et, notamment, la diffusion d'information sur un portail internet « Travailler mieux » dédié exclusivement aux questions de santé, de sécurité, de conditions de travail, qui donne accès à des outils concrets à l'intention des employeurs ou des salariés notamment des petites et très petites entreprises afin d'améliorer des conditions de travail et de réduire des risques professionnels.

Dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2013 et 2009), le Comité a demandé des informations 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. De plus, il a demandé des informations relatives au nombre de visites de contrôle réalisées dans la fonction publique et 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. Il a également souligné que, dans l'hypothèse où ces informations n'y figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à l'article 3§3.

En réponse, le rapport indique que le système d'information de l'Inspection de travail n'est pas en capacité de fournir le nombre de travailleurs couverts par les visites de contrôle effectivement réalisées chaque année et précise que le ratio entre la partie de la population active sur les conditions d'emploi et de travail de laquelle l'Inspection de travail a compétence pour intervenir (18 200 000 travailleurs) et le nombre d'interventions (103 650 contrôles) ne présente guère de sens en soi. Le nombre moyen d'établissements par agent de contrôle (856 en 2012, 814 en 2014 et 831 en 2015), le nombre moyen des salariés par agent de contrôle (8 710 en 2013, 8 139 en 2014 et 8 500 en 2015) et le nombre moyen d'interventions par agent de contrôle (145 en 2013 et 92 en 2015) ont diminué pendant la période de référence. Le Comité note que, selon les données chiffrées publiées par ILOSTAT, le nombre d'inspecteurs du travail était de 2 101 en 2013 et 2 031 en 2014, le nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10 000 salariés était de 0.8 en 2013 et 2014.

En outre, le rapport indique que certaines des dispositions du Code du travail sont applicables à la fonction publique. L'Inspection du travail n'est en effet a priori pas compétente dans le champ des relations de travail au sein de la fonction publique dont les agents sont régis par des statuts réglementaires pour leurs conditions d'emploi. L'inspecteur du travail est compétent pour vérifier le respect de la partie IV du Code du travail dans les établissements de santé publique, mais son pouvoir de relever par procès-verbal les infractions commises y est limité. Toutefois, l'Inspection du travail joue dans la fonction

publique, hors fonction publique hospitalière, un rôle de conseil, d'expertise ou d'arbitrage sans prendre une quelconque décision administrative, dans les cas expressément prévus dans la loi. La saisie de l'inspecteur du travail n'est envisagée que si l'intervention préalable de l'inspecteur santé et sécurité n'a pas abouti à lever les désaccords (11 cas en 2013). La responsabilité pénale des agents et notamment des chefs de service responsables des bonnes conditions de travail, peut être engagée. Le Comité note que, d'après le rapport, les données pour la fonction publique territoriale et hospitalière ne sont pas disponibles.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations sur l'impact de la réglementation sur la protection des inspecteurs du travail contre les entraves à l'exercice de leurs fonctions dans la pratique. En réponse, le rapport indique que s'agissant des incidents rencontrés dans l'exercice de la fonction de contrôle et d'intervention sont repérables à la fois dans le dispositif de suivi, statistique et qualitatif, de l'activité et dans la gestion de la protection fonctionnelle garantie aux agents. L'article L.8114-1 du Code du travail relatif à l'obstacle aux fonctions de contrôle a été visé 1 198 fois par observation en 2015 (1 636 fois en 2014, 2 148 en 2013, 1 787 en 2012) et 156 fois par procès-verbal (221 en 2014, 316 en 2013 et 300 en 2012). L'article L.8114-2 du Code du travail relatif à l'outrage a été visé 73 fois en observation (93 en 2014, 151 en 2013 et 117 en 2012) et 9 fois par procès-verbal (respectivement 20, 30 et 28). S'agissant de la protection fonctionnelle des agents, le nombre de demandes a légèrement diminué de 102 en 2012 à 46 en 2015. Le Comité observe que pendant la période de référence le nombre des affaires d'outrage, de menaces, de violence verbales ou physiques et voies de fait à l'encontre des agents de contrôle lors de l'exercice de leurs missions a diminué mais reste toujours à un niveau élevé. Le Comité demande que le prochain rapport communique des informations sur l'évolution de la situation ainsi que sur toute mesure prise visant à renforcer la protection des inspecteurs du travail.

Le Comité note d'après NATLEX que le décret n° 2014-359 du 20 mars 2014 relatif à l'organisation du système d'Inspection du travail est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Il rénove l'organisation interne de l'Inspection du travail, aux niveaux local, régional et national. Le Comité note également d'après EUROFOUND que le décret n° 2013-875 du 27 septembre 2013 établit le calendrier d'un reclassement progressif des inspecteurs à compter du 1^{er} octobre 2013 et le redéploiement des contrôleurs sur le rôle de l'inspecteur du travail. Selon le rapport de l'Inspection du travail, en 2014, le nombre de sections d'inspections du travail ou unités de contrôle était de 232 UC territoriales et 28 UC régionales.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations concernant les amendes pénales ou administratives, et le cas échéant leur volume global. S'agissant des moyens de droit attribués à l'Inspection du travail pour agir sur la prévention des accidents et des risques sanitaires, le Comité constate l'existence d'une réforme récente (Ordonnance n°2016-413 du 7 avril 2016 relative au contrôle de l'application du droit du travail, en dehors de la période de référence) portant sur les dispositif de pouvoirs et de sanctions, complété par la procédure de transaction pénale et par la possibilité d'appliquer des sanctions administratives. Toutefois, il décide d'examiner l'impact de la réforme lors du prochain cycle de contrôle.

Le Comité prend note, d'après le rapport, d'un bilan de la campagne de contrôle de l'Inspection du travail sur les chantiers forestiers et sylvicoles (sécurité sur les chantiers en co-activité, mesures d'organisation du chantier, mesures de protection des travailleurs, hygiène des chantiers) effectuée en 2013-2014 ainsi qu'aux suites données aux contrôles.

Le Comité note, d'après le Rapport de l'Inspection du travail pour 2014, que l'Inspection du travail a adopté au cours de la période de référence une série de mesures administratives : lettres d'observations (163 000 en 2012 ; 131 639 en 2014) ; mises en demeure préalables avec ou sans date de régularisation (5 515 en 2012 ; 3 068 en 2014) ; procédures pénales engagées (7 624 en 2012 ; 3 748 en 2014) ; décisions d'arrêt et reprises de travaux ou d'activité en cas de danger grave et imminent (6 223 en 2012 ; 4 498 en 2014) ; procédures

de référé civil en cas de risque imminent (31 en 2012 ; 63 en 2013 et 13 en 2014) ; enquêtes sur accident du travail ou maladie professionnelle (59 665 en 2012 ; 55 626 en 2014, comparé à 6 797 en 2009).

Le Comité demande que le prochain rapport contienne un exposé détaillé et à jour des activités et ressources de l'Inspection du travail durant la période de référence (y compris le nombre de visites de contrôle réalisées), ainsi que les mesures prises à l'encontre d'entreprises qui n'ont pas respecté les règles relatives à la sécurité et à la formation ou qui n'ont pas veillé à dispenser une formation en la matière à leurs salariés.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents du travail sont insuffisantes.

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 rappelle qu'en vertu de l'article 3§4, les Etats doivent promouvoir, en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, l'institution progressive de services de santé au travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement préventives et de conseil. Ces services peuvent être gérés conjointement par plusieurs entreprises. Ils doivent être efficaces et pouvoir déceler, mesurer et prévenir le stress lié au travail, de même que les agressions et les actes de violence au travail (voir Observation interprétative relative à l'article 3§4, Conclusions 2013 ; voir aussi les Conclusions 2003 concernant la Bulgarie). Il rappelle par ailleurs que, si des services de santé au travail ne sont pas institués pour toutes les entreprises, il appartient aux pouvoirs publics d'élaborer, en concertation avec les organisations d'employeurs et de salariés, une stratégie en vue d'atteindre le résultat escompté. Cela signifie que l'Etat « doit s'efforcer d'atteindre les objectifs de la Charte à une échéance raisonnable, au prix de progrès mesurables, en utilisant au mieux les ressources qu'il peut mobiliser » (Conclusions 2003, Bulgarie ; Conclusions 2009, Albanie).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur le taux d'entreprises qui offrent l'accès aux services de santé au travail, autonomes ou interentreprises, dans la pratique, et sur les moyens de contrôle permettant de vérifier que les obligations de recourir aux services de santé au travail sont respectées dans la pratique. En réponse, le rapport indique qu'en 2014, le nombre de services de santé au travail (SST) était de 1 033, dont 277 services de santé au travail interentreprises (SSTI) et 756 services de santé au travail autonomes (SSTA). Toutefois, le rapport indique qu'il n'existe pas de données relatives à l'accès aux services de santé au travail fiables et consolidées en raison de l'absence de système informatique adéquat, mais les données fournies permettent d'estimer des grandes tendances : le nombre de salariés suivis par les services de santé au travail était de 15 674 100 en 2012 et 16 347 311 en 2013. En 2013, 93 % des salariés ont été suivis par les SSTI (données sur 23 régions) et 96 % en 2012. Le rapport explique que depuis la réforme de l'organisation de la médecine du travail issue de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et des décrets du 30 janvier 2012 (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, Conclusions 2013), les effectifs sont comptés en nombre de salariés suivis par équipe pluridisciplinaire pour les SSTI.

En ce qui concerne le taux d'entreprises offrant un accès aux services de santé au travail, le rapport indique qu'il n'y a pas de chiffres consolidés sur le sujet, mais il est possible de faire une estimation à partir des différents rapports. Selon les informations de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en 2012, il y avait 3 559 733 entreprises (au sens de l'INSEE, les entreprises comprennent les microentreprises et les autoentrepreneurs dont l'activité principale est non agricole et hors administrations publiques), quelle que soit leur taille, dont 3 416 182 microentreprises, correspondant à un effectif de 13 397 092 salariés en équivalent temps plein. Selon les rapports administratifs et financiers transmis par les SST et analysés par les médecins inspecteurs du travail, il y avait environ 1 235 500 entreprises sur 20 des 22 régions de France métropolitaine qui ont été conseillées par les SST en 2012. Le rapport explique l'écart avec les chiffres de l'INSEE par le fait qu'un même travailleur pourrait être comptabilisé et suivi plusieurs fois s'il a été employé dans plusieurs entreprises au cours de la même année.

En ce qui concerne les moyens de contrôle, le rapport indique qu'au titre de l'article L. 8112-1, les dispositions du Code du travail sont contrôlées par les inspecteurs du travail. Au titre de l'article 8123-1, en ce qui concerne l'application de la réglementation relative à la santé au travail, les inspecteurs du travail agissent avec les médecins inspecteurs du travail qui

disposent des mêmes pouvoirs et obligations que les inspecteurs du travail à l'exception des mises en demeure et des procès-verbaux (L. 8123-2). Ils vérifient que les entreprises adhèrent à un SST et que celui-ci fonctionne conformément à l'agrément délivré. L'action des médecins inspecteurs du travail porte notamment sur l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail ; ils sont habilités à intervenir seul dans les entreprises et les SST, et à faire des lettres d'observation (L.8123-2). Le Comité note que, d'après le rapport de l'Inspection du travail pour 2014, le nombre des médecins inspecteurs du travail était de 35 en 2012 et 2013 et 31 en 2014.

Le service de santé au travail en agriculture est un service inter-enterprises géré paritairement au sens de l'article L. 717-3 du Code rural et de la pêche maritime. D'après le rapport, le pilotage de telles services est assuré par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, notamment son échelon national de santé et de sécurité au travail qui coordonne l'activité des services et établit chaque année le bilan national d'activité en concentration avec les partenaires sociaux. En 2014, 293 455 examens ont été réalisés pour une population totale de salariés de 1 190 744, dont 15 % bénéficient d'une surveillance médicale renforcée.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations relatives à l'accès des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile ainsi que des travailleurs intérimaires aux services de santé au travail. En ce qui concerne les travailleurs à domicile, le rapport indique la définition d'un travailleur à domicile au titre de l'article L. 7412-1 du Code du travail et indique qu'aucune disposition du Code du travail ne prévoit les modalités de suivi médical des travailleurs à domicile. En ce qui concerne l'accès aux services de santé au travail les travailleurs temporaires, le rapport indique que leur suivi médical est variable selon les régions. Par contre, certains médecins inspecteur du travail ont mis en place des actions dans différentes régions pour améliorer la surveillance de l'état de santé des salariés temporaires. (voir également l'examen sous l'article 3§2, Conclusions 2017). Dans le domaine agricole, le décret n° 2012-706 du 7 mai 2012 relatif aux services de santé au travail et à la prévention des risques professionnels en agriculture (Journal Officiel du 8 mai 2012) et le décret n° 2012-837 du 29 juin 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail en agriculture (Journal Officiel du 30 juin 2012) ont modifié l'organisation des services de santé au travail en agriculture afin de renforcer la surveillance médicale des salarié les plus exposés. Le Comité demande que prochain rapport indique le cadre réglementaire qui prévoit l'accès des travailleurs indépendants, des travailleurs domestiques et 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.

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.

Mesures visant à assurer le 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 82,4 ans en 2015 (81,76 ans en 2009). Le Comité note que selon Eurostat, l'espérance de vie à la naissance dans l'UE-28 était estimée à 80,6 ans en 2015.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations mises à jour concernant le taux de mortalité (le nombre de décès pour 1 000 habitants), les causes de décès les plus fréquentes et les mesures prises destinées à y remédier. Il demande aussi des informations mises à jour concernant le taux de mortalité infantile (le nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes).

Le Comité relève dans les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) que le taux de mortalité maternelle était de 8 pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Le rapport mentionne que la non-diminution de la mortalité maternelle s'expliquerait en partie par l'élévation continue de l'âge maternel à la naissance. Le Comité a précédemment demandé si les actions engagées ont diminué davantage le taux de mortalité maternelle (Conclusions 2013). Le rapport indique qu'un indicateur de morbidité a été mis au point et publié pour la première fois en 2015 : il s'agit du taux d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpérail (grossesse et jusqu'à 3 mois après l'accouchement). Le rapport mentionne qu'il est trop tôt pour évaluer la pertinence de cet indicateur pour la surveillance de la morbidité maternelle sévère. Le Comité demande des informations sur les résultats de ce dernier développement et des informations actualisées sur le taux de mortalité maternelle dans le prochain rapport.

Accès aux soins de santé

Le rapport décrit les principales modifications apportées par la loi de modernisation du système de santé fondée sur la Stratégie nationale de santé lancée par le Gouvernement en 2013 et promulguée le 26 janvier 2016 (en dehors de la période de référence). Trois axes essentiels caractérisent cette loi : la prévention, l'accès aux soins et les droits et la sécurité des patients. La loi remanie ainsi le projet régional de santé et met également en place un dispositif d'organisation des soins spécifique à la santé mentale autour de plusieurs mécanismes régionaux.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur la disponibilité des services de soins de santé mentale et de traitement, y compris des informations sur la prévention des troubles mentaux et les mesures de rétablissement.

Le rapport indique qu'afin de soutenir l'accès aux soins, le gouvernement s'est engagé, dès 2013, à améliorer la prise en charge des dépenses de santé, notamment des assurés les plus modestes. Le nombre de bénéficiaires des aides à l'accès aux soins CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et ACS (l'aide au paiement d'une complémentaire santé) a continué de croître en 2014, pour atteindre 6 millions de personnes, comme l'indique le rapport d'activité 2014 du Fonds CMU. Ce document indique en effet que 5,2 millions de personnes bénéficiaient fin 2014 de la CMU-C (soit une augmentation de 6,5 % en un an) et que l'ACS a, elle, bénéficié à 1,2 million de personnes (+ 3,9 %).

Concernant l'engorgement des services d'urgence, le Comité a demandé à être informé de la mise en œuvre des mesures envisagées pour améliorer la situation. Il a demandé également que le prochain rapport contienne des informations mises à jour sur la manière dont les listes d'attente sont gérées (Conclusions 2013). Le rapport expose les mesures qui

ont été mises en œuvre depuis 2012 concernant l'amont des urgences, ainsi que l'organisation interne et l'aval des urgences comme, par exemple, le programme national de gestion des lits, visant à fluidifier l'orientation des patients en aval des urgences. Un plan d'action a été engagé dès 2012 sur les urgences, comportant trois volets : garantir l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes, gérer la saturation des urgences, traiter les tensions ou risques de tensions au sein des services des urgences. Par ailleurs, un groupe de travail du Conseil national des urgences hospitalières (CNUH) a été réuni par son président au premier semestre 2013. Ce groupe a produit des « propositions de recommandations de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences » remises à la Ministre en septembre 2013.

Concernant le triage à l'arrivée aux urgences, le rapport indique que la Société Française de Médecine d'Urgences a rédigé en 2013 un rapport proposant des recommandations pour le triage dans les structures d'urgences. En 2014, plus de 75 % des structures d'urgences ont mis en place un soignant d'accueil et d'orientation (un infirmier d'accueil et d'orientation dans 96 % des cas et un médecin d'accueil et d'orientation dans 4 % des cas). Le triage aux urgences sert ainsi à classer les malades à l'accueil en fonction de leurs « besoins de soins ». Le Comité demande des informations à jour sur les délais d'attente en général (pas seulement dans les services d'urgence) dans le prochain rapport. Le Comité souligne que, si ces informations ne sont pas fournies, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

En réponse à la question posée par le Comité concernant la disponibilité des structures de réadaptation pour toxicomanes et le traitement (Conclusions 2009, 2013), le rapport indique que différentes structures publiques et privées proposent des cures de sevrage de l'alcool, des drogues illicites et autres addictions nécessitant une prise en charge médicale. Le rapport expose les types de traitement disponibles dans les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui offrent des soins médicaux et psychologiques, avec des consultations de professionnels, de façon confidentielle et gratuite, dans tous les départements de France, ainsi que dans les unités hospitalières d'addictologie.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et traitements dentaires (notamment sur les personnes qui bénéficient de soins dentaires gratuits, le coût des principaux traitements et le pourcentage des versements directs des patients).

Concernant le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a demandé dans sa conclusion précédente si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige qu'elles subissent une stérilisation. Le rapport indique que la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle prévoit dans son article 56 partie « modification de la mention du sexe à l'état civil » que « le fait de ne pas avoir subi des traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande. »

Le Comité rappelle que, dans sa décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012 Médecins du Monde – International c. France, réclamation n° 67/2011, 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. La situation sera prochainement examinée par le Comité dans le cadre du processus de suivi de cette décision. Elle n'est donc pas examinée dans la procédure des rapports pour ce cycle.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 11§1 de la Charte.

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

Le rapport indique que la promotion de la santé – suivant ses trois axes d'éducation à la santé, de prévention et de protection – participe, de la maternelle au lycée, à l'acquisition progressive de savoirs et de compétences, notamment des compétences psychosociales, qui doivent permettre aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé pour eux-mêmes et celle d'autrui. Dans ce cadre, l'École joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information et l'orientation. La politique éducative sociale et de santé est précisée dans la circulaire n° 2015-117 du 10 novembre 2015, en cohérence avec les autres politiques publiques.

Le Comité demande des informations actualisées dans le prochain rapport sur des campagnes concrètes de promotion de la santé et prévention des maladies, ainsi que de sensibilisation de la population en général sur des problèmes de santé spécifiques en France.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité avait précédemment demandé une description des consultations et dépistages gratuits qui sont à la disposition des femmes enceintes (Conclusions 2009 et Conclusions 2013). Le rapport indique mentionne que 7 visites médicales comprenant la recherche de certaines maladies (rubéole, toxoplasmose, etc) sont obligatoires pendant la grossesse. La déclaration de grossesse doit être faite après le premier examen (avant la fin du 3ème mois de grossesse). Ces examens sont pris en charge par l'Assurance Maladie. Par ailleurs, à partir du 4ème mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, l'Assurance Maladie propose aux femmes enceintes de bénéficier, sans avance de frais, d'un examen bucco-dentaire.

Le Comité a aussi demandé précédemment quels sont les programmes de dépistages des maladies, responsables des principales causes de décès, pour l'ensemble de la population. Le rapport indique qu'il existe globalement deux modalités de dépistage : (i) le dépistage organisé pour 2 cancers très fréquents : le cancer du sein (dépistage qui concerne les femmes de 50 à 74 ans) et le cancer colorectal (dépistage proposé aux femmes et hommes de plus de 50 ans) ; et (ii) le dépistage individuel qui concerne les personnes qui ont un risque plus élevé que la moyenne de développer un type de maladie (par exemple il existe un dépistage individuel pour 3 principaux cancers : cancer du col utérin, tumeurs de la peau, cancer de la prostate).

Le Comité rappelle que, dans sa décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012 relative à la réclamation collective 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. La situation sera prochainement examinée par le Comité dans le cadre du processus de suivi de cette décision. Elle ne sera donc pas examinée dans le processus des rapports pour ce cycle.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 11§2 de la Charte.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note du Plan national santé environnement (PNSE2) pour 2009-2013 et les actions envisagées à cet égard (Conclusions 2013). Le Comité a demandé des informations concernant la mise en œuvre de telles actions et des informations sur 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.

Le rapport indique que le 2ème Plan national santé environnement (2009-2013) a fait l'objet d'une évaluation, d'une part par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et par plusieurs corps généraux d'inspection. Le HCSP a constaté une tendance générale à l'amélioration de la qualité de l'eau du robinet sur un panel très large de polluants tels que les nitrates, les pesticides, les métaux (dont plomb, mercure, arsenic) et une amélioration de la situation pour l'exposition au plomb dans l'habitat. Il n'a pas été constaté d'évolution nette, depuis le début des années 2000, de la qualité de l'air extérieur (globalement stagnation des concentrations de plusieurs polluants dans l'air ambiant dans les sites urbains malgré des émissions en baisse au niveau national) ni des expositions au monoxyde de carbone et au radon dans l'habitat.

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

Le Comité demande que le prochain rapport informe sur la mise en œuvre de ce troisième plan santé environnement et réitère sa demande d'informations sur 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

En matière de lutte contre le tabagisme, le Comité prend note des mesures et campagnes prises, comme le « Programme national de réduction du tabagisme » (PNRT), l'interdiction des arômes et additifs (par exemple les capsules mentholées) particulièrement attractifs pour les jeunes, le paquet de cigarettes neutre, la création d'un fonds de prévention du tabagisme, doté dès cette année de 32 millions d'euros. Le rapport indique que le tabagisme régulier apparaît même en légère baisse en 2014 (de 29,1 % en 2010 à 28,2 % en 2014), selon le Baromètre Santé de l'INPES. Entre 2011 et 2014, l'usage quotidien chez les adolescents a continué de progresser très légèrement, évoluant de 31,5 % à 32,4 %.

Le rapport indique que la consommation d'alcool reste globalement stable entre 2010 et 2014 parmi les 15-75 ans selon le Baromètre Santé de l'INPES. En 2014, 86 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois, avec un nombre déclaré de verres bus par semaine estimé à 5,5 en moyenne. Par ailleurs, la consommation d'alcool augmente chez les jeunes adultes entre 2010 et 2014 selon le Baromètre Santé de l'INPES. Entre 2010 et 2014, la proportion des jeunes de 18-25 ans déclarant consommer de l'alcool toutes les semaines est passée de 36 % à 40 %, soit 51 % des hommes et 30 % des femmes. Le rapport ajoute que l'interdiction de fournir de l'alcool aux mineurs a été renforcée ; il est désormais obligatoire d'exiger une preuve de majorité lors de la vente d'alcool, cela était facultatif auparavant.

Le Comité prend note des données concernant la consommation des drogues illicites et les mesures prises à cet égard, comme le premier plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives qui a été adopté le 19 septembre 2013. Parmi les mesures nouvelles, les salles de consommation à moindre risque (SCMR) qui visent à réduire les risques auxquels s'exposent les usagers de drogues. Il s'agit d'espaces où des toxicomanes majeurs, précarisés et en rupture avec le système de santé, sont accueillis pour venir consommer leurs substances psychoactives dans des conditions d'hygiène adaptées, avec du matériel stérile et sous supervision de personnels de santé.

Le Comité demande à être informé des évolutions en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de tabagisme (des chiffres actualisés concernant les niveaux de consommation et les tendances de la consommation), en particulier concernant les jeunes.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport indique qu'en matière de lutte contre les hépatites B et C, un « *Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C* », fruit d'une démarche collective impulsée par la Ministre de la Santé et réalisée sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF), a vu le jour en 2014. Par les mesures qu'il met en avant, ce rapport se propose, selon trois axes : (i) de relancer la prévention des hépatites B et C, jugée en retard sur plusieurs points (vaccination contre l'hépatite B notamment), (ii) d'articuler les étapes de la prise en charge des patients atteints d'hépatites B et C selon des parcours de soins et des stratégies thérapeutiques spécifiques qui leur sont propres, et (iii) de soutenir, à tous les niveaux, les valeurs d'équité dans les soins par des mesures concrètes de lutte contre les inégalités sociales. Le Comité demande des informations sur la prévention des autres maladies infectieuses en général.

Le Comité demande des informations à jour sur le taux de couverture vaccinale.

Accidents

Le rapport indique que la prévention des accidents de la vie courante (AcVC) repose sur des actions sur les comportements, les produits et l'environnement. Elle s'organise selon 3 axes : la communication à visée préventive ; le recueil de données épidémiologiques ; l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations, de normes et de réglementation. Le Comité prend note du rapport du bilan des actions destinées à prévenir les accidents à l'intérieur et à l'extérieur des installations, ainsi que les actions transversales. Le Comité prend note des données relative à la mortalité due aux accidents de la route et aux accidents de la vie courante. Il demande des données actualisées dans le prochain rapport sur le nombre d'accidents de la route ainsi que sur les accidents domestiques et les accidents pendant les loisirs.

Le Comité rappelle que, dans sa décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012 Médecins du Monde – International c. France, réclamation n° 67/2011, 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. La situation sera prochainement examinée par le Comité dans le cadre du processus de suivi de cette décision. Elle n'est donc pas examinée dans la procédure de rapports pour ce cycle.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

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, qui renvoie au rapport sur l'application du code européen de sécurité sociale et de son protocole.

S'agissant des **prestations familiales** et des **prestations de maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et 8§1.

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2006, 2009 et 2013) pour une description du système de sécurité sociale français et note qu'il continue de couvrir les branches de la sécurité sociale correspondant à la totalité des risques traditionnels : soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, famille, maternité, invalidité et survivant. Le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'Etat.

En ce qui concerne le champ d'application personnel, le Comité a précédemment noté (Conclusions 2009 et 2013) que l'ensemble de la population résidente est couverte pour les soins de santé grâce à la couverture maladie universelle (CMU). Il a en outre noté que :

- toutes les personnes exerçant une activité professionnelle ou résidant de façon stable et régulière en France ont droit aux prestations familiales ainsi qu'aux indemnités de maternité et de paternité ;
- toutes les personnes exerçant une activité professionnelle, sauf certains indépendants, ont droit aux prestations en espèce en cas de maladie ainsi qu'aux prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles (selon le rapport, 78,7 % des salariés sont protégés à ce titre) ;
- toutes les personnes exerçant une activité professionnelle ont droit aux pensions d'invalidité, de survie et de vieillesse (75,9 % des salariés sont assurés dans la branche vieillesse, selon le rapport ; d'après l'INSEE, en 2014 il y avait 15 828 000 retraités, dont 554 000 percevaient le minimum vieillesse) et
- toutes les personnes exerçant une activité professionnelle salariée ont droit aux allocations chômage.

Le Comité rappelle que, pour être conforme à l'article 12§1 de la Charte, un pourcentage significatif de la population doit être couvert par le système de la sécurité social en ce qui concerne l'assurance maladie (la couverture de la santé devrait s'étendre au-delà des relations de travail) et les prestations familiales et que le système doit couvrir un pourcentage significatif de la population active s'agissant des indemnités de maladie, des prestations de maternité et de chômage, des pensions et des prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Dans la mesure où le rapport ne contient pas les données requises (Conclusions 2013), le Comité réitère sa demande d'informations plus détaillées sur le taux de couverture (pourcentage de personnes assurées par rapport à la population active totale) des prestations de chômage, de maladie, de vieillesse, de maternité et d'invalidité. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté s'établissait en 2015 à 21 415 € par an, ou 1 785 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, était par conséquent de 10 708 € par an, ou 892 € par mois. Le seuil de pauvreté fixé à 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 714 € par mois.

Le rapport ne contient pas de réponses aux questions précédemment soulevées (Conclusions 2013), concernant en particulier le montant minimum des prestations de sécurité sociale. Le Comité rappelle à cet égard que, lorsque les prestations de sécurité sociale sont versées en remplacement des revenus, leur montant doit se situer dans une

proportion raisonnable du salaire précédemment perçu et ne peut pas être inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté par Eurostat. Si la prestation en question se situe entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté tel que défini ci-dessus, d'autres prestations, y compris d'assistance sociale, seront prises en compte. Lorsque le niveau de la prestation est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté, il est manifestement insuffisant, et donc son cumul avec d'autres prestations ne peut pas rendre la situation conforme à l'article 12§1.

En ce qui concerne les pensions de **vieillesse**, le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 23.

Le Comité a précédemment noté que, pour bénéficier de prestations contributives de **chômage** (aide de retour à l'emploi – ARE) il fallait être involontairement privé d'emploi, être inscrit comme demandeur d'emploi et rechercher activement du travail. Les allocations sont suspendues lorsque l'intéressé refuse sans motif légitime d'accepter une offre d'emploi compatible avec ses qualifications, de suivre une formation ou un apprentissage, ou de chercher un emploi, ainsi qu'en cas de fraude. Toute décision de refus d'octroi des prestations peut faire l'objet d'un recours administratif ou judiciaire (Conclusions 2006). Le Comité a en outre noté les modalités de définition de ce qui constitue une offre raisonnable d'emploi (ORE), et la procédure pouvant aboutir à la suspension des allocations, en cas de refus sans motif légitime de deux ORE (voir Conclusions 2013). Une période d'affiliation de 4 mois (122 jours) au cours des 28 mois avant la fin de l'emploi est également requise, d'après MISSOC pour bénéficier de l'assurance chômage et la durée de versement est égale à la durée d'affiliation prise en compte pour l'ouverture des droits : entre 4 mois et 2 ans (jusqu'à 3 ans si le bénéficiaire est âgé de 50 ans et plus). Le montant minimum de l'allocation de chômage était en 2015 de 28,67€ par jour (environ 860€ par mois), soit entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté. Le Comité avait précédemment relevé que ce montant pouvait être complété par d'autres allocations telles que l'ASS, une allocation non contributive versée sous conditions de ressources aux personnes justifiant d'une activité salariée de 5 ans au cours des 10 ans précédent la rupture du contrat de travail et versée par périodes de 6 mois, renouvelables. Le montant maximum de l'ASS était en 2015 de 16,25€ par jour (488€ par mois). Le Comité demande que le prochain rapport précise le montant minimum de l'ASS, ainsi que les montants minimums des éventuelles autres prestations cumulables, disponibles aux demandeurs d'emploi. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

En ce qui concerne les prestations en espèces au titre de l'assurance **maladie**, d'après les informations disponibles (MISSOC, ISSA, CLEISS), l'indemnité journalière est égale à 50 % du salaire journalier moyen des trois mois précédent la maladie, pendant les 30 premiers jours d'arrêt de travail ; 66,6 % de ce salaire à partir du 31 jour, si l'assuré a au moins trois enfants à charge. La prestation est due après un délai de carence de trois jours, et elle est plafonnée à 1,8 SMIC (salaire minimum interprofessionnel de croissance). A défaut de réponse dans le rapport sur le montant minimum de la prestation, le Comité estime que, sur la base du salaire minimum, qui était en 2015 de 1458€, le niveau mensuel minimum des prestations maladie correspondait approximativement à 729€, soit entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté. Le Comité demande que le prochain rapport précise si cette estimation est correcte et si ce montant est supplémenté par l'employeur ou par d'autres prestations cumulables (sauf prestations relatives à des cas particuliers, comme l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ou l'allocation journalière de présence parentale). Il réserve entretemps sa position sur ce point.

S'agissant des prestations d'**invalidité**, d'après MISSOC, le montant minimum garanti en cas d'incapacité totale de travail (catégorie 2), s'élevait en 2015 à 3380€ par an, à savoir environ 282€ par mois, auquel s'ajoute, sur condition de ressources, une prestation non contributive, l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), qui était en 2015 de 404€. Le Comité note que, même en cumulant ces deux prestations, le montant minimum (686€) reste en dessous du 40 % du revenu médian ajusté, et il est donc insuffisant.

En cas d'**accidents de travail** ou de **maladies professionnelles**, l'assuré a droit à 60 % du salaire de base pendant 28 jours, dans la limite de 190€ par jour, et à 80 % du salaire par la suite, dans la limite de 254€ par jour. En prenant comme référence le salaire minimum, le Comité estime que le montant mensuel minimum en 2015 correspondait approximativement à 875€. Le Comité demande que le prochain rapport précise si cette estimation est correcte et si d'autres prestations peuvent éventuellement venir compléter ce montant.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que le niveau minimum des pensions d'invalidité est insuffisant.

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 CM/ResCSS(2016)6 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par la France (période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015) que la législation et la pratique de la France continuent de donner plein effet aux parties du Code qui ont été acceptées, sous réserve de réviser la méthode de détermination du salaire de référence pour le calcul des prestations.

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, qui renvoie au rapport sur l'application du code européen de sécurité sociale et de son protocole.

La France ayant ratifié les articles 8§1 et 16 de la Charte, le Comité appréciera la portée et l'impact des évolutions observées dans le domaine des prestations de maternité et prestations familiales lorsqu'il se prononcera sur la conformité de la situation au regard de ces articles.

En ce qui concerne les autres branches de la sécurité sociale, le Comité prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence. En particulier, le rapport fait état des améliorations suivantes :

- une importante réforme du système de retraite (loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014), visant à en garantir la soutenabilité. D'après le rapport, le nouveau système prend mieux en compte la pénibilité (introduction en 2015 de mesures facilitant entre autre l'accès à la retraite anticipée), la diversité des carrières et la situation des personnes aux carrières heurtées (meilleure prise en compte, dès 2015, aux fins du calcul de la retraite, des stages de formation professionnelle des travailleurs précaires, des périodes de travail à temps partiel, etc.). Cette réforme a par ailleurs été transposée dans les régimes spéciaux ;
- l'amélioration en 2014 de l'accès aux soins de santé par l'extension de la couverture médicale universelle-complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire de santé (ACS), le nombre de bénéficiaires de ces aides a augmenté respectivement de 6,5 % et de 3,9 % entre 2013 et 2014, atteignant fin 2014 un total de 6 millions de personnes couvertes ;
- la revalorisation en 2014 du minimum vieillesse (ASPA), du minimum contributif, du régime général de retraite de base des travailleurs salariés (RGAV) ainsi que des pensions d'invalidité et d'accidents du travail et maladies professionnelles et du régime complémentaire obligatoire en répartition des salariés du secteur privé (ARRCO) ;
- l'assouplissement des conditions d'octroi des prestations en espèce maladie, maternité, invalidité – désormais ont droit à ces prestations les personnes ayant travaillé au moins 150 heures (au lieu de 200) au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail.

D'autre part, le Comité note que, en vue d'assurer la pérennité du système de retraites, la durée d'assurance nécessaire pour avoir accès à une retraite à taux plein est progressivement allongée et les cotisations salariales et patronales ont été augmentées. En outre, le rapport fait état d'un ralentissement de la revalorisation des allocations de retraite complémentaire.

Le rapport indique aussi la mise en place de la Protection Universelle Maladie (PUMA) au 1er janvier 2016, hors période de référence. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre et l'impact de cette réforme (catégories et nombre de personnes concernées, niveau des prestations avant et après la réforme).

S'agissant des autres changements mentionnés dans le rapport, le Comité rappelle que, pour en apprécier la portée au regard de l'article 12§3, et ainsi évaluer si ces changements constituent des améliorations du système ou des restrictions, il doit en connaître l'impact (catégories et nombre de personnes affectées, montant des prestations avant et après la modification). Il demande par conséquent qu'à l'avenir les rapports présentent systématiquement des informations à cet égard.

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 États Parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale doit être assurée par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux, ou à tout le moins, au moyen de mesures unilatérales.

Le Comité rappelle que, compte tenu de la législation de l'UE régissant la coordination des systèmes de sécurité sociales des États Membres de l'UE, fondées sur les règlements (CE) n° 883/2004 et n°987/2009, tels qu'amendés par le règlement (UE) n°1231/2010, les États Membres de l'UE sont considérés assurer l'égalité de traitement entre, d'une part, leurs ressortissants et, d'autre part, les ressortissants des autres États membres de l'UE, de l'EEE, les apatrides, les réfugiés résidant sur le territoire de l'État Membre qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou de plusieurs États Membres, les membres de leur famille et leurs survivants, ainsi que les ressortissants de pays tiers, y compris les membres de leur famille et leur survivants, dès lors qu'ils résident légalement sur le territoire d'un État Membre et qu'ils se trouvent dans une situation qui ne les cantonnent pas à l'intérieur d'un seul État Membre.

Le Comité rappelle qu'en tout état de cause, en vertu de la Charte, les États Membres de l'UE ou appartenant à l'EEE sont tenus de garantir aux ressortissants d'autres États Parties à la Charte de 1961 et à la Charte qui ne sont pas membres de l'UE ou n'appartenant pas à l'EEE, l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale lorsqu'ils résident légalement sur leur territoire (Conclusions XVIII-1 (2006)). À cet effet, ils doivent, soit conclure avec eux des accords bilatéraux, soit prendre des mesures unilatérales.

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les États parties non membres de l'UE ou de l'EEE, rien dans le rapport n'indique que la France a, au cours de la période de référence, conclu un accord garantissant le principe d'égalité de traitement avec les ressortissants de ces États.

S'agissant des mesures unilatérales prises par la France, le Comité constate que la législation française en vigueur et, notamment les articles L 311-7 et L 816-1 du Code de la sécurité sociale, prévoit, en l'absence de tout accord bilatéral liant la France à un État partie une stricte égalité de traitement entre les ressortissants nationaux et étrangers titulaires d'un titre de séjour ou document justifiant la régularité de leur séjour en France. Le Comité relève qu'aucune condition de durée de résidence ne subordonne le versement des prestations de sécurité sociale.

En ce qui concerne le versement des prestations familiales, le Comité rappelle qu'imposer une condition de résidence de l'enfant sur le territoire de l'État débiteur est conforme à l'article 12§4 (Observation interprétative concernant l'article 12§4, XVIII-1 (2006)). Cependant, comme tous les pays n'appliquent pas un tel système, les États qui imposent une « condition de résidence de l'enfant » sont dans l'obligation, pour garantir l'égalité de traitement au sens de l'article 12§4, de conclure dans un délai raisonnable des accords bilatéraux ou multilatéraux avec les États qui appliquent un principe d'admissibilité différent (Conclusion XVIII-1 (2006), Chypre).

Le Comité relève dans la base de données MISSOC que la France subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant du bénéficiaire réside sur son territoire.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé si la France envisageait de conclure des accords avec les États parties avec lesquels il n'existe pas encore d'accord (Albanie, Arménie et Géorgie) ou, à défaut, s'il envisageait d'adopter des mesures unilatérales, et, si tel est le cas, selon quel calendrier. Le rapport ne fournit aucune information à cet égard, de sorte que le Comité réitère sa demande.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), déduit, eu égard aux informations fournies dans les précédents rapports, à l'exportabilité des prestations sociales pour les ressortissants des États parties qu'ils soient liés ou non par des accords bilatéraux. Le Comité a, à cet égard, demandé confirmation de son analyse. Le rapport ne fournissant aucune information à ce sujet, le Comité réitère sa demande et, entre-temps, réserve sa position sur ce point.

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

Le Comité note que la situation, qu'il a précédemment considéré (Conclusion 2013) non conforme à la Charte, n'a pas changé, de sorte qu'il n'est toujours pas possible pour les ressortissants non couverts par la réglementation de l'UE ou par des accords bilatéraux de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi. Il note que les informations fournies par le CLEIIS confirme la situation. Pour ces raisons, le Comité réitère sa conclusion de non-conformité sur ce point.

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 État 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 (Conclusion XIV (1998), Portugal). Pour ce faire, les États parties ont le choix des moyens : convention multilatérale, accord bilatéral, ou mesures unilatérales, législatives ou administratives.

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 d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- le droit au maintien des droits en cours d'acquisition n'est pas garanti aux ressortissants de tous les autres États 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

Depuis les Conclusions 2000, le Comité constate la non-conformité de la situation à la Charte au motif que l'âge minimum pour bénéficiar de l'assistance sociale est fixé à 25 ans. À cet égard, le Comité prend note des dispositifs complémentaires ci-après destinés à aider les jeunes de moins de 25 qui ne sont pas éligibles au revenu de solidarité active (RSA) :

- les jeunes de moins de 25 ans, y compris ceux qui sont au chômage ou poursuivent leurs études, peuvent bénéficier du RSA à condition de justifier d'une période d'activité minimale. Le RSA jeunes est financé par l'État (le RSA étant, pour le reste, financé par les départements) à travers le Fonds national des solidarités actives (FNSA). En juin 2015, 7 710 jeunes de moins de 25 ans en bénéficiaient. À cet égard, le Comité relève également dans le rapport du Comité gouvernemental (GC(2014)21, paragraphes 251-257) que depuis septembre 2010, les jeunes actifs de 18 à 25 ans ont la possibilité de bénéficier du revenu de solidarité active (RSA), dont le montant s'élève à 500 € par mois, sous réserve qu'ils aient exercé une activité professionnelle antérieure équivalant à deux ans d'activité à temps plein sur une période de référence de trois ans précédant la date de la demande.
- *La Garantie jeunes s'adresse aux jeunes de 16 à 25 ans révolus qui ne sont ni en emploi, ni en formation.* Avec ce dispositif, le jeune peut désormais s'inscrire dans un parcours actif d'insertion grâce à l'engagement des pouvoirs publics et de leurs partenaires à l'accompagner pour déceler les opportunités d'emploi et à lui apporter un soutien financier. Encadré par un conseiller, le bénéficiaire va construire un parcours intensif d'accès à l'emploi et à la formation. Pendant un an, le jeune bénéficie d'un accompagnement intensif et d'une aide financière de 461,72 euros mensuels pour faciliter ses démarches d'accès à l'emploi. La Garantie jeunes, expérimentée initialement dans 10 territoires pilotes (urbains et ruraux) choisis en 2013, ciblait alors jusqu'à 10 000 jeunes. En décembre 2015, ils étaient 46 000 à en avoir bénéficié. Une nouvelle mesure – la garantie jeune – issue du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, est mise en place depuis le 2^e semestre 2013 avec pour objectif principal d'amener les jeunes en grande précarité à s'installer de façon autonome dans la vie active. Cette mesure fait suite à la recommandation du Conseil européen du 22 avril 2013 sur l'établissement d'une garantie pour la jeunesse. Le programme opérationnel de la France « Initiative pour l'emploi des jeunes » a été validé par la Commission européenne le 3 juin 2014.
- Le Comité relève par ailleurs dans le rapport que la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi a créé la prime d'activité, destinée à remplacer le RSA activité et la prime pour l'emploi à compter de janvier 2016. Financée par l'État, la prime d'activité est un complément de revenu pour les travailleurs aux ressources modestes. Selon le rapport, les jeunes actifs âgés de 18 à 24 ans, qu'ils soient salariés ou travailleurs indépendants, peuvent maintenant toucher la prime d'activité. Le rapport indique que cette prestation vise à encourager l'activité professionnelle et à soutenir le pouvoir d'achat des personnes seules gagnant moins de 1 500 euros par mois. Les étudiants et apprentis ayant plus de 18 ans peuvent aussi y avoir droit s'ils justifient d'un salaire/revenu mensuel d'au moins 893,25 euros. Au 20 avril 2016, plus de 2,3 millions de foyers, soit plus de 3,8 millions de personnes, avaient bénéficié de ce dispositif ; 400 000 jeunes de moins de 25 ans avaient touché la prime. Le Comité comprend que le montant de la prestation est fonction de la situation de chacun. Il demande cependant

quel est, d'une manière générale, le montant moyen de la prime versée aux jeunes âgés de 18 à 25 ans.

Le Comité comprend qu'avec la mise en place de toutes ces mesures depuis 2010, les jeunes âgés de 18 à 25 ans sont désormais éligibles à certaines prestations, comme le RSA jeunes pour les jeunes chômeurs pouvant justifier d'une période d'activité minimale, la Garantie jeunes pour ceux qui sont sans emploi, et la prime d'activité pour ceux qui sont salariés ou indépendants et dont les revenus ne dépassent pas certains plafonds. Le Comité demande quelles sont les interactions entre ces différentes prestations et si une décision de refus d'attribution d'une prestation est susceptible de recours. Il demande aussi s'il y a encore une catégorie de jeunes, sans ressources, qui ne serait éligible à aucune des prestations susmentionnées.

Niveau des prestations

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a conclu qu'il n'était pas établi que le niveau de l'assistance sociale soit suffisant. Plus concrètement, il a noté que, d'après le rapport, il était difficile de déterminer *in abstracto* à combien s'élevaient les compléments car les prestations sociales dépendaient pour la plupart de la situation personnelle du demandeur. Le Comité avait demandé que le prochain rapport précise, dans toute la mesure du possible, le montant combiné (total) des prestations de base et des compléments auquel a droit une personne seule, en donnant au besoin des informations et/ou des exemples de sommes perçues mensuellement par des bénéficiaires types.

- Prestation de base : le Comité relève dans le rapport qu'en 2016, le montant du RSA pour une personne seule s'élevait à 535,17 euros. Le montant versé était réduit de 61,67 euros quand le demandeur était propriétaire de son logement ou percevait une allocation logement. Le Comité relève dans la base de données MISSOC que le montant du RSA s'établissait à 513 euros en 2015.
- Prestations complémentaires : en outre, selon le rapport, les personnes concernées pouvaient aussi bénéficier d'une aide au logement, d'un montant de 231 euros dans le cas de l'aide personnalisée au logement (APL) et de 189 euros pour l'allocation de logement sociale (ALS). Selon le rapport, si l'on tient compte des prestations de base et des prestations complémentaires, il ressort d'une étude publiée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en juin 2015 que les bénéficiaires du RSA ont un niveau de vie mensuel médian de 740 euros par mois. Le rapport indique par ailleurs que les bénéficiaires du RSA bénéficient également d'autres prestations, comme la couverture maladie universelle et la prime de Noël (152 € en 2015), ainsi que d'une réduction des factures d'électricité (entre 71 et 140 € par an) et de gaz (entre 23 et 123 € par an). Le rapport ajoute qu'une assistance sociale est aussi fournie par les collectivités locales (communes, conseils départementaux et régionaux) sous forme de tarifs spéciaux pour les transports ou d'aides pour les activités culturelles et sportives et pour les vacances. Il affirme toutefois qu'il n'est pas possible de produire des statistiques concernant le montant moyen des aides ainsi fournies.
- 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 892 euros en 2015.

Le Comité considère qu'à la lumière de tous les éléments figurant dans le rapport, y compris le montant socle de l'assistance ainsi que tous les autres types de prestations versées au titre de l'aide sociale, le niveau global de l'assistance se situe en deçà du seuil de pauvreté (892 €). Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte au motif que le montant de l'assistance sociale, qui comprend l'assistance de base et toutes les prestations complémentaires qui pourraient s'appliquer, n'est pas suffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité relève dans le rapport que la réforme de la procédure dans les juridictions de l'aide sociale n'a pas été adoptée par le parlement pendant la période de référence. Il demande que le prochain rapport présente des informations à jour sur ce point.

Champ d'application personnel

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§1, les États doivent fournir une assistance sociale et médicale suffisante à toutes les personnes en situation de besoin sur un pied d'égalité, qu'il s'agisse de leurs propres citoyens ou de ressortissants d'États parties qui résident légalement sur leur territoire. En outre, se référant à son Observation interprétative des articles 13§1 et 13§4 (Conclusions 2013) concernant le champ d'application personnel desdits articles, il rappelle que les personnes en situation irrégulière sur le territoire d'un État sont désormais aussi couvertes par l'article 13§1, et non plus par l'article 13§4, comme c'était le cas dans sa pratique précédente.

Le Comité examine désormais si les États qui ont accepté l'article 13§1 garantissent le droit :

- à une assistance sociale et médicale suffisante à leurs propres citoyens et aux ressortissants des autres États parties qui résident légalement sur leur territoire, sur un pied d'égalité ;
- à une assistance sociale et médicale d'urgence aux personnes se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'États parties résidant légalement sur le territoire

Depuis ses conclusions XV-1 (2000), le Comité a jugé que la situation n'est pas conforme à la Charte en raison de la condition de durée de résidence de cinq ans exigée des ressortissants de pays non membres de l'Espace économique européen (EEE) pour l'ouverture du droit à l'assistance.

À ce propos, il relève dans le rapport que pour pouvoir bénéficier du RSA, les ressortissants d'États non membres de l'UE sont toujours soumis à l'obligation de posséder depuis au moins cinq ans un titre de séjour autorisant à travailler. Autrement dit, l'éligibilité au RSA est subordonnée à une condition de résidence stable et durable sur le territoire. Selon le rapport, la condition d'antériorité de résidence est donc fondée sur une justification objective et est en rapport direct avec l'objectif poursuivi par la loi.

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§1, l'égalité de traitement doit être garantie une fois que l'étranger a été admis à résider légalement sur le territoire d'un État partie. La Charte ne réglemente pas les modalités d'admission des étrangers sur le territoire des États et les règles relatives à l'attribution de la qualité de « résident » sont laissées aux législations nationales. L'égalité de traitement signifie que le bénéfice des prestations d'assistance, y compris les garanties de ressources, ne soit pas réservé en droit aux nationaux ou à certaines catégories de ressortissants étrangers et que les critères appliqués en fait pour attribuer les prestations ne soient pas différents en raison de la nationalité. L'égalité de traitement implique également que des conditions supplémentaires, telle une condition de durée de résidence, ou plus difficiles à remplir par les étrangers ne puissent pas leur être imposées.

Le Comité note en outre que, d'après le rapport du Comité gouvernemental (GC(2014)21, par. 260), la situation n'a pas changé : les étrangers non communautaires doivent résider en France de manière stable, effective et permanente et être titulaire, depuis au moins cinq ans, d'un titre de séjour autorisant à travailler. La règle qui impose une condition de résidence en France depuis au moins cinq ans est inspirée par un souci de cohérence avec les obligations qui s'imposent à la France, telles qu'elles résultent en particulier de la

Directive 2003/109/CE du 25 novembre 2003 relative au statut des ressortissants de pays tiers résidents de longue durée.

Le Comité note que la situation qu'il a précédemment jugée non conforme à la Charte n'a pas changé. Par conséquent, il reconduit sa conclusion de non-conformité.

S'agissant de la violation de l'article E, lu en combinaison avec l'article 13§1, constatée dans la décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012, Médecins du Monde – International c. France, réclamation n° 67/2011, au motif d'un défaut d'assistance médicale pour les Roms migrants résidant légalement ou travaillant régulièrement en France depuis plus de trois mois, et de la violation de l'article 13§4 au motif d'un défaut d'assistance médicale pour les Roms migrants résidant légalement ou travaillant régulièrement en France depuis moins de trois mois, le Comité décidera du suivi à donner sur la base des informations qui seront soumises en octobre 2017.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Le Comité se réfère à sa conclusion précédente au titre de l'article 13§4, dans laquelle il avait considéré que la situation était conforme à la Charte pour ce qui était de l'assistance sociale et médicale d'urgence dispensée aux étrangers en situation irrégulière. Il note, d'après le rapport, que cette situation n'a pas changé.

S'agissant de l'aide sociale d'urgence, le Comité rappelle que les personnes en situation irrégulière doivent jouir d'un droit légalement reconnu à la satisfaction de leurs besoins matériels élémentaires (nourriture, vêtements, logement) pour leur permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave. Il incombe aux États d'assurer que l'effectivité de ce droit soit réalisée en pratique (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 187).

Le Comité ne peut admettre qu'il faille cesser d'apporter à des individus en situation de grande précarité une assistance d'urgence aussi essentielle qu'une solution d'hébergement, assistance que l'article 13 garantit comme un droit subjectif. Le Comité a considéré que, même s'il voulait tenir les objectifs actuels de la politique migratoire, le Gouvernement disposait de moyens moins lourds pour ce qui était de l'assistance d'urgence accordée à ceux qui avaient dépassé la durée de séjour qui leur avait été légalement autorisée, à savoir assurer l'assistance d'urgence nécessaire tout en maintenant les autres restrictions applicables aux migrants en situation irrégulière (Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas, réclamation n° 90/2013, décision sur le bien-fondé du 1^{er} juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le prochain rapport fournit des informations à jour sur la façon dont ces obligations sont respectées en droit et en pratique pour ce qui est des ressortissants étrangers en situation irrégulière.

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 :

- le montant de l'assistance sociale, qui comprend l'assistance de base et toutes les prestations complémentaires qui pourraient s'appliquer, n'est pas suffisant ;
- les ressortissants de pays non membres de l'Union européenne sont soumis à une condition de durée de résidence de cinq ans pour avoir droit au RSA.

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 précédemment jugée conforme à la Charte (Conclusions 2013) n'a pas changé. Il renouvelle son constat de conformité et demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour.

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 Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant le fonctionnement des services à vocation spécifique affectés à l'aide et à la consultation en faveur des personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes.

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 renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvre dorénavant l'assistance sociale et médicale d'urgence accordée aux ressortissants d'États parties se trouvant légalement (mais sans y résider) sur le territoire.

Il rappelle que les États parties sont tenus de fournir aux ressortissants étrangers non résidents sans ressources une assistance sociale et médicale d'urgence (hébergement, nourriture, soins d'urgence et vêtements) pour leur permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave (sans interpréter trop étroitement les critères d'« urgence » et de « gravité »). Aucune condition de durée de présence ne peut conditionner le droit à l'assistance d'urgence (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §171).

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1, dans laquelle il a jugé la situation conforme à la Charte s'agissant de l'assistance sociale et médicale d'urgence apportée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière, et considère que la situation est également conforme à la Charte pour ce qui est des étrangers se trouvant légalement sur le territoire.

Il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant l'assistance sociale et médicale d'urgence apportée aux ressortissants d'États parties se trouvant légalement sur le territoire.

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

Dans les Conclusions 2013, le Comité a demandé que le rapport énumère les services qui peuvent faire l'objet d'une tarification et quel est le tarif moyen demandé aux usagers.

Le rapport indique que les services sociaux accueillent, orientent, informent et accompagnent dans leurs démarches toutes personnes rencontrant des difficultés. Ces services sont gratuits. Les aides sociales sont multiples et celles qui entraînent une participation financière (ex. cantines scolaires, garde d'enfant, aide à la personne...), relèvent pour la plupart de collectivités, donc il n'y a pas de tarification de référence au niveau national. Par ailleurs, elles dépendent en général des revenus des personnes. Le Comité comprend que le coût d'accès aux différents services sociaux varie en fonction de la nature des services sociaux et des revenus de la personne.

Le Comité rappelle que, au titre de l'article 14§1, le Comité examine les règles régissant les conditions d'éligibilité pour bénéficier du droit aux services sociaux (accès effectif et égal) et la qualité et la supervision des services sociaux ainsi que les droits des bénéficiaires et leur participation à l'établissement et au maintien des services sociaux (article 14§2). Les personnes qui demandent des services sociaux devraient recevoir les conseils et les conseils nécessaires leur permettant de bénéficier des services disponibles en fonction de leurs besoins (Conclusions 2009, Observation interprétative de l'article 14§1). À cet égard, demande des informations mises à jour et spécifiques sur les conditions d'éligibilité pour bénéficier du droit aux services sociaux (accès effectif et égal). Le Comité prend en considération le moment qui s'est écoulé depuis la première description de l'organisation des services sociaux, demande que le prochain rapport fournit une nouvelle description mettant à jour ou confirmant l'information au besoin, compte tenu des conditions d'éligibilité au bénéfice du droit à la protection sociale Services (accès effectif et égal).

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.

Dans sa conclusion précédente (2013) le Comité a demandé que le rapport dresse un bilan de l'efficacité des dispositifs d'implication des allocataires dans le fonctionnement et l'évaluation du RSA.

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

Dans le cadre de l'évaluation générale du dispositif RSA et de ses réformes, les allocataires sont également impliqués. C'est notamment l'objet du collège des personnes en situation de pauvreté et de précarité (8^{ème} collège) du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), créé à titre expérimental en 2012 et pérennisé par le décret du 17 décembre 2013. Le CNLE a publié, le 10 octobre 2013[1], un avis sur le projet de réforme des dispositifs de soutien aux revenus d'activité modestes, y compris l'évaluation du RSA activité. Le CNLE dispose également de groupes de travail dédiés au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, dont l'un est plus particulièrement en charge de la question des minima sociaux. Des consultations *ad hoc* ont permis de compléter l'implication des allocataires dans l'évaluation du RSA. Les travaux qui ont abouti à la création de la prime d'activité par le Titre IV de la loi du 17 août 2015 (voir plus de précisions sur ce dispositif dans la réponse aux demandes du comité concernant l'article 13§1) ont ainsi comporté une journée de travail, en avril 2013, avec un panel d'usagers de minima sociaux constitué pour recueillir un avis sur de possibles améliorations des dispositions en vigueur. Le panel se composait de membres du 8^{ème} collège du CNLE ainsi que d'associations compétentes : le Secours catholique, l'Armée du salut, ATD Quart-Monde et l'Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA).

Dans sa conclusion précédente (2013) le Comité a demandé des informations sur la nature et le champ des évaluations internes et externes des établissements et services sociaux et médico-sociaux prévues par la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le rapport indique que, pour ce qui concerne les obligations d'évaluation interne les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), tels que définis à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, sont tenus par l'article L. 312-8 du même code de procéder à l'évaluation interne de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées selon les catégories d'établissements ou de services. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré leur autorisation. Pour ce qui concerne les obligations d'évaluation externe les établissements et services font également procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par décret, sur la base d'une liste établie par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par l'ANESM.

En outre, le Comité a demandé si l'ANESM, qui est responsable de l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation externe, vérifie la qualité des évaluations internes.

Le rapport indique que l'Agence a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, pour accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation aussi bien interne qu'externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002. Pour l'évaluation interne : les missions de l'ANESM sont directement issues des obligations faites aux ESSMS qui sont tenus de mettre en place une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Les évaluations se conduisent, selon l'article L 312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques validées ou élaborées par l'Agence. Pour l'évaluation externe, les établissements et services doivent rendre compte tous les 5 ans aux conseils départementaux et/ou à l'État, et sont tenus de faire procéder à des évaluations externes par un organisme habilité par l'Agence. La deuxième mission de l'ANESM consiste donc à habiliter des organismes extérieurs qui procèderont à l'évaluation externe à laquelle sont soumis les ESSMS. L'Agence fournit ainsi aux ESSMS les conditions pour que l'évaluation interne comme externe de leurs activités et de la qualité de leurs prestations soit mise en œuvre et que les autorités qui les ont autorisées soient destinataires de ces résultats. Ce dispositif est par ailleurs directement connecté à la décision de renouvellement de l'autorisation de l'établissement ou du service. En effet, l'article L 313-1 du CASF précise que cette décision de renouvellement est exclusivement subordonnée aux résultats de l'évaluation externe réalisée par un organisme habilité par l'Agence, selon un cahier des charges défini par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007.

Conclusion

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

Le Comité rappelle que l'article 23 de la Charte a pour principal objectif de permettre aux personnes âgées de demeurer des membres à part entière de la société et invite, à cet égard, les États Parties à se munir d'un cadre juridique approprié qui, premièrement, permet de lutter contre les discriminations fondées sur l'âge en dehors de l'emploi et, deuxièmement, prévoit une procédure d'assistance à la prise de décision.

S'agissant de la lutte contre les discriminations fondées sur l'âge, le Comité rappelle que le dispositif législatif de lutte contre les discriminations mis en place par les articles 225-1 et suivant du Code Pénal, offre les garanties suffisantes à la protection des personnes âgées contre toute discrimination fondée sur un tel motif. Il relève également que le Défenseur des droits lutte contre les discriminations fondées sur l'âge. Le rapport indique, à cet égard, que 6,9 % des réclamations traitées en 2015 par ledit Défenseur dans le domaine de la lutte contre les discriminations étaient fondées sur l'âge (4846 réclamations). Pour autant, le rapport indique que tous les cas ne concernaient pas nécessairement des personnes âgées.

S'agissant de la procédure d'assistance à la prise de décision mise en place pour les personnes âgées, le rapport indique qu'il existe différents régimes permettant de protéger les personnes âgées des personnes mal intentionnées ou éventuellement les protéger d'elles-mêmes, à l'instar de la "procuration", le mandat de protection future, la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle. Le Comité relève sur le site officiel de l'administration française qu'il existe également, à côté de ces régimes, la mesure d'accompagnement social personnalisé (Masp) ou judiciaire (Maj) et l'"habilitation familiale". La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a, par ailleurs, introduit de nouvelles garanties s'agissant du consentement dans le cadre de la procédure d'admission en maison de retraite.

Ressources suffisantes

Afin de pouvoir apprécier si le montant de la pension est suffisant au titre de l'article 23, le Comité prend en compte toutes les mesures de protection sociales garanties aux personnes âgées et visant à maintenir un niveau de revenus qui leur permette de vivre décemment et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. Le Comité examine en particulier les pensions à caractère contributif ou non contributif et les autres prestations pécuniaires complémentaires servies aux personnes âgées. Il compare ensuite ces ressources au revenu médian ajusté. Cependant, le Comité rappelle que sa tâche est d'évaluer non seulement la loi, mais aussi la conformité de la pratique avec le contenu des obligations découlant de la Charte. À cette fin, il prend également en considération les indicateurs pertinents du taux d'exposition au risque de pauvreté des 65 ans et plus.

Le Comité rappelle que, dans le régime général, on distingue la retraite de base et la retraite complémentaire. La pension de retraite de base est calculée en fonction, d'une part, du salaire cotisé apprécié sur les 25 meilleures années et, d'autre part, de la durée d'assurance. Elle est servie au taux plein à partir de l'âge de 62 ans si l'on dispose de la durée d'assurance minimale requise (en 2015, 166 trimestres pour une personne née en 1955) ou à partir de l'âge auquel on dispose de cette durée minimale ou, à défaut, à partir de l'âge de 67 ans. La retraite minimale à taux plein versée aux assurés qui remplissent l'une des conditions ci-dessus s'élève à 687€ par mois – minimum contributif. Si la durée de cotisation est inférieure, le montant est minoré en proportion. La pension peut, au contraire, être majorée si l'assuré a continué à travailler au-delà des conditions minimales d'admissibilité à la retraite à taux plein.

La pension de retraite complémentaire obligatoire "ARRCO" est calculée en fonction du nombre de points obtenus chaque année au titre des cotisations versées chaque année multiplié par la valeur annuelle d'achat du point de retraite appelée "salaire de référence". Elle est accordée sans abattement à partir de l'âge légal sous réserve de justifier de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension à taux plein pour la retraite de base.

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), une prestation non-contributive. L'ASPA est une allocation différentielle servie en complément des ressources de l'assuré pour les porter à un montant minimum garanti : 801€ par mois pour une personne seule en 2015 et 1 246,97€ pour un couple.

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.

Le site officiel de l'administration française indique qu'une "allocation simple d'aide sociale pour personnes âgées" est disponible si ces dernières ne perçoivent pas de pension de retraite et que leur demande d'ASPA a été rejetée. L'allocation simple est versée par l'Etat. Elle est accordée soit à taux plein, soit à taux réduit, en fonction des ressources. À taux plein, l'allocation simple est fixée à 9 638,42€ par an (ou 803,20€ par mois) pour une personne seule et 14 963,65€ par an (ou 1 246,97€ par mois) pour un couple.

Le rapport indique également qu'une autre allocation, l'"allocation personnalisée d'autonomie" (Apa) est octroyée à toute personne âgée 65 ans et plus en perte d'autonomie, conformément à l'article L. 232-1 du Code de l'action sociale et des familles. Le montant mensuel maximum de l'Apa varie de 1 714,79€ à 663,61€ en fonction du groupe isoresources (Gir.) de rattachement.

Les personnes ayant de faibles revenus (notamment les bénéficiaires de l'ASPA ou de l'Apa) peuvent bénéficier de prestations en espèces, dont différentes allocations de logement d'un montant variable selon les ménages : il s'agit notamment des aides personnalisées au logement ou l'allocation de logement sociale (ces deux aides ne sont pas cumulables). Ces personnes bénéficient, par ailleurs, de la prise en charge de leurs soins de santé tout en étant exonérées des prélèvements à cet effet sur leurs pensions mensuelles.

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 10 707,5€ par an en 2015 (ou 892€) par mois. Le Comité considère que le niveau de ressources garanties, compléments et couverture maladie gratuite compris, est conforme à la Charte.

S'agissant des mesures prises par la France pour remédier aux 1 % des personnes de 65 ans et plus disposant d'un revenu inférieur à 40 % du revenu médian ajusté, le Comité prend note de la loi n° 2014-40 de janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Parmi les mesures les plus importantes figurent, notamment, la modification des règles de validation de trimestres, le maintien de la date de revalorisation du minimum vieillesse (Aspa) et le relèvement du plafond du minimum contributif.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé davantage d'informations sur la mise en oeuvre pratique des programmes et outils développés par la France pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées. Le rapport indique que la France s'est efforcé, au cours de la période de référence, de développer et de promouvoir

une culture active de la "bientraitance" des personnes âgées. À cet égard, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Médico-sociaux a élaboré plusieurs recommandations sur les bonnes pratiques professionnelles et les procédures d'évaluation interne et externe. Le "Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées" a été réactivé en 2013, sous l'appellation de "Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées". La France a également adopté des mesures en matière de sensibilisation et formation des personnels à la bientraitance.

Selon le rapport, la France a mis en place un système d'information sécurisé qui permet d'établir une analyse quantitative et qualitative des signalements recueillis au numéro national d'écoute et d'aide pour répondre aux situations de maltraitance envers les personnes, notamment âgées vivant à domicile ou en établissement. Un rapport d'activité de ce dispositif est réalisé chaque année. En janvier 2015, 80 % des départements bénéficiaient de ces relais de proximité. Le rapport indique également la mise en place, par les services de l'État, de programmes pluriannuels d'inspection dans les établissements médico-sociaux. Le programme en cours a été défini pour la période 2013-2017. Il cible particulièrement les structures et activités à risque ou ayant fait l'objet de réclamations ou de signalements, afin de remédier aux dysfonctionnements, sanctionner les abus, mais aussi accompagner les évolutions nécessaires. Le Comité demande combien d'établissements hébergeant les personnes âgées ont été recensés sur le territoire français, combien ont été inspectées, comment les inspections sont, en principe, organisées et quelles sont les sanctions et/ou mesures prises à l'encontre d'un établissement déclaré responsable d'un dysfonctionnement ou d'un abus.

S'agissant de la mise en œuvre du programme "MobiQual", le rapport ne fournit aucune information précise, si ce n'est qu'il propose des outils scientifiques et pédagogiques essentielles aux fins d'information, de sensibilisation et de formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, en établissement comme à domicile. Le Comité demande que davantage d'informations à ce sujet.

Services et facilités

Le Comité rappelle que, même si l'article 23 ne fait référence qu'aux informations concernant les services et facilités, il présuppose l'existence même de ces services.

S'agissant des services et facilités proprement dits, le Comité relève dans le rapport que, conformément à la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, la France s'efforce de mieux prendre en charge problème de la perte d'autonomie. À cet égard, le Comité note, au cours de la période de référence, une levée importante de fonds destinée à financer les soins de longue durée dispensés aux personnes âgées hébergées en établissement ainsi qu'à relancer et restructurer le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile.

Le rapport ajoute que 758 000 prestations à domicile ont, en 2014, été allouées aux personnes âgées. Le Comité demande combien de personnes âgées ont bénéficiées de l'aide-ménagère à domicile et/ou de la prise en charge des repas.

Le Comité note, enfin, que depuis juin 2013, un modèle unique de dossier est utilisé pour les demandes d'admission en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur l'ensemble du territoire national, que ce soit pour les informations administratives ou les informations médicales.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le rapport ne fournit aucune information. Le Comité demande que le prochain rapport fournit des informations à ce sujet.

Logement

Le rapport indique que les logements dits "intermédiaire" (logements foyers ou "résidence autonomie") ont vocation à être développé. Ces structures bénéficient d'une aide financière, « le forfait autonomie », qui financent des actions de prévention et d'accompagnement des personnes âgées les plus fragiles. Une aide à l'investissement pour les travaux de modernisation des résidences autonomie est également prévue.

Le rapport indique également que le Plan national d'adaptation des logements à la perte d'autonomie prévoit jusqu'en 2017 la rénovation de 80 000 logements privés.

Le Comité demande quels ont été les résultats et les suites données au programme « Habiter mieux » et, notamment, si celui-ci a pu effectivement aider 300 000 ménages à réaliser des travaux de rénovation thermique. Il demande aussi que le prochain rapport fournisse des informations mise à jour concernant les évolutions et modernisations des EHPADs, les actions de l'ANAH pour l'adaptation des logements à la perte d'autonomie, les actions du Centre d'expertise national habitat ainsi que tout changement du législatif, réglementaire ou institutionnel.

Soins de santé

Le rapport indique que, depuis 2007, la CNSA a notifié 846,5 millions € pour la création de 85 622 places en faveur des personnes âgées, conformément au plan Solidarité grand âge. Il ajoute que 79 128 places ont été autorisées fin 2015 et 69 068 places ont été installées, parmi lesquelles figuraient 35 015 places d'EHPADs ; 6 653 places d'accueil de jour ; 4 027 places en hébergement temporaire et 23 373 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Le rapport indique, par ailleurs, que le plan Alzheimer (2008-2012) a permis l'adoption de mesures cohérentes et une communication adaptée au service des malades et de leurs familles. Une des mesures de ce plan Alzheimer a consisté à fournir une formation aux aidants non professionnels. La CNSA a notifié 273 millions € aux Agences Régionales de Santé pour la création de 8 340 places, ainsi que des pôles d'activités et de soins adaptés et des plateformes d'accompagnement et de répit.

Le rapport indique également la mise en place, en 2014, du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019. Le Plan vise l'ensemble des maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, etc.). Il garantit la liberté de choix à la personne âgée bénéficiaire des dispositifs d'aide et d'actions sociales entre le maintien à domicile avec une aide adaptée ou l'accueil dans un établissement. Fin 2015, 221,6 millions € ont été engagés par les Agences Régionales de Santé et 6 398 places, dont 1 544 places d'unités d'hébergement renforcé et 4 854 places d'équipes spécialisées Alzheimer, étaient installées.

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 EHPAD. Selon le rapport, 7 208 nouvelles places ont été créées en 2015. Il existait, fin 2015, plus de 720 400 places en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en France, répartis de la façon suivante : 575 262 places en hébergements permanents ; 10 861 places en hébergements temporaires ; 13 969 places d'accueils de jour ; 119 095 places de SSIAD et 1 286 places en unités d'hébergement renforcé. Cela représente un peu plus de 117 places en établissement ou service médico-social âgées pour 1 000 personnes de plus de 75 ans. Le rapport indique que l'offre varie d'un département à l'autre, allant de 54 places à 194 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans. Ces taux d'équipement doivent, selon le rapport, être mis en relation avec les autres prestations en faveur des personnes âgées, tels que les actes infirmiers de soins ou la prise en charge en unité de soins longue durée.

Certains départements peu équipés en structures médico-sociales bénéficient par exemple d'une présence d'infirmières libérales importante.

Conclusion

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

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.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le Comité prend note des statistiques fournies dans le rapport et provenant de l'INSEE, Institut national de statistiques et d'études économiques, et d'Eurostat. Outre les indicateurs monétaires, la France utilise l'indicateur de pauvreté en termes de conditions de vie, qui identifie les personnes dont les conditions de vie sont les plus défavorables, au moyen d'une liste de difficultés mesurées dans le cadre du projet SILC (Statistiques sur le revenu et les conditions de vie – Union Européenne).

Le Comité note que, d'après Eurostat, en 2015, 17,7 % de la population française était menacée de pauvreté et d'exclusion sociale, soit un taux bien inférieur à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (23,7 %). Le pourcentage d'enfants (0-17 ans) vivant dans un foyer menacé de pauvreté ou d'exclusion sociale était de 21,2 % (contre une moyenne de 26,9 % pour les 28 pays de l'UE), celui des adultes (18-64 ans) était de 19 % (24,7 % pour l'UE des 28) et celui des personnes âgées était de 9,3 % (17,4 % pour l'UE des 28). Néanmoins, le Comité note que les familles monoparentales demeurent à risque particulièrement élevé de pauvreté (de 32,6 % en 2013 à 36,7 % en 2015 – taux augmentant pour les familles avec plus d'un enfant) ainsi que le risque de pauvreté dans le travail de la population grandissante de travailleurs à temps partiel, en particulier les femmes (de 6,5 % en 2012 à 7,5 % en 2015) (Rapport du Semestre Européen pour la France 2017).

Toujours selon Eurostat, le taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux était de 23,9 % en 2015 (24,0 % en 2014), contre 25,9 % pour les 28 pays de l'UE (26,1 % en 2014). Le taux de risque de pauvreté après transferts sociaux était de 13,6 % en 2015, soit un taux nettement inférieur à la moyenne des 28 pays de l'UE (17,3 %).

En réponse à la question du Comité sur le taux de pauvreté pour des groupes cible spécifiques ainsi que sur la répartition géographique, le Comité note dans le rapport des disparités de pauvreté monétaire selon l'origine géographique du foyer : 11,2 % des foyers non migrants contre 37,6 % des ménages de migrants vivent sous le seuil de pauvreté d'après l'INSEE. 44,3 % des ménages de migrants où la personne de référence est née en Afrique sont considérés pauvres contre 22,9 % quand la personne est née en Europe.

En réponse à la question du Comité sur les indicateurs utilisés pour mesurer l'exclusion sociale, le Comité note dans le rapport que les indicateurs Eurostat sont utilisés selon que la personne fait face à une des trois conditions : les personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (selon UE-SILC 2014, 13,3 % en France Métropolitaine contre 17,2 % pour l'UE des 28) ; les personnes en situation de privation matérielle sévère (en 2014, en France Métropolitaine 11,9 % contre 18,5 % pour l'UE des 28) ; les personnes vivant en foyer avec une intensité de travail très faible (en 2014, en France Métropolitaine 5,6 % contre 11,2 % pour l'UE des 28).

Le Comité note que, d'après les données établies par Eurostat pour l'année 2015 concernant la France, les indicateurs de mesure de la pauvreté et des inégalités de revenus se situaient bien en deçà de la moyenne de l'Union européenne malgré la situation économique difficile du pays.

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

Le Comité prend note des nombreuses mesures prises aussi bien en faveur de la prévention de la pauvreté que de l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté, en particulier au sein du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (2013-2017). Le plan, qui est supervisé par le Gouvernement, a une nature interministérielle et a été conçu par un certain nombre d'acteurs, y compris des individus expérimentant la précarité. Le Plan a jeté les bases d'une approche intégrée de la pauvreté et ses

conséquences et a conduit à des politiques sociales de décloisonnement. Le Plan comprend 54 mesures guidées par 5 principes généraux de politique contre la pauvreté : objectivité, non-stigmatisation, participation, droit équitable et décloisonnement des politiques sociales. La feuille de route 2015/2017 inclut un principe additionnel, qui est l'assistance en vue de répondre de manière compréhensive aux besoins individuels en termes d'accès aux droits et pour garantir à chacun l'accès aux aménagements rendus disponibles par le droit commun et aux systèmes d'aide. Pour la période de 2015 à 2017 le plan devrait être complété par de nouvelles actions développées avec les acteurs luttant contre l'exclusion, y compris la feuille de route décrivant toutes les mesures engagées pour réduire le risque d'exclusion sociale.

Dans le domaine de l'emploi et de la formation professionnelle, les mesures reposent sur la conviction que chacun est employable et s'adressent aux salariés et aux personnes éloignées du marché du travail. Pour exemple, 187 000 jeunes ont obtenu un travail au cours de l'année 2013 et 2014 dans le cadre du programme « travail pour le future ». Des dispositions sur une meilleure protection des employés travaillant à temps partiel sont incluses dans la Loi sur la Sécurisation de l'Emploi n° 2013/504.

Le Comité renvoie aux constats de non-conformité relatifs aux autres dispositions de la Charte qui entrent en ligne de compte dans son appréciation de la conformité au regard de l'article 30 (voir l'Observation interprétative de l'article 30, Conclusions 2013). Il renvoie en particulier à :

L'article 12§1 et sa conclusion selon laquelle le niveau minimum des pensions d'invalidité est insuffisant(Conclusions 2017) ;

L'article 12§4 et sa conclusion selon laquelle l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties et le droit au maintien des droits en cours d'acquisition n'est pas garanti aux ressortissants de tous les autres États Parties(Conclusions 2017) ;

L'article 13§1 et sa conclusion selon laquelle le montant de l'aide sociale, constituée d'assistance de base et toute autre prestation additionnelle qui peut être demandée, n'est pas suffisante et que les ressortissants non-UE sont assujettis à une condition de durée de résidence de 5 ans pour être éligible au RSA (Conclusions 2017).

En ce qui concerne le logement, le rapport insiste sur l'intention du Gouvernement de sortir de la gestion d'urgence et de mettre en place des solutions pérennes de logement. En 2013-2014, 220 000 nouveaux logements sociaux ont été financés.

Comme pour les décisions du Comité rendues dans Mouvement international ATD Quart Monde c. France, Réclamation collective n° 33/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007 ; dans Centre européen des Droits des Roms (CEDR) c. France, réclamation n° 51/2008, décision sur le bien-fondé du 19 octobre 2009 ; dans Forum européen des Roms et des Gens du Voyage (FERV) c. France, réclamation n° 64/2011, décision sur le bien-fondé du 24 janvier 2012 ; dans Médecins du Monde – International c. France, réclamation n° 67/2011, décision sur le bien-fondé du 11 septembre 2012, le Comité renvoie à ses Conclusions 2015 sur l'évaluation de suivi des décisions sur les réclamations collectives dans lesquelles il retient que la situation n'a pas encore été remédiée ou n'est que partiellement remédiée. Le Comité prend note des informations données dans le rapport à cet égard. Cependant, il renvoie à son prochain examen de l'évaluation de suivi de ces décisions, qui se tiendra en 2018.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité considère que la situation est conforme à l'article 30.

Contrôle et évaluation

Le Comité relève dans le rapport que les politiques sont suivies, évaluées et revues de manière régulière, en consultation avec les acteurs concernés. Comme il l'a développé dans

ses Conclusions 2013, il prend note en particulier du rôle joué par le 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, des 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 les projets de loi et autres mesures ; il peut aussi soumettre de son propre chef des propositions en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il participe aussi au suivi de l'application du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Le Comité note de surcroit l'institutionnalisation en 2013, au sein du CNLE, d'un Collège de personnes vivant en situation de pauvreté ou de précarité (appelé 8ème Collège), composé de 8 membres titulaires, nominés pour 3 ans par le Premier Ministre, suivant les propositions des associations traitant de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Le Comité prend également acte du rôle joué par 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 et de contribuer à approfondir la connaissance des phénomènes liés à la pauvreté.

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 du Gouvernement pour associer les bénéficiaires de ces mesures à leur fonctionnement et à leur évaluation.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la France est conforme à l'article 30 de la Charte.