

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

(ALBANIE, ANDORRE, ARMENIE, AUTRICHE, AZERBAÏDJAN, BELGIQUE, BOSNIE-HERZEGOVINE, BULGARIE, ESTONIE, FINLANDE, FRANCE, GEORGIE, HONGRIE, IRLANDE, ITALIE, LETTONIE, LITUANIE, MALTE, REPUBLIQUE DE MOLDOVA, MONTENEGRO, PAYS-BAS, PORTUGAL, ROUMANIE, FEDERATION DE RUSSIE, SERBIE, REPUBLIQUE SLOVAQUE, SLOVENIE, « L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINT », TURQUIE et UKRAINE)

Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30

de la Charte sociale européenne révisée

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

Introduction générale

Ce texte peut subir des retouches de forme.

INTRODUCTION GENERALE

1. Le Comité européen des Droits sociaux, instauré en application de l'article 25 de la Charte sociale européenne, ainsi composé :

M. Giuseppe PALMISANO (Italien)
Président
Professeur de droit international
Directeur de l'Institut d'études juridiques internationales
Conseil national de recherches d'Italie, Rome (Italie)

Mme Monika SCHLACHTER (Allemande)
Vice-Présidente
Professeur de droit civil, droit du travail et droit international
Directrice des études juridiques
Institut du droit du travail et des relations professionnelles dans la Communauté européenne
Université de Trèves (Allemagne)

Mme Karin LUKAS (Autrichienne)
Vice-Présidente
Chercheuse principale en droit et chef d'équipe Institut des droits de l'homme
Ludwig Boltzmann, Vienne (Autriche)

Mme Eliane CHEMLA (Française)
Rapporteur général
Conseiller d'Etat honoraire
Conseil d'Etat Paris, (France)

Mme Birgitta NYSTRÖM (Suédoise)
Professeur de droit privé
Université de Lund (Suède)

M. Petros STANGOS (Grec)
Professeur de droit de l'Union européenne
Titulaire de la Chaire Jean Monnet « Droit européen des droits de l'Homme »
Faculté de droit
Département d'études internationales
Université Aristote, Thessalonique (Grèce)

M.József HAJDÚ (Hongrois)
Doyen de l'Institut des Questions internationales et des Sciences
Université de Szeged (Hongrie)

M. Marcin WUJCZYK (Polonais)
Maître de conférence de droit de travail et de politique sociale
Université Jagiellonian de Cracovie (Pologne)

Mme Krassimira SREDKOVA (Bulgare)
Professeur de droit du travail et sécurité sociale
Université de Sofia (Bulgarie)

M. Raul CANOSA USERA (Espagnol)
Professeur de droit constitutionnel
Université Complutense, Madrid (Espagne)

Mme Marit FROGNER (Norvégienne)
Juge
Tribunal du travail de Norvège, Oslo (Norvège)

M. François VANDAMME (Belge)
Directeur émérite des Affaires internationales du Service public fédéral, Emploi, Travail et Concertation sociale, Bruxelles
Professeur visiteur honoraire du Collège d'Europe, (1998-2012) "Enjeux sociaux et gouvernance de l'Europe", Bruges
Maître de conférences invité (2008-2014) en droit du travail à l'université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve (Belgique)

Ms Barbara KRESAL (Slovène)
Professeur de droit du travail et de sécurité sociale
Université de Ljubljana (Slovénie)

Ms Kristine DUPATE (Lettonne)
Professeur associé de Droit international et Européen
Faculté de Droit, Université de Lettonie (Lettonie)

Ms Aoife NOLAN (Irlandaise)
Professeur de droit international des droits de l'homme
Faculté de Droit, Université de Nottingham (Royaume Uni)

assisté par M. Régis BRILLAT, Secrétaire exécutif,

a examiné entre janvier 2017 et décembre 2017 les rapports sur l'application de la Charte sociale européenne révisée.

2. Le rôle du Comité européen des Droits sociaux consiste à statuer en droit sur la conformité des situations nationales avec la Charte sociale (révisée), le Protocole additionnel de 1988 et la Charte sociale européenne de 1961.

3. A la suite des modifications adoptées par le Comité des Ministres lors de la 1996ème réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les rapports soumis par les Etats sont désormais de trois types, à savoir les rapports consacrés à un ensemble de dispositions de la Charte regroupées de façon thématique, les rapports simplifiés que les Etats liés par la procédure de réclamations collectives doivent présenter tous les deux ans pour rendre compte des suites données aux réclamations, et les rapports relatifs aux constats de non-conformité motivés par un manque d'informations que le Comité a adoptés l'année précédente.

4. Par conséquent, les Conclusions adoptées par le Comité en décembre 2017 concernent les dispositions acceptées des articles ci-après de la Charte révisée (« la Charte »), qui relèvent du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale » et pour lesquels les Etats parties ont été invité à fournir un rapport pour le 31 octobre 2016 :

- 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).

5. Les Etats parties suivants ont soumis un rapport : Albanie, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Malte, République de Moldova, Monténégro, Portugal, Roumanie, Fédération de Russie, Serbie, République slovaque, "ex-République yougoslave de Macédoine" Turquie, et Ukraine.

6. Comme indiqué plus haut, les Etats ayant accepté la procédure de réclamations collectives doivent désormais présenter un rapport simplifié tous les deux ans. Afin d'éviter que cela n'entraîne des écarts trop significatifs de charge de travail pour le Comité selon les années, il a été décidé de répartir les 15 Etats qui ont accepté ladite procédure en deux groupes :

• le groupe A, composé de huit Etats : France, Grèce[1], Portugal, Italie, Belgique, Bulgarie, Irlande et Finlande ;

• le groupe B, composé de sept Etats : Pays-Bas, Suède, Croatie, Norvège, Slovénie, Chypre et République tchèque[2].

Les Etats rattachés au Groupe B ont ainsi été invités à soumettre leur rapport sur les suites données aux réclamations collectives avant le 31 octobre 2016. Les Etats parties visés par les constats que le Comité a adoptés en la matière sont donc Chypre, la République tchèque, la Norvège, la Slovénie, la Suède et les Pays-Bas[3]. Ils ont été publiés en septembre 2017.

7. Enfin, certains Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les conclusions de non-conformité motivées par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015, conclusions qui peuvent concerner aussi bien des Etats faisant rapport sur le groupe de dispositions thématique que des Etats faisant rapport sur les suites données aux réclamations collectives.

Les Etats concernés en 2017 sont : Andorre, Arménie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Géorgie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, République de Moldova, Pays-Bas, Roumanie, République slovaque, Slovénie, "ex République yougoslave de Macédoine", Turquie et Ukraine.

8. En plus des rapports nationaux, le Comité a disposé des observations sur ces rapports qui lui ont été soumises par différents syndicats et organisations non gouvernementales (voir l'introduction des chapitres par pays). Le Comité tient à souligner l'importance de ces différentes remarques, qui sont souvent cruciales pour obtenir une bonne compréhension des situations nationales concernées.

9. Ses conclusions, par Etat, figurent dans les chapitres qui suivent. Elles sont également disponibles sur le site internet de la Charte sociale européenne et dans la base de données sur la jurisprudence du Comité (même site). Un tableau récapitulatif des Conclusions 2017 du Comité, ainsi que l'état des signatures et ratifications de la Charte sociale européenne et de la Charte sociale européenne de 1961 figurent ci-après. Chaque chapitre national met par ailleurs en lumière un certain nombre d'avancées relevées par le Comité dans ses conclusions concernant l'application de la Charte par le pays traité.

Groupe de travail sur l'article 12

10. Lors de l'examen des situations nationales sous l'angle de l'article 12§1, le Comité s'est penché sur le contenu normatif de l'article 12, ainsi que sur les liens entre ce dernier et les autres dispositions de la Charte qui touchent également à certains aspects du droit à la sécurité sociale.

[1] La Grèce est partie à la Charte de 1961.

[2] La Croatie et la République tchèque sont parties à la Charte de 1961.

[3] La République tchèque est partie à la Charte de 1961.

Dans le cadre du présent cycle de contrôle, le Comité a en particulier décidé :

- s'agissant des prestations servies à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, de limiter son examen au montant minimum des prestations dues en cas d'incapacité temporaire ;

- s'agissant des prestations d'invalidité, de retenir comme montant minimum celui correspondant à un degré d'incapacité qui, dans le pays concerné, serait réputé incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

Le Comité a aussi décidé de rationaliser ses conclusions relatives à l'article 12§1.

Il a déjà pour pratique de renvoyer, dans la mesure du possible et s'il y a lieu, à l'appréciation formulée au titre de l'article 8§1 pour ce qui est des prestations de maternité et au titre de l'article 16 pour ce qui est des prestations familiales. Il a choisi de procéder de la même manière pour les prestations de vieillesse et pour les prestations d'assistance sociale, pour lesquelles il renvoie aux appréciations formulées au titre des articles 23 et 13§1 respectivement. Il a décidé, à cet égard, qu'un constat de non-conformité au regard de l'article 23 motivé par l'insuffisance du montant de la pension de vieillesse serait mentionné dans la conclusion relative à l'article 12§1, mais n'entraînerait pas de conclusion de non-conformité pour le même motif.

Considérant que les différents points soulevés par l'examen de l'article 12§1 nécessitaient une réflexion plus approfondie, le Comité a finalement préféré de ne pas publier pour l'instant de déclaration interprétative qui officialiserait son approche à ce sujet et de poursuivre son examen de la question après l'adoption des Conclusions 2017.

Dans cette perspective, il a créé un groupe de travail afin de poursuivre la réflexion engagée concernant les différents problèmes relatifs à l'article12§1.

Déclaration sur les informations contenues dans les rapports et informations nationales fournies par le Comité gouvernemental

11. Le Comité appelle l'attention des États Parties sur l'obligation d'inclure systématiquement les réponses aux demandes d'information dans les rapports nationaux. En outre, le Comité invite les États Parties à toujours inclure dans le rapport des renseignements pertinents précédemment fournis au Comité gouvernemental, que ce soit par écrit ou oralement, ou au moins à se référer à ces informations, et bien sûr à indiquer les évolutions ou changements qui sont intervenus depuis que l'information a été fournie au Comité gouvernemental.

Prochains rapports

12. Les prochains rapports sur les dispositions acceptées, à soumettre pour le 31 octobre 2017, portent sur les articles suivants du groupe thématique « Droits liés au travail » : 2, 4, 5, 6, 21, 22, 26, 28 et 29. Les Etats ayant accepté la procédure de réclamations collectives et relevant du Groupe A étaient invités à présenter, avant le 31 octobre 2017 également, un rapport simplifié sur les suites données aux réclamations. Enfin, les Etats concernés devaient faire rapport, pour la même date, sur les constats de non-conformité motivés par un manque d'informations qui figurent dans les Conclusions 2016.

CONCLUSIONS 2017

Article	ALBANIE	ANDORRE	ARMENIE	AUTRICHE	AZERBAÏDJAN	BELGIQUE	BULGARIE	BOSNIE- HERZEGOVINE	ESTONIE	FINLANDE	FRANCE	GEORGIE	HONGRIE	IRLANDE	ITALIE	LITUANIE	LETTONIE	REP. DE MOLDOVA	"L'EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE"	MALTE	MONTENEGRO	PAYS-BAS	NORVEGE	PORTUGAL	ROUMANIE	FEDERATION DE RUSSIE	SERBIE	REP. SLOVAQUE	SLOVENIE	SUEDE	TURQUIE	UKRAINE
Article 3.1	-	+	-	+		+	+		+	+	+		+	+	0	+	0	0		+	+			+	+	+	+	-			0	0
Article 3.2	-	-		+		+	+		+		-		-	-	0	+	0	-	0	+	-			+	-	+	-	-			0	-
Article 3.3	-	+		+		-	-		-		-		0	-	0	-	-	-		-	-			-	-	-	+	+			-	-
Article 3.4	-	+		+		+	+			+	+		+	-	-	-	0		+	+	+			+		-	+	+			0	-
Article 7.1																									0							
Article 7.3					0			-										-														
Article 7.5												-																			0	
Article 7.6																									0						+	
Article 7.7																									0							
Article 7.8								-												-												
Article 7.9												-										-										
Article 7.10			0		+														+												-	
Article 8.1																		+														-
Article 8.2								-									+		+						+						0	
Article 8.4			+					-																								
Article 8.5					+							-																				-
Article 11.1	-	+		+	-	+	-	0	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-			0	-	-	0	-			-	-
Article 11.2	-	+		+	0	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	0	0			+	+	0	0	+			+	-
Article 11.3	-	+		+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	-	+	0	+	-	+	0	-			0	0	0	0	-			0	-
Article 12.1		-	-	+		+	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	-			-	

Article	ALBANIE	ANDORRE	ARMENIE	AUTRICHE	AZERBAÏDJAN	BELGIQUE	BULGARIE	BOSNIE- HERZEGOVINE	ESTONIE	FINLANDE	FRANCE	GEORGIE	HONGRIE	IRLANDE	ITALIE	LITUANIE	LETTONIE	REP. DE MOLDOVA	"L'EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE"	MALTE	MONTENEGRO	PAYS-BAS	NORVEGE	PORTUGAL	ROUMANIE	FEDERATION DE RUSSIE	SERBIE	REP. SLOVAQUE	SLOVENIE	SUEDE	TURQUIE	UKRAINE
Article 12.2		+		+		+		-	+	+	+			-	+		0	-	+		0			+	+		+	+			+	
Article 12.3		+	0	+		+	+		+	+	+	+		-	-	+		-	+	+	-			+	-		0	+			+	
Article 12.4		-		-		-			-	-	-			-	-	0		-	-	-	0			-	-		-	-			0	
Article 13.1		-	-	-		0	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-			-	-		-	-			-	
Article 13.2		+	0	+		+	+	0	+	+	+		+	+	0	+	0	0	+	+	+			+	+		+	+			+	
Article 13.3		+		+		+	+	-	+	+	+		+	+	+	+	+	0	0	0	+			+	0		0	+			+	
Article 13.4		0		+		0			+	0	+		+	+	+		+		+	0	0			0			+				0	
Article 14.1		+		-	-	-	-	0	+	+	+	+	-	-	0	+	-			+	+			-		+	0	+			-	0
Article 14.2		+	0	+	0	+	+	0	+	+	+	+	+	-	+	+	+			+	+			0		+	0	+			-	+
Article 16								-					-					-		+					-			+			0	-
Article 17.1			+									-																			-	
Article 19.1		+										-																			-	
Article 19.2			-																										+			
Article 19.3												+																				
Article 19.4			+									-																	+			
Article 19.5			+																													
Article 19.6												-																				
Article 19.7			+																												-	
Article 19.8			0																												-	
Article 19.11												0																			-	
Article 19.12																															-	

Article	ALBANIE	ANDORRE	ARMENIE	AUTRICHE	AZERBAÏDJAN	BELGIQUE	BULGARIE	BOSNIE- HERZEGOVINE	ESTONIE	FINLANDE	FRANCE	GEORGIE	HONGRIE	IRLANDE	ITALIE	LITUANIE	LETTONIE	REP. DE MOLDOVA	"L'EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE"	MALTE	MONTENEGRO	PAYS-BAS	NORVEGE	PORTUGAL	ROUMANIE	FEDERATION DE RUSSIE	SERBIE	REP. SLOVAQUE	SLOVENIE	SUEDE	TURQUIE	UKRAINE
Article 23		+						0		0	+			0	-					-	-			0			-	-			-	-
Article 27.1			+		0							-																			0	
Article 27.2					0							-																				
Article 27.3			0																												0	
Article 30		0				0			0	+	+			-	-		-							+			-	-			-	-
Article 31.1																													0		-	-
Article 31.2		-														-													-		-	-
Article 31.3																															-	

+ conformité - non-conformité 0 ajournement □ disposition non acceptée

LES ETATS MEMBRES DU CONSEIL DE L'EUROPE ET LA CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

Situation au 31 décembre 2017

ETATS MEMBRES	*SIGNATURES*	*RATIFICATIONS*	Acceptation de la procédure de réclamations collectives
Albanie	21/09/98	14 /11/02	
Andorre	04/11/00	12/11/04	
Arménie	18/10/01	21/01/04	
Autriche	07/05/99	20/05/11	
Azerbaïdjan	18/10/01	02/09/04	
Belgique	03/05/96	02/03/04	23/06/03
Bosnie-Herzégovine	11/05/04	07/10/08	
Bulgarie	21/09/98	07/06/00	07/06/00
Croatie	06/11/09	**26/02/03**	26/02/03
Chypre	03/05/96	27/09/00	06/08/96
République tchèque	04/11/00	**03/11/99**	04/04/12
Danemark *	03/05/96	**03/03/65**	
Estonie	04/05/98	11/09/00	
Finlande	03/05/96	21/06/02	17/07/98 **X**
France	03/05/96	07/05/99	07/05/99
Géorgie	30/06/00	22/08/05	
Allemagne *	29/06/07	**27/01/65**	
Grèce	03/05/96	18/03/16	18/06/98
Hongrie	07/10/04	20/04/09	
Islande	04/11/98	**15/01/76**	
Irlande	04/11/00	04/11/00	04/11/00
Italie	03/05/96	05/07/99	03/11/97
Lettonie	29/05/07	26/03/13	
Liechtenstein	**09/10/91**		
Lituanie	08/09/97	29/06/01	
Luxembourg *	11/02/98	**10/10/91**	
Malte	27/07/05	27/07/05	
Moldova	03/11/98	08/11/01	
Monaco	05/10/04		
Monténégro	22/03/05	03/03/10	
Pays-Bas	23/01/04	03/05/06	03/05/06
Norvège	07/05/01	07/05/01	20/03/97
Pologne	25/10/05	**25/06/97**	
Portugal	03/05/96	30/05/02	20/03/98
Roumanie	14/05/97	07/05/99	
Fédération de Russie	14/09/00	16/10/09	
Saint-Marin	18/10/01		
Serbie	22/03/05	14/09/09	
République slovaque	18/11/99	23/04/09	
Slovénie	11/10/97	07/05/99	07/05/99
Espagne	23/10/00	**06/05/80**	
Suède	03/05/96	29/05/98	29/05/98
Suisse	**06/05/76**		
«l'ex-République yougoslave de Macédoine»	27/05/09	06/01/12	
Turquie	06/10/04	27/06/07	
Ukraine	07/05/99	21/12/06	
Royaume-Uni *	07/11/97	**11/07/62**	
Nombre d'Etats	**2** + 45 = 47	**10** + 33 = 43	15

Les **dates en gras** sur fond gris correspondent aux dates de signature ou de ratification de la Charte de 1961 ; les autres dates correspondent à la signature ou à la ratification de la Charte révisée de 1996.

***** Etats devant ratifier le Protocole d'amendement de 1991 pour que ce dernier entre formellement en vigueur. En pratique, par décision du Comité des Ministres, ce protocole s'applique déjà.

X Etat ayant reconnu aux ONG nationales le droit de présenter des réclamations collectives à son encontre.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

ALBANIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Albanie, qui a ratifié la Charte le 14 novembre 2002. L'échéance pour remettre le 9e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Albanie l'a présenté le 3 février 2017.

Conformément à la procédure adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196e réunion des Délégués des Ministres des 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).

L'Albanie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté les articles 12, 13, 14, 23 et 30.

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

Les Conclusions relatives à l'Albanie concernent 7 situations et sont les suivantes :

- 7 conclusions de non-conformité : article 3§§1 à 4 ainsi que l'article 11§§1 à 3.

***

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

***

*

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 l'Albanie, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§1 de la Charte.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a pris note des efforts entrepris par l'Albanie pour définir et mettre en œuvre une politique nationale en matière de sécurité et d'hygiène au travail axée sur la création et le maintien d'une culture de prévention des risques professionnels. Estimant que l'impact et l'évolution de la politique générale ne pourraient être évalués que lors du prochain cycle, il a demandé que le prochain rapport fasse état des faits nouveaux intervenus au cours de la période de référence. Il a aussi demandé des informations complémentaires sur la manière dont la politique générale était actualisée à la lumière de l'évolution des risques.

En réponse, le rapport précise que les politiques nationales en matière de santé et de sécurité au travail ont été définies et périodiquement révisées à l'occasion des modifications et des améliorations apportées au Code du travail et à ses règlements d'application. Les principales dispositions régissant la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs figurent dans le chapitre VIII du Code du travail, intitulé « Protection de la sécurité et de la santé » (loi n° 7961 du 12 juillet 1995). Elles consacrent, globalement, le principe selon lequel l'employeur est responsable de la santé et de la sécurité des travailleurs sur le lieu de travail. Aux termes de l'article 40 du Code du travail, l'employeur doit prendre les mesures de protection nécessaires contre les risques spéciaux (substances et agents toxiques, véhicules, transport de charges lourdes, pollution de l'air, bruit, vibrations) et les risques inhérents à certains secteurs d'activité (bâtiment, ingénierie civile, exploitation minière et industries chimiques). En outre, les employeurs sont légalement tenus de prendre les mesures nécessaires pour assurer la surveillance périodique des travailleurs exposés à des risques spécifiques susceptibles de menacer leur vie et leur santé sur le lieu de travail. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les dispositions de la législation nationale qui prévoient cette obligation, ainsi que sur l'application de ces dispositions dans la pratique.

Le rapport souligne qu'un Document d'orientation sur la santé et la sécurité pour la période 2009-2013 a été adopté en 2009. Son plan d'action énonce les mesures à prendre pour atteindre les objectifs fixés pour tous les secteurs d'activité. Le rapport ajoute que le document définit trois principaux axes d'action, à savoir, améliorer les principes directeurs et le cadre juridique régissant le secteur de la santé publique ; créer de bonnes conditions de travail et des lieux de travail respectant la santé et la sécurité des travailleurs ; assurer la transparence et l'efficacité des systèmes et des institutions du secteur de la santé publique. Le rapport ajoute que le Document d'orientation sur la santé et la sécurité au travail pour la période 2016-2020 et son Plan d'action ont été élaborés par le Ministère de la Protection sociale et de la Jeunesse en collaboration avec les ministères, institutions publiques et partenaires sociaux concernés (hors période de référence). Ce document a été adopté par le décret n° 370 du 18 mai 2016 du Conseil des ministres et sera appliqué après évaluation et analyse du précédent document d'orientation sur la santé et la sécurité au travail 2009-2013. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les activités menées et sur les résultats obtenus dans le cadre des plans d'action.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), le Comité a demandé des informations plus détaillées sur la manière dont les pouvoirs publics et les employeurs mettaient en œuvre la prévention des risques professionnels dans la pratique. En réponse, le rapport précise que les employeurs doivent évaluer les risques présents sur les lieux de travail, notamment les risques spécifiques, et décider des mesures de protection à prendre. Le Comité relève dans le rapport que les entreprises qui disposaient d'un document d'évaluation des risques était au nombre de 915 en 2012, de 821 en 2013, de 840 en 2014 et de 874 en 2015.

Aux termes de l'article 63 du Code du travail, l'employeur est tenu de procéder à une analyse des risques d'incendie et d'explosion et de prendre les mesures de prévention nécessaires, compte tenu de la nature des matériaux utilisés, de l'environnement et des processus de production. Le Conseil des ministres est en droit de définir des normes minimales de protection des travailleurs contre les risques liés aux environnements explosifs.

Le Comité prend note de ces éléments et réitère sa demande d'informations, notamment concernant l'organisation de la prévention des risques professionnels pour les travailleurs employés au service des administrations publiques et dans les secteurs de l'agriculture et de la sylviculture. Il demande également comment les employeurs, notamment les petites et moyennes entreprises, s'acquittent, dans la pratique, de leurs obligations en matière d'évaluation initiale des risques spécifiques aux postes de travail et d'adoption de mesures préventives ciblées. Le Comité demande au Gouvernement d'indiquer comment il veille à ce que des lois et règlements en matière de santé et de sécurité soient adoptés et maintenus en vigueur sur la base d'évaluations des risques professionnels. Le Comité considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Albanie soit conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Le Comité demande aussi des informations sur la manière dont l'Inspection du travail développe une culture de sécurité et de santé au travail auprès des employeurs et des travailleurs, et partage son expérience dans la mise en oeuvre d'instructions, d'actions préventives et de consultations.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le Comité a précédemment examiné les structures mises en place pour améliorer la santé et la sécurité des travailleurs (Conclusions 2013). Il a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 3§1 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que les pouvoirs publics étaient impliqués dans la recherche relative à la sécurité et l'hygiène au travail, la formation de professionnels, la définition de programmes de formation ou la certification de procédés.

Le rapport fournit des informations très générales sur les recherches menées dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, et qui datent de deux ans avant la période de référence.

S'agissant de la formation, le rapport précise que le Conseil des ministres a promulgué plusieurs décrets relatifs à la formation des inspecteurs du travail, des représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs et des spécialistes du secteur de la santé publique, afin qu'ils se familiarisent avec la législation et ses modalités d'application. De

plus, le rapport indique que pendant la période de référence, tous les inspecteurs du travail ont suivi une formation visant à leur présenter les nouveaux décrets d'application de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail.

Le rapport précise que certains aspects de la santé de la sécurité au travail sont actuellement abordés dans les programmes universitaires. Les maladies professionnelles, et notamment les affections pulmonaires causées par l'exposition à des facteurs de risque au travail sont étudiées à la faculté de médecine. Cependant, il n'existe pas de cursus universitaire spécialisé dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, sur la base duquel des inspecteurs du travail pourraient être recrutés. En règle générale, ces derniers ont suivi d'autres cursus universitaires. Les spécialistes de la santé et de la sécurité au travail sont formés à la faculté de médecine générale et de santé publique, dont les programmes portent sur de nombreuses questions relatives à l'environnement et à la santé, et notamment à la santé au travail.

Le Comité prend note de ces informations. Cependant, le rapport ne contient pas d'informations actualisées, étayées d'exemples concrets, sur les travaux de recherche (analyse des risques sectoriels, normes élaborées, recommandations effectuées, publications) entrepris au cours de la période de référence. Par conséquent, le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte au motif que les pouvoirs publics ne sont pas impliqués dans la recherche relative à la santé et à la sécurité au travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment examiné les structures mises en place pour améliorer la santé et la sécurité des travailleurs (Conclusions 2013). Il a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 3§1 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que les organisations d'employeurs et de travailleurs étaient consultées par les pouvoirs publics dans la pratique. Il a demandé des informations plus détaillées sur la consultation des partenaires sociaux par les pouvoirs publics (entités, compétences, participants, fréquence des réunions, sujets abordés) dans la pratique. En réponse, le rapport précise que le Document d'orientation sur la santé et la sécurité au travail et son plan d'action pour la période 2016-2020 ont été présentés et examinés lors de la réunion du Conseil national du travail tenue en octobre 2015.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la mise en place et la consultation des comités d'hygiène et de sécurité dans la pratique. Le rapport ne contient pas d'informations sur ce point.

Le Comité rappelle que la consultation au sens de l'article 3§1 de la Charte vise non seulement une collaboration tripartite entre les autorités publiques, les organisations d'employeurs et de travailleurs pour trouver des moyens d'améliorer les conditions et le milieu de travail, mais également la coordination de leurs actions et la collaboration sur des points clés de la sécurité et de la prévention. Des mécanismes et des procédures de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs doivent être mis en place au niveau national et sectoriel. Le droit à la consultation est garanti lorsqu'il existe des organes spécialisés, composés de représentants du gouvernement et des organisations d'employeurs et de travailleurs, qui sont consultés par les autorités publiques. Si les consultations peuvent avoir lieu de manière permanente ou *ad hoc*, elles doivent cependant être efficaces, au regard des compétences, des procédures, de la qualité des participants, de la fréquence des réunions et des sujets discutés, dans la promotion du dialogue social en matière de sécurité et de santé dans le travail. Par conséquent, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte au motif que les organisations d'employeurs et de travailleurs ne sont pas consultées par les pouvoirs publics dans la pratique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte aux motifs que :

- les pouvoirs publics ne sont pas impliqués dans la recherche relative à la santé et à la sécurité au travail ;
- les organisations d'employeurs et de travailleurs ne sont pas consultées par les pouvoirs publics dans la pratique.

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 l'Albanie, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§2 de la Charte.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé que la situation n'était pas conforme à l'article 3§2 de la Charte, au motif que la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ne couvrait pas de manière spécifique une majorité de risques. En effet, il a noté que les règlements existants ne couvraient qu'une partie restreinte des risques identifiés aux Conclusions XIV-2, et négligeaient la protection contre des risques importants tels que les lourdes charges, l'amiante, la pollution de l'air, les bruits, les vibrations, les agents chimiques, physiques et biologiques, ou des secteurs exposés tels que les manutentions portuaires et l'agriculture.

En réponse, le rapport précise que la loi n° 10237 du 18 février 2010 relative à la santé et à la sécurité au travail a été modifiée par la loi n° 161/2014. Le rapport donne également une liste de 24 règlements spécifiques transposant les directives de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail, qui portent principalement sur l'exposition aux radiations ionisantes (arrêté ministériel n° 590 du 18 août 2011), la signalisation de sécurité et de santé au travail (arrêté ministériel n° 1012 du 10 décembre 2010), les risques liés à l'exposition à des agents carcinogènes et mutagènes au travail (arrêté ministériel n° 520 du 6 août 2014), l'exposition à des agents chimiques (arrêté ministériel n° 521 du 6 août 2014), l'exposition à des agents biologiques (arrêté ministériel n° 550 du 27 août 2014) et les risques liés aux environnements explosifs (arrêté ministériel n° 384 du 6 mai 2015).

Le Comité note que, selon la base de données NORMLEX de l'OIT, les conventions de l'OIT n° 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (2006) et n° 167 sur la sécurité et la santé dans le bâtiment (1988) ont été ratifiées le 24 avril 2014.

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. Il considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Albanie 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 prévus par la législation en relation avec certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le rapport énumère divers règlements qui transposent l'acquis communautaire en matière de mise en place, de modification et d'entretien des lieux de travail : le règlement relatif aux prescriptions minimales de santé et de sécurité pour l'utilisation des équipements de travail sur le lieu de travail (arrêté ministériel n° 562 du 3 juillet 2013), qui transpose la Directive 2009/104/CE, le règlement relatif aux prescriptions minimales de santé et de sécurité pour l'utilisation des équipements de protection individuelle sur le lieu de travail (arrêtés ministériels n° 563 et n° 564 du 3 juillet 2013), qui transpose la Directive 89/656/CEE et la Directive 89/654/CEE, le règlement concernant les prescriptions minimales de santé et de sécurité relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation (arrêté ministériel

n° 521 du 6 août 2014), qui transpose la Directive 90/270//CEE, le règlement relatif aux prescriptions minimales de santé et de sécurité pour la protection des travailleurs affectés à la manutention manuelle de charges (arrêté ministériel n° 523 du 6 août 2014), qui transpose la Directive 90/269/CEE, le décret du Conseil des ministres n° 841 du 3 décembre 2014 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux vibrations au travail, qui transpose la Directive 2002/44/CE, le décret n° 842 du 3 décembre 2014 du Conseil des ministres relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés au bruit sur le lieu de travail, qui transpose la Directive 2003/10/CE, le décret n° 844 du 3 décembre 2014 du Conseil des ministres relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux champs électromagnétiques sur le lieu de travail, qui transpose la Directive 2004/40/CE et la Directive 2013/35/UE et le décret n° 843 du 3 décembre 2014 du Conseil des ministres relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques sur le lieu de travail, qui transpose la Directive 2006/25/CE.

Les conventions de l'OIT n° 119 sur la protection des machines (1963), n° 120 sur l'hygiène (commerce et bureaux) (1964) et n° 127 sur le poids maximum (1967) n'ont pas été ratifiées.

Le Comité demande des informations plus détaillées sur la mise en œuvre de mesures préventives axées sur la nature des risques, sur les activités d'information et de formation des travailleurs, ainsi que sur le calendrier de mise en conformité. Il demande également que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, notamment sur toute modification adoptée pendant la période de référence, se rapportant spécifiquement à ces questions. Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion sur ce point.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2013) la protection contre les substances agents dangereux. Il a conclu que la situation de l'Albanie n'était pas conforme à l'article 3§2 de la Charte, au motif que le niveau de protection contre les risques liés aux substances et agents dangereux, notamment l'amiante et les rayonnements ionisants, était insuffisant, et a demandé à recevoir des informations pertinentes sur la question.

Le rapport précise que le décret n° 484 du Conseil des ministres portant approbation du règlement relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'amiante sur le lieu de travail, qui transpose la Directive 2009/148/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail, a été adopté le 29 juin 2016 (hors période de référence). En outre, le décret n° 590 du Conseil des ministres portant approbation du règlement relatif à la protection des travailleurs exposés aux radiations ionisantes dans le cadre professionnel a été adopté le 18 août 2011 (hors période de référence). Cependant, le rapport ne contient aucune information sur les mesures de prévention et de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes.

Le Comité considère que le niveau de protection contre les risques liés aux substances et agents dangereux, notamment l'amiante, est insuffisant. Il demande par ailleurs si les autorités envisagent de dresser l'inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Compte tenu de l'importance que revêt cette question au regard du droit à la protection de la santé (article 11), le Comité demande que le prochain rapport rende spécifiquement compte des mesures prises en ce sens. Il demande également que le prochain rapport indique ce qui a été fait pour que sur tous les lieux de travail où des travailleurs sont exposés à l'amiante, les employeurs prennent toutes les mesures appropriées pour prévenir ou contrôler les dégagements de poussières d'amiante dans l'air et respectent les limites d'exposition prescrites. Le Comité demande aussi que le prochain rapport confirme que toutes les formes d'amiante sont interdites. 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).

Le Comité demande par ailleurs que le prochain rapport fournisse des informations sur les dispositions spécifiques prévoyant une protection contre les risques d'exposition au benzène.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si les travailleurs intérimaires bénéficiaient, lors de leur recrutement ou d'un changement de poste, d'une formation et d'informations adaptées à leur poste de travail, des services offerts par la médecine du travail et du droit d'être représentés au travail. Le rapport ne fournit aucune information sur ce point.

Le Comité renouvelle sa question. Il considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Albanie soit conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Autres catégories de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que l'article 3 de la loi n° 10237 (2010) intégrait les travailleurs indépendants dans son champ d'application et a demandé ce qu'il en était des employés de maison et des travailleurs à domicile. Il a également demandé (Conclusions 2007) si le domicile d'où travaillait une personne pouvait être considéré comme un lieu de travail et faire dès lors l'objet d'un contrôle par les services de l'Inspection du travail. Le rapport n'aborde pas cette question.

Le Comité rappelle que tous les travailleurs, tous les lieux de travail et tous les secteurs d'activité doivent être couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Faute d'informations établissant que les employés de maison et les travailleurs à domicile jouissent d'une forme quelconque de protection, le Comité considère que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 3§2, au motif qu'il n'est pas établi que les employés de maison et les travailleurs à domicile soient couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2013) les structures mises en place pour améliorer la santé et la sécurité des travailleurs et a conclu que les informations fournies n'étaient pas suffisantes pour établir que dans la pratique, les partenaires sociaux étaient consultés par les pouvoirs publics. Il a demandé des informations détaillées à ce sujet, ainsi que sur la création et la consultation des comités d'hygiène et de sécurité dans la pratique. Le rapport ne fournit aucune des informations demandées.

Le Comité rappelle que la réglementation doit être élaborée en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs. Au sens de l'article 3§2, cette consultation doit prendre la forme d'une coopération tripartite entre les autorités, le patronat et les travailleurs non seulement pour rechercher des moyens d'améliorer les conditions et le milieu de travail, mais aussi pour coordonner les activités relatives à l'élaboration des lois et règlements à tous les niveaux et dans tous les secteurs. Le Comité réitère ses questions et conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte, au motif que dans la pratique, les organisations d'employeurs et de travailleurs ne sont pas consultées par les pouvoirs publics.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte aux motifs suivants :

- le niveau de protection contre l'amiante est insuffisant ;
- il n'est pas établi que les employés de maison et les travailleurs à domicile soient couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ; et
- les organisations d'employeurs et de travailleurs ne sont pas consultées par les pouvoirs publics dans la pratique.

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 l'Albanie, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§1 de la Charte.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2013) la situation en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles. Il a considéré que la situation de l'Albanie n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que les accidents du travail et les maladies professionnelles étaient suivis de manière efficace. Il a demandé des informations sur les taux de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles dans la pratique. Il a aussi demandé à recevoir des données statistiques complètes (accidents du travail, accidents du travail mortels, cas de maladie professionnelle, cas de maladie professionnelle mortelle) pour chaque année de la période de référence. Enfin, il a demandé que ces chiffres intègrent les secteurs de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche, et que les taux d'incidence correspondants soient rapportés, non au nombre de travailleurs déclarés du secteur privé, mais à la population active.

Le rapport explique que les statistiques dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail portent essentiellement sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Elles sont collectées par l'Inspection du travail sur la base des rapports obligatoires établis par la sécurité sociale qui répertorient les demandes de prise en charge par l'assurance. Le rapport précise qu'il est très difficile de recueillir des données sur les maladies professionnelles en raison de divers facteurs : le système d'information du Ministère de la Santé ne dispose pas de section spécialement consacrée aux maladies professionnelles, la sous-déclaration, le manque de médecins spécialisé dans les maladies professionnelles, etc.

Selon le rapport, le nombre d'accidents du travail déclarés est en augmentation. En effet, il est passé de 95 (accidents survenus sur le trajet travail – domicile compris) en 2012 à 89 en 2 013, puis à 121 en 2014, pour atteindre les 133 en 2015. Le nombre d'accidents mortels (accidents survenus sur le trajet travail – domicile compris) était de 26 en 2012, de 19 en 2013, de 33 en 2014 et de 28 en 2015. Le Comité constate que les taux d'incidence normalisés des accidents du travail et des accidents mortels du travail ne figurent pas dans le rapport. Par conséquent, le Comité demande que le prochain rapport fournisse cette information. Il demande également que le prochain rapport indique quelles activités de prévention et de mise en application de la législation ont été entreprises pour prévenir les accidents du travail.

D'après le rapport, 22 maladies professionnelles ont été recensées en 2012. Le rapport précise que le nombre de salariés ayant contracté une maladie professionnelle déclarée par le médecin du travail (les cas ne sont pas confirmés par un médecin spécialisé dans le domaine des maladies professionnelles) était de 3 880 en 2013, de 1 853 en 2014 et de 1 123 en 2015. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

Le Comité considère toujours que les données chiffrées fournies ne suffisent pas à établir l'existence d'un suivi efficace des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le Comité rappelle que l'application conforme de la Charte ne peut être atteinte par le seul effet de la législation si l'application de celle-ci n'est pas effective et rigoureusement contrôlée, et que la fréquence des accidents du travail et leur évolution sont déterminantes dans le contrôle du respect effectif du droit consacré à l'article 3§3 de la Charte. Entre-temps, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les accidents du travail et les maladies professionnelles soient suivis de manière efficace.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Le rapport ne contenant pas de réponse à la question qu'il a précédemment posée sur ce point (Conclusions 2013), il demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Le Comité a précédemment examiné les activités de l'Inspection du travail (Conclusions 2013) et a considéré que les structures d'inspection du travail n'étaient pas suffisamment développées dans la pratique pour établir l'existence d'un système d'inspection du travail efficace et qu'en termes absolus, le nombre d'amendes et les montants infligés demeuraient trop faibles pour avoir un effet dissuasif.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé à quelle autorité incombait la responsabilité première de la surveillance de la sécurité et de la santé au travail, comment les services compétents étaient organisés et quels secteurs de l'économie étaient couverts par cette surveillance. Il a également demandé, le cas échéant, des précisions sur les services de l'Inspection du travail compétents pour le secteur public, l'agriculture, la sylviculture et la pêche, ainsi que pour les activités entraînant une exposition à des agents biologiques. Il a demandé que ces informations soient à jour et tiennent compte des dispositions de la loi n° 10 237 du 8 février 2010 et de ses mesures d'application. Enfin, il a réitéré sa demande d'informations concernant les mesures prises pour accroître le nombre de contrôles et de travailleurs couverts.

Le rapport indique en réponse qu'afin d'améliorer les activités de l'Inspection du travail, des formations ont été dispensées aux inspecteurs du travail, principalement sur l'application de la nouvelle législation en matière de santé et de sécurité au travail. De plus, également pendant la période de référence, des ateliers ont été organisés à l'intention des inspecteurs du travail, des représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs, des cadres du secteur public et des spécialistes.

Le Comité relève dans le document d'orientation sur la santé et la sécurité au travail (2016-2020) qu'en 2015, l'Inspection du travail a procédé à 7 627 visites de contrôle dans des entreprises privées et publiques, dont 6 118 (80,2 %) avaient été planifiées, 308 (4 %) étaient consécutives à une plainte et 121 (1,5 %) faisaient suite à un accident du travail. À l'issue de ces inspections, 122 entreprises ont été sanctionnées (soit 1,6 % du total). Le ratio moyen d'inspecteurs du travail est d'environ un pour 8 000 salariés enregistrés.

Le Comité conclut que le système d'inspection du travail n'est pas efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte. Afin de mieux appréhender les mesures administratives que les inspecteurs sont habilités à prendre et le caractère dissuasif des sanctions, il demande que le prochain rapport contienne les informations suivantes : tout changement du cadre général des activités de l'inspection du travail intervenu au cours de la période de référence ; le nombre, en distinguant les effectifs administratifs et les effectifs d'inspection, d'inspecteurs assignés au contrôle de l'application de la législation et la règlementation de sécurité et de santé au travail ; le nombre de visites de contrôle général, thématique, inopiné consacrées exclusivement à la législation et la règlementation de santé et de sécurité au travail ;

l'application de la législation et la règlementation relative à l'inspection du travail sur l'ensemble du territoire national dans la pratique ; le détail, par type, des mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre, et le nombre de mesures prises pour chaque type de mesures ; le résultat des dossiers transmis au ministère public en vue de l'introduction de poursuites pénales ; les données chiffrées pour chaque année de la période de référence. En attendant, le Comité considère qu'il n'est pas établi que les activités de l'Inspection du travail soient efficaces en pratique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que les accidents du travail et les maladies professionnelles soient suivis de manière efficace ;
- il n'est pas établi que les activités de l'Inspection du travail soient efficaces en pratique.

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 l'Albanie, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§4 de la Charte.

Le Comité a précédemment examiné la situation en ce qui concerne l'institution progressive de services de médecine du travail (Conclusions 2013). Il a conclu que la situation de l'Albanie n'était pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi qu'il existait une stratégie visant à instituer progressivement l'accès aux services de médecine du travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité. Le Comité a une nouvelle fois demandé s'il existait de telles stratégies pour les entreprises de moins de quinze salariés et si les travailleurs intérimaires, les travailleurs temporaires, les employés à durée déterminée, les travailleurs indépendants, les employés de maison et les travailleurs à domicile avaient accès aux services de médecine du travail. Il a aussi demandé des informations concernant le nombre de médecins du travail rapporté à la population active, le nombre de travailleurs suivis par les services de médecine du travail et le pourcentage d'entreprises disposant d'un service de médecine du travail.

Le rapport confirme que le personnel, les ressources et les capacités ont été insuffisantes pour mettre en œuvre des stratégies de prévention efficaces. Toutefois, le cadre juridique et le système d'inspection vont être complétés par d'autres instruments qui aideront à améliorer les services de médecine du travail.

D'après le rapport, le Document d'orientation en matière de santé et de sécurité au travail 2016-2020 a pour objectif d'améliorer la transparence et l'efficacité du système de santé et de sécurité au travail et de ses institutions. Cependant, ce document ayant été adopté hors période de référence, le Comité l'examinera dans son prochain rapport.

Le rapport ajoute qu'en 2012, 246 entreprises faisaient appel à des personnes ou à des services spécialisés externes, qui organisaient pour leurs salariés des activités de prévention et de protection. Leur nombre était de 139 en 2013, de 150 en 2014 et de 168 en 2015. En 2015, 1 327 entreprises (contre 1 520 en 2012) disposaient d'un service médical opérationnel.

Le rapport souligne que les employeurs sont légalement tenus de prendre les mesures nécessaires en ce qui concerne les visites médicales et la surveillance périodique des travailleurs, en consultation avec le médecin de l'entreprise. Le Comité demande que le prochain rapport indique quelles dispositions de la législation nationale prévoient cette obligation et fournisse des informations sur l'application de ces dispositions dans la pratique.

Le Comité constate que le Gouvernement n'est pas en mesure de fournir une estimation précise du nombre d'entreprises ni du pourcentage d'employés qui n'ont toujours pas accès à des services de médecine du travail. Il observe également qu'aucun programme n'a été mis en place par le Gouvernement, ses services ou des entreprises privées pour améliorer la fourniture de tels services pendant la période de référence. Au vu de ces informations, le Comité considère que les prescriptions de l'Article 3§4 de la Charte telles qu'énoncées ci-dessus ne sont pas respectées.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de stratégie visant à développer les services de médecine du travail pour tous les travailleurs.

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 l'Albanie. Néanmoins, il y a des lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 11§1 de la Charte.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité relève que d'après l'OMS, l'espérance de vie à la naissance (moyenne pour les deux sexes) est passée de 77 ans en 2011 à 77,8 ans en 2015. L'espérance de vie moyenne à la naissance reste donc inférieure à la moyenne des autres pays européens, qui était de 80,6 ans en 2015 pour les 28 États membres de l'Union européenne selon Eurostat.

Le Comité relève en outre que, selon les indicateurs de développement de la Banque mondiale, le taux de mortalité a légèrement augmenté depuis la dernière période de référence, passant de 6,98 pour 1000 habitants en 2011 à 7,46 pour 1 000 habitants en 2015.

Dans ses Conclusions 2009, le Comité a constaté que la principale cause de mortalité était liée à des problèmes de circulation sanguine. Il a demandé des informations sur les mesures prises pour combattre ce phénomène (Conclusions 2009) et a constaté que le précédent rapport n'abordait pas ce point (Conclusions 2013).

Le Comité a précédemment relevé que le taux de mortalité infantile avait chuté de 15 pour 1 000 naissances vivantes en 2008 à 13 en 2011 (Conclusions 2013). Il note que selon les indicateurs de la Banque mondiale, ce taux a marqué un léger recul depuis la précédente période de référence, passant à 12,5 pour 1 000 naissances vivantes en 2015. Le Comité considère que ce taux reste élevé pour l'Europe. Selon Eurostat, le taux moyen de mortalité infantile dans l'UE des 28 était de 3,6 pour 1 000 naissances vivantes en 2015, celui de l'Albanie étant estimé à 7,1.

Le Comité a précédemment noté que d'après l'OMS, le taux de mortalité maternelle était de 27 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (Conclusions 2013). Le Comité note que selon les indicateurs de l'OMS et de la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle était de 29 pour 100 000 naissances vivantes et qu'il était demeuré stable durant la période de référence.

Le rapport indique que le nouveau dispositif de services de soins de santé primaire comprend des instructions et protocoles actualisés en matière de soins prénatals et postnatals pour le suivi des femmes, des nouveau-nés et des enfants de zéro à six ans.

Le Comité prend note des réformes engagées et des mesures prises pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Il demande à être informé de la mise en œuvre de ces mesures et de leurs effets sur la baisse des taux de mortalité maternelle et infantile. Il demande également des données actualisées sur l'évolution des taux de mortalité, ainsi que sur tout fait nouveau observé dans ce domaine. Il constate cependant que la situation s'est peu améliorée depuis la précédente période de référence. C'est pourquoi, compte tenu du fort taux de mortalité maternelle et de la persistance d'un taux élevé de mortalité infantile, le Comité considère que les mesures prises dans ce domaine sont insuffisantes et par conséquent la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Accès aux soins de santé

Le Comité a précédemment relevé que la plupart des services de santé sont publics en Albanie. L'État demeure le principal prestataire des services de santé et se charge aussi de la promotion de la santé, de la prévention, du diagnostic et du traitement. Le secteur privé continue de se développer, mais se limite en fait essentiellement aux secteurs

pharmaceutique et dentaire, à quelques centres de soins ambulatoires proposant des examens spécialisés – notamment à Tirana – et à trois hôpitaux (Conclusions 2013).

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations sur le contenu et la portée des services de santé publique et en particulier qu'il précise s'ils sont suffisants pour répondre aux problèmes de santé liés aux risques socioéconomiques, au mode de vie et à l'environnement de la population. Par ailleurs, il a considéré que la situation de l'Albanie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que les services de soins de santé fonctionnent de manière efficace (Conclusions 2013).

Le rapport indique que le ministère de la Santé a nouvellement mis au point une stratégie de santé, une stratégie de contrôle des maladies chroniques, une stratégie de promotion de la santé et enfin, une stratégie de santé reproductive. Le rapport établit une liste de modifications apportées au cadre juridique applicable qui ont une incidence directe sur l'accès des citoyens aux soins de santé spécialisés, dont notamment la Décision n° 308/21.05.2014 du Conseil des Ministres, qui garantit la prestation de services de soins hospitaliers tels que des examens cardiologiques, des opérations de chirurgie cardiaque, des greffes de rein, des dialyses et des greffes en cas d'insuffisance rénale ainsi que des implants cochléaires en cas de perte auditive. Les services précités peuvent être accessibles dans les hôpitaux publics et privés sous contrat avec la Caisse d'assurance-maladie sans coûts directs à la charge des patients. Le rapport mentionne également la Décision du Conseil des Ministres n° 933/29.12.2014 qui vise à réformer les services médicaux d'urgence pour qu'ils répondent mieux aux besoins de santé de la population. La nouvelle carte d'assuré social comporte un code d'identification unique ainsi que le numéro de police de l'assurance obligatoire et facilite l'accès des patients aux soins médicaux en réduisant les formalités administratives.

S'agissant de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, le ministre de la Santé a lancé début 2015 un programme de services généraux de soins de santé primaire. Financé par le budget de l'État et gratuit pour les personnes âgées de 40 à 65 ans, ce programme prévoit des bilans de santé annuels sous forme de tests, d'examens et d'entretiens. Il vise à préserver la santé physique et mentale ainsi que la mobilité de la population pour réduire les frais médicaux. Il est possible d'en bénéficier dans le cadre des services de soins de santé de l'ensemble du pays. Il s'adresse à une population de près de 900 000 habitants.

Le rapport fournit des données relatives aux médicaments remboursé par la Caisse d'assurance-maladie durant la période de référence, révélant que la liste incluait 1102 médicaments remboursables en 2012, 1135 en 2013 et 1275 en 2014.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre des réglementations/stratégies susmentionnées et leur incidence sur l'accès à la santé de la population.

Le Comité constate que selon les données de la Banque mondiale, le total des dépenses de santé représentait en 2014 5,9 % du PIB (les dépenses de santé publique ne représentant cette année-là que 2,9 % du PIB), montant bien inférieur à celui d'autres pays européens. Par exemple, la moyenne de l'OCDE était de 8,9 % en 2013. Le Comité note que les dépenses publiques allouées à la santé par l'Albanie restent relativement faibles, aussi bien en valeur absolue qu'en proportion du PIB. Sur la base de ces informations et en notant que la situation ne s'est pas améliorée, le Comité estime que la situation n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les dépenses de santé publique, en pourcentage du PIB, demeurent trop peu élevées.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données à jour sur la part du PIB que représentent les dépenses de santé, ainsi que des informations sur les frais directement réglés par les patients.

Concernant la gestion des listes et des délais d'attente, le Comité a demandé à plusieurs reprises des informations précises sur le délai d'attente moyen pour bénéficier de soins à l'hôpital, ainsi que pour une première consultation en soins primaires, en vue de montrer que l'accès aux soins de santé se fait dans des délais raisonnables (Conclusions 2009 et 2013). Le rapport ne fournissant aucune information sur ce point pourtant capital, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les soins de santé ne sont pas dispensés sans retards indus.

Le Comité a précédemment demandé s'il existait des structures de réadaptation pour les toxicomanes et quel était la gamme des possibilités et traitements offerts (Conclusions 2009 et 2013). Le rapport ne fournit aucune des informations demandées. Il se contente de mentionner que des efforts supplémentaires sont mis en œuvre scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations concernant l'existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes, l'éventail des possibilités et traitements offerts ainsi que des données statistiques actualisées.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de services de soins de santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures permettant de favoriser la guérison des patients qui en sont atteints.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les services de soins dentaires (par exemple sur les catégories ayant droit à la gratuité des soins, le coût des principaux traitements et la proportion des frais revenant aux patients).

Concernant le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a précédemment reçu de l'association ILGA (International Lesbian and Gay Association) (Région Europe) un document dans lequel elle soutient que « les autorités albanaises ne fournissent pas les équipements nécessaires aux traitements de conversion sexuelle (ou la possibilité d'un traitement à l'étranger) et ne s'assurent pas que l'assurance-maladie couvre tout ou partie de ces traitements médicalement nécessaires en vertu de la non-discrimination ». Le Comité a invité le Gouvernement à lui soumettre ses commentaires sur ce point et lui a demandé si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013). Le rapport n'apporte pas d'information précise sur ce point. Le Comité réitère ses questions.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle sont insuffisantes ;
- les dépenses de santé publique demeurent peu élevées ;
- la prestation des soins de santé est soumise à des retards indus.

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 lAlbanie. Néanmoins, il y a des lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 11§2 de la Charte.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité a précédemment noté un certain nombre de mesures et de campagnes visant à prévenir les modes de vie nuisibles pour la santé (tabac, alcool, drogue ; Conclusions 2009). Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations actualisées sur l'ensemble des activités mises en œuvre par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (Conclusions 2013). Le rapport ne donne pas d'informations sur ce point.

Le Comité rappelle que l'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de la politique de santé publique. Les activités peuvent être plus ou moins développées selon les problèmes de santé publique les plus importants dans le pays (Conclusions 2007, Albanie). Des mesures doivent être prises afin de prévenir les comportements nocifs – tabagisme, consommation excessive d'alcool et usage de drogues – et d'encourager le sens de la responsabilité individuelle, notamment concernant l'alimentation, la sexualité, ou encore l'environnement (Conclusions XV-2, la République slovaque). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les campagnes concrètes et spécifiques menées sur les thèmes susmentionnés dans les médias, les écoles et les institutions publiques, etc. Entre-temps, il considère qu'il n'est pas établi que l'information et la sensibilisation du public est une priorité de la santé publique.

Sur la question de l'éducation à la santé en milieu scolaire, le Comité a précédemment relevé que l'éducation à la santé dispensée dans le cadre de l'enseignement pré-universitaire est considérée comme une composante importante et naturelle de l'éducation et de la formation des enfants et adolescents en milieu scolaire. Dans l'enseignement obligatoire, les questions de santé sont abordées en cours d'« éthique sociale » de la 1ère à la 8e année d'études. Ensuite, elles sont intégrées dans le programme de biologie des cinq années du cycle supérieur de l'enseignement obligatoire. La biologie traite d'autres thèmes comme la santé mentale, l'anatomie et le fonctionnement des organes (Conclusions 2013).

Le Comité rappelle que l'éducation à la santé doit être assurée à l'école tout au long de la scolarité et couvre au moins les thèmes suivants : prévention du tabagisme et de l'alcoolisme, éducation sexuelle et génésique, en particulier en ce qui concerne la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida, prévention routière et promotion d'une alimentation saine. Il demande si les sujets susmentionnés sont couverts par le programme scolaire. Le Comité réserve sa position sur ce point.

Le Comité rappelle que les États doivent veiller à ce que l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires ; que les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif ; que la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante ; et en particulier que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique ; et enfin, qu'une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (International Centre for the Legal Protection of Human Rights (INTERIGHTS) c. Croatie, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, par. 46 – 47). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations pour savoir si, et le cas échéant comment, une éducation sexuelle et génésique est assurée dans les écoles albanaises.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment pris note les services de consultation et de dépistage auxquels ont accès les femmes enceintes et les enfants. Différentes réglementations garantissent un suivi gratuit pendant la grossesse, à la naissance et après la naissance, dont au moins quatre examens médicaux prénatals (Conclusions 2013). Le Comité demande des informations actualisées dans le prochain rapport sur la consultation et le dépistage disponibles pour les femmes enceintes et leur mise en œuvre dans la pratique.

S'agissant des examens médicaux à l'école, le Comité a précédemment relevé que tous les élèves de la 1ère à la 9e année d'études passent une visite médicale gratuite dans un but de dépistage. Ces visites démarrent en septembre et se terminent à la fin de l'année scolaire. D'autres visites médicales sont réalisées en coopération avec les professeurs d'éducation physique pour les élèves de la 5e à la 9e année d'études. Les médecins scolaires procèdent également à des contrôles d'hygiène dans les établissements. On compte environ un médecin par établissement de 800 élèves/étudiants, mais ce ratio n'est pas la norme et varie d'une région à l'autre (Conclusions 2013). Le Comité a demandé des chiffres concernant les effectifs du personnel médical dans les établissements des régions les moins bien loties et réserve sa position sur ce point (Conclusions 2013). Le rapport ne fournit pas les informations demandées. Il se borne à mentionner qu'un accord de coopération a été signé entre le ministre de la Santé et le ministre de l'Éducation pour mieux prévenir les problèmes de santé chez les enfants à l'école grâce à une meilleure collaboration entre les institutions et à une réforme des structures concernées. Le Comité réitère sa demande d'informations mises à jour concernant les examens médicaux des enfants effectués à l'école, en particulier dans les zones rurales.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 11§2, des contrôles médicaux doivent être effectués gratuitement durant la scolarité. Afin d'apprécier la conformité des situations, le Comité prend en compte la fréquence des examens médicaux à l'école, leurs objectifs, la proportion d'élèves concernés et les ressources en personnel (Conclusions XV-2 (2001), France). Le Comité demande si l'accord précité a eu une incidence sur les examens médicaux des enfants effectués à l'école et réitère sa demande de renseignements sur les effectifs du personnel médical dans les établissements des régions les moins bien loties.

Entre-temps, compte tenu du manque d'informations, le Comité considère qu'il n'est pas établi que les activités de consultation et de dépistage proposées aux femmes enceintes et aux enfants sont suffisamment fréquentes ou que la proportion des mères et des enfants couverts est suffisante.

S'agissant des consultations et des dépistages de la population en général, le Comité a précédemment relevé que l'Institut de santé publique a conçu un modèle pour le dépistage précoce des causes possibles des maladies cardio-vasculaires et leur traitement. Il a également noté que de nouveaux services de dépistage volontaire/confidentiel ont été mis en place dans tout le pays en vue notamment d'améliorer les conditions du dépistage du VIH/sida (Conclusions 2013).

Le rapport indique que la décision du Conseil des Ministres n°185/04.02.2014 « sur la détermination des modalités d'application des critères médicaux pour les citoyens âgés de 40 à 65 ans » a mis sur pied un programme national destiné à dépister dans la population les facteurs de risques et les maladies les plus répandues à des fins de soins de santé, de prévention des maladies et de leurs complications, de dépistage précoce des troubles, de traitement précoce des maladies et d'amélioration de la santé. Toutes les personnes âgées de 40 à 65 ans résidant en permanence en Albanie bénéficieront gratuitement de ce programme.

Le Comité note que selon le rapport 2016 de la Commission européenne, restent à créer une structure pour les services de dépistage du cancer ainsi qu'un système de registre du cancer. Diverses actions de sensibilisation et de dépistage du cancer du sein ont été

menées par des unités mobiles dans tout le pays. Des directives et des protocoles de dépistage du cancer du col de l'utérus basés sur les soins de santé primaire ont été préparés et attendent d'être approuvés.

Le Comité rappelle que dans les domaines où le dépistage s'est révélé être un outil de prévention efficace, il doit être utilisé au maximum de ses capacité (Conclusions XV-2 (2001), Belgique). Le Comité rappelle que des dépistages des maladies constituant les principales causes de décès doivent être organisés, si possible systématiquement (Conclusions 2005, République de Moldova). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les mesures prises pour assurer le dépistage de l'ensemble de la population, notamment pour les maladies constituant les principales causes de décès. Entre temps, le Comité réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que l'information et la sensibilisation du public soient des priorités de la santé publique ;
- il n'est pas établi que les activités de consultation et de dépistage proposées aux femmes enceintes et aux enfants soient suffisamment fréquentes ou que la proportion des mères et des enfants couverts à travers le pays soit suffisante.

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 l'Albanie. Néanmoins, il y a des lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 11§3 de la Charte.

Environnement sain

Dans sa précédente conclusion, le Comité a pris note des textes de loi adoptés par l'Albanie pendant la précédente période de référence pour réduire les risques liés à l'environnement, en particulier dans les domaines de la qualité de l'air, de la gestion de l'eau, des produits chimiques, de la gestion du bruit dans l'environnement et de la sécurité alimentaire. Plusieurs de ces textes de loi ont été adoptés en vue de mettre la législation sur l'environnement en ligne avec la législation de l'Union européenne (Conclusions 2013).

Le Comité a demandé des informations sur les structures institutionnelles pour une mise en œuvre adaptée de la législation susmentionnée. Il a également souhaité des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique, la contamination de l'eau potable et les intoxications alimentaires pendant la période de référence, afin d'évaluer si la tendance est l'augmentation ou à la baisse (Conclusions 2013).

Le rapport ne fournit aucune information sur ces aspects importants de l'article 11§3. Le Comité demande des informations à jour sur le cadre juridique applicable et les structures institutionnelles chargées de la bonne mise en œuvre de la législation relative à la qualité de l'air et de l'eau, à la gestion des déchets, à la sécurité alimentaire, à la pollution sonore, à l'exposition à l'amiante, ainsi que des données sur les niveaux de pollution atmosphérique, la contamination de l'eau potable et les intoxications alimentaires pendant la période de référence, afin d'évaluer si la tendance est à l'augmentation ou à la baisse. Le Comité souligne que si le prochain rapport ne fournit pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité a précédemment demandé si la législation interdisait la vente de tabac aux jeunes, s'il était interdit de fumer dans les lieux publics et si la publicité pour le tabac était interdite (Conclusions 2009). Le rapport ne contient aucune information sur ces questions. Il a également demandé s'il existait des lois concernant les environnements sans tabac, des mises en garde sanitaires sur les emballages des produits du tabac et si la publicité pour le tabac, sa promotion et son parrainage étaient interdits (Conclusions 2013). Aucune information n'ayant été fournie sur ces points dans de précédents rapports, le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§3 la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures suffisantes ont été prises pour prévenir le tabagisme (Conclusions 2013).

Le présent rapport se borne à mentionner que le ministère de la Santé a pris des mesures pour mettre en place un nouvel organisme – l'Inspection de la santé – qui jouera un rôle important dans la mise en œuvre de la législation concernant les problèmes sanitaires posés par la consommation de tabac et d'alcool.

Le Comité relève dans le rapport 2016 de la Commission européenne que la loi relative à la protection de la santé contre les produits tabagiques a été mise en œuvre. Le Comité note en outre dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2017) que la prévalence estimée du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans ou plus en 2015 était de 29,1 % (hommes : 51,7 % ; femmes : 7,3 %). La même source recense les environnements sans tabac tels que définis par la législation : structures sanitaires, éducatives et publiques, bureaux et lieux de travail intérieurs, restaurants, cafés, pubs et bars, transports publics et autres lieux publics.

Le rapport ne contenant pas les informations demandées, le Comité réitère ses précédentes questions, notamment en ce qui concerne la législation interdisant la vente de tabac aux jeunes, les mises en garde sanitaires sur les emballages des produits du tabac et l'interdiction de la publicité pour le tabac, de sa promotion et de son parrainage. Il demande également que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur les tendances relatives à la consommation de tabac (adultes et jeunes). Le Comité souligne que si le prochain rapport ne fournit pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

S'agissant de la consommation d'alcool et de drogue, le Comité demande des informations à jour sur la législation pertinente en la matière, ainsi que sur les tendances de consommation (Conclusions 2013). Le rapport ne fournissant aucune information sur ce point, le Comité réitère sa demande et réserve sa position sur ce point.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations à jour sur le programme national de vaccination, ainsi que sur le taux de couverture vaccinale (Conclusions 2013). De la même manière, il a demandé des informations sur les dispositifs d'information et de déclaration des maladies et les mesures d'urgence en cas d'épidémie.

Le rapport indique que la loi n° 15/2016 sur « La prévention et la lutte contre les infections et les maladies infectieuses » définit des règles relatives au dépistage, au traitement, au signalement de ces pathologies et à la gestion des organismes chargés de gérer ce type de situations. Le rapport ajoute que la couverture vaccinale reste assez élevée et que l'on multiplie les efforts pour approcher les groupes marginalisés que sont les enfants roms et les jeunes quittant l'école ou toxicomanes. Des programmes de prévention du VIH/Sida sont proposés par l'Institut de santé publique et de vaccination partout dans le pays. Le rapport indique qu'un nouveau programme de décontamination des zones côtières, mis en place il y a deux ans, vise à éviter la propagation de maladies infectieuses parmi les habitants des localités de Shkodra, Lezha, Durres, Fier et Vlora.

Le Comité note, que selon le rapport 2016 de la Commission européenne, les personnes atteintes du VIH/Sida continuent d'avoir des difficultés à accéder aux soins de santé. Un plan d'action et une stratégie de lutte contre les moustiques doivent encore être adoptés. Les systèmes de surveillance des maladies transmissibles et les laboratoires de microbiologie ne sont pas intégrés dans le système national de dossiers de santé électroniques. Les capacités des laboratoires de microbiologie doivent être renforcées pour garantir une surveillance épidémiologique efficace, identifier et analyser les flambées épidémiques et soutenir les actions de lutte contre la résistance antimicrobienne. Le Comité invite le gouvernement à formuler des observations à ce sujet. Il rappelle que les Etats Parties doivent prouver leur capacité de réaction face aux maladies contagieuses (système de déclaration et de relevé des maladies, traitement particulier des cas de sida, mesures d'urgence pour faire face aux épidémies, etc.) (Conclusions XVII-2 (2005), Lettonie).

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'application concrète de la loi relative au contrôle des maladies infectieuses et sur les mesures prises pour s'assurer de l'efficacité des programmes de vaccination et de la surveillance épidémiologique. Entre-temps, il conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que des programmes efficaces de vaccination et surveillance épidémiologique ne sont pas en place.

Accidents

Le Comité a précédemment relevé que le code de la route avait été modifié pendant la période de référence par l'introduction de nouvelles normes comportementales pour les conducteurs. Des contrôles automatiques du trafic routier ont été mis en place, ainsi qu'un système électronique de gestion des amendes (Conclusions 2013). Le Comité a souhaité

recevoir des informations sur le nombre de morts dus à des accidents de la route ou à des accidents survenus durant les loisirs (Conclusions 2013). Le rapport ne fournit aucune des informations demandées.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 11§3, les États parties doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs. Le Comité demande que le prochain rapport rende compte des mesures prises pour faire baisser les décès et blessures par accidents, et indique l'évolution du nombre d'accidents. 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.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que des programmes efficaces de vaccination et surveillance épidémiologique ne sont pas en place.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

ANDORRE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Andorre, qui a ratifié la Charte le 12 novembre 2004. L'échéance pour remettre le 10e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Andorre l'a présenté le 6 mars 2017. Le 6 octobre, une demande d'informations supplémentaires concernant l'article 12§§2 et 3, l'article 13§§2, 3 et 4 a été adressée au Gouvernement qui a transmis sa réponse le 10 novembre 2017.

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).

L'Andorre 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 l'Andorre concernent 19 situations et sont les suivantes :

– 13 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§3, 3§4, 11§1, 11§2, 11§3, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3, 14§1, 14§2 et 23 ;

– 4 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 12§1, 12§4 et 13§1.

En ce qui concerne les 2 autres situations, relatives aux articles 13§4 et 30, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par l'Andorre en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§1

Le 17 avril 2013, à la suite de consultations des organisations d'employeurs et de travailleurs, le Gouvernement a approuvé le texte de quatre notes d'information techniques de la loi n° 34/2008 concernent quatre domaines, notamment les très petites et petites entreprises dans des secteurs d'activités à bas ou très bas risques ; la coopération et la coordination ; l'information et la formation des travailleurs, et la surveillance de la santé.

Article 3§2

Quatre séries de règlements ont été adoptées au cours de la période de référence. Particulièrement, le Règlement régulateur des dispositions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation d'équipements de protection individuelle (BOPA, le 10 octobre 2012) définit la notion d'équipement de protection individuelle ; une liste d'exclusions ; les critères d'usages qui doivent être appliqués lorsque les risques ne peuvent pas être évités ou limités de façon suffisante par des moyens techniques de protection collective ou par l'adoption de mesures, de méthodes ou des procédures d'organisation du travail ; et un catalogue des obligations qui incombent aux employeurs et aux travailleurs en relation à l'usage d'équipement de protection individuelle. Le Règlement régulateur des dispositions minimales de sécurité et de santé dans l'utilisation des équipements de travail (BOPA, le 10 octobre 2012) fixe les mesures destinées à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs du secteur privé et public au cours de l'utilisation des équipements de travail, et détermine les fonctions et responsabilités des employeurs et des travailleurs en ce qui concerne l'équipement de travail. De plus, le Règlement régulateur des dispositions

minimales en matière de signalisation de sécurité et de santé sur le lieu de travail (BOPA, le 10 octobre 2012) précise son champ d'application et établit de façon expresse deux cas pour lesquels il ne s'applique pas (la commercialisation des produits, des équipements et des substances et préparations dangereuses, ainsi que la signalisation utilisée pour la régulation du trafic routier et aérien, sauf s'il s'agit de tel trafic sur le lieu de travail). En outre, il établit les concepts de divers types de signalisation de sécurité et de santé. Ces Règlements contiennent également les dispositions relatives à l'information et la formation ainsi qu'à la consultation et la participation des travailleurs.

Article 3§4

- Depuis avril 2013, toutes les entreprises doivent disposer d'un service de protection et de prévention qui remplisse les fonctions et mène les activités préventives suivantes : la conception, l'application et la coordination des plans et des programmes d'actuation préventive ; l'évaluation des facteurs de risque qui peuvent affecter la sécurité et la santé des travailleurs au cours de l'activité professionnelle ; la détermination des priorités pour l'adoption des mesures préventives adéquates et la surveillance de l'efficacité ; l'information et la formation des travailleurs afin d'éviter les risques liés à l'activité développée, et la mise en œuvre de plans d'urgence et les premiers secours.
- La note technique d'information n° 4 du Service de l'Inspection du Travail, approuvée par le Gouvernement le 17 avril 2013, qui précise le contenu de l'article 19 (surveillance de la santé) de la loi sur la sécurité et la santé au travail, et le Règlement relatif aux services de santé au travail. En particulier, elle fait référence à la définition des services de santé au travail et objectifs des examens de santé ; les objectifs des examens médicaux ; la proposition d'examens médicaux au travail lorsqu'ils ne sont pas obligatoire (notamment, la périodicité) ; la réalisation d'examens médicaux lorsqu'ils sont obligatoire (activités dangereuses, travailleurs de moins de 18 ans, travailleurs spécialement sensibles, retour après plus de 6 mois d'arrêt de travail et dans les cas où il est indispensable pour pouvoir apprécier le risque) ; les termes pour proposer ou réaliser les examens médicaux au travail de tous les travailleurs ; la surveillance de la santé des travailleurs avec cumul d'emplois ou dans le cas de changement du poste de travail ; la surveillance médicale des mineurs.

Article 12§3

- Depuis 2012, l'affiliation à la sécurité sociale est obligatoire pour les travailleurs indépendants ;
- Depuis septembre 2014, les allocations familiales sont versées à partir du premier enfant au lieu du deuxième (Loi 6/2014 du 24 avril 2014) ;
- Depuis 2015, la couverture santé a été étendue à certaines catégories d'inactifs.

Article 13§1

Selon le rapport, la loi n° 6/2014 du 24 avril en matière de services sociaux et socio-sanitaires constitue un pas dans l'organisation et la consolidation du système de protection sociale andorran, en ce qu'il met en place tout un ensemble de prestations qui complètent celles établies par la règlementation de sécurité sociale. La loi 6/2014 détermine l'éligibilité ainsi que le montant des prestations. Elle vise à assurer la complémentarité des prestations de sécurité sociale et d'assistance sociale, en vue de garantir des prestations pécuniaires suffisantes (pour satisfaire les besoins essentiels des personnes ou des familles qui, en raison de leur handicap, de leur âge avancé ou d'autres circonstances, ne peuvent travailler ou parce qu'ils ont une autonomie limitée).

Article 19§1

- Depuis décembre 2014, le Code Pénal pénalise, entre autres choses, l'incitation publique à la violence, à la haine ou à la discrimination à l'encontre d'une personne ou d'un groupe de personnes, les injures et la diffamation publiques et les menaces, ainsi que la diffusion ou la distribution publique, de même que la production ou le stockage de supports contenant des manifestations racistes
- L'Andorre a mis en place un programme éducatif inclusif avancé qui accorde une place significative aux droits de l'Homme et à la lutte contre les stéréotypes, le discours de haine et les discriminations.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – aide et information sur les migrations (article 19§1) ;
- droit au logement – réduire l'état de sans-abri (article 31§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté 1 conclusion de conformité concernant l'article 19§1 et 1 conclusion de non-conformité concernant l'article 31§2.

* * *

*

Le rapport suivant traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 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 31 octobre 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.

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 l'Andorre.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que la loi n° 34/2008 instaure un cadre législatif qui maintient et promeut une politique en matière de sécurité et de santé dans le travail fondée sur la prévention des risques professionnels. Il a demandé des informations sur l'existence, par-delà le cadre législatif, de stratégies ou de programmes en matière de sécurité et de santé dans le travail, et leur réévaluation à la lumière de risques nouveaux. En réponse, le rapport indique que le Service de l'Inspection du Travail a effectué le travail d'information et de divulgation de la nouvelle loi pendant la période de référence, et effectué le contrôle du respect d'application de la loi pendant la période de mi-2014 à 2015. En outre, une campagne spécifique d'inspections a visé des entreprises de différents secteurs économiques qui rassemblaient un nombre important de travailleurs, ou qui présentaient un indice d'accidents supérieur de 50 % à la moyenne du secteur (44 entreprises inspectées en 2012 et 60 en 2013). Néanmoins, le Comité réitère ses précédentes demandes.

En réponse à la question du Comité concernant la résolution des conflits des dispositions de la loi n° 34/2008 avec celles de la loi n° 35/2008, ainsi que l'importance de la démission motivée dans la pratique (Conclusions 2013), le rapport indique que les données chiffrées sur le nombre de démissions justifiées des travailleurs fondées sur des manquements aux mesures de sécurité et de santé au travail ne sont pas disponibles. Toutefois, il précise que ce nombre est réduit. D'après l'information du Service de l'Inspection du Travail issue des consultations, les travailleurs utilisent cet argument dans certains cas pour mettre fin à leur contrat de façon justifiée.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que la loi n° 34/2008 organise au niveau national la prévention des risques professionnels adaptée à la nature des risques, ainsi que l'information et la formation des travailleurs. Il a également constaté que le Service de l'Inspection du Travail participe au développement d'une culture de la santé et de la sécurité en milieu professionnel parmi les employeurs et les travailleurs.

Le rapport indique que la loi n° 34/2008 est entrée en vigueur de façon échelonnée et progressive et intégralement en vigueur à partir du 21 avril 2013. Entré en vigueur le 21 avril 2012, l'article 8 relatif à la planification de l'activité préventive et à l'évaluation des risques dispose que l'activité de l'employeur doit être planifiée à partir d'une évaluation initiale et générale des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs, tout en prenant en compte l'activité de l'entreprise, les caractéristiques des postes de travail et les travailleurs qui doivent les occuper. Si les résultats de l'évaluation l'exigent, l'entreprise doit adopter les mesures de protection et de prévention nécessaires afin de garantir un niveau plus élevé de protection pour la sécurité et la santé des travailleurs. Les risques doivent être évalués avec

la périodicité pertinente afin de garantir la sécurité et la santé des travailleurs ainsi que dans les cas de changement des conditions de travail ou s'il y a eu un incident entrainant des conséquences pour la santé.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations concernant l'applicabilité de la loi n° 34/2008 au service public et aux petites entreprises. En réponse, le rapport explique que la loi exclut de son champ d'application certaines activités de la fonction publique qui comportent des risques spécifiques pour les travailleurs (le Service de Police, le Corps Spécial de Prévention d'Incendies et des Sauvetages, le Service des Douanes, le Centre Pénitentiaire et les Services de protection civile). Toutefois, les évaluations des risques des lieux de travail de toute l'Administration générale ont été effectuées pendant la période entre juillet 2012 et octobre 2013 par un service externe de prévention choisi par un concours public. En outre, depuis novembre 2013, plusieurs activités sont effectuées, notamment l'actualisation et la révision de l'évaluation des risques de centres, lieux et équipements de travail, l'organisation et la surveillance de l'application des mesures préventives identifiées dans l'évaluation des risques, la révision des travaux où les contrôles spécifiques sont nécessaires, ainsi que la surveillance de la santé.

En réponse à la question du Comité relative à la manière dont les employeurs, notamment des petites et moyennes entreprises, s'acquittent de leurs obligations en matière d'évaluation initiale des risques spécifiques aux postes de travail et d'adoption de mesures préventives ciblées dans la pratique (Conclusions 2013), le rapport indique que presque la totalité des petites et moyennes entreprises, selon les estimations du Service de l'Inspection du Travail, a engagé des services de prévention externes pour, entre autres, réaliser l'évaluation initiale des risques et la planification des activités préventives. Cependant, l'employeur ne peut assumer personnellement qu'une partie de l'activité préventive à certaines conditions (Note d'information technique n°1 publié par le Service de l'Inspection du Travail). La surveillance de la santé doit obligatoirement être déléguée à un service externe de prévention.

Les employeurs et les travailleurs peuvent poser des questions directement aux inspecteurs, soit par téléphone ou dans les locaux du Service de l'Inspection du Travail avec ou sans un rendez-vous. Le Comité note d'après le rapport que le nombre de consultations spécifiques en la matière a augmenté. De plus, le rapport fait référence au site internet du Service de l'Inspection du Travail, qui contient des informations relatives à la législation et à la règlementation en vigueur, ainsi que des questions fréquemment posées en matière de sécurité et de santé au travail.

En outre, le rapport indique que le 17 avril 2013, à la suite de consultations des organisations d'employeurs et de travailleurs, le Gouvernement a approuvé le texte de quatre notes d'information techniques de la loi n° 34/2008, élaborées par le Service de l'Inspection du Travail. Les notes techniques concernent quatre domaines, notamment les très petites et petites entreprises dans des secteurs d'activités à bas ou très bas risques ; la coopération et la coordination ; l'information et la formation des travailleurs, et la surveillance de la santé.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un dispositif associant les autorités publiques et visant à améliorer la santé et la sécurité au travail par l'information, la formation et le développement, ainsi que l'implication des autorités publiques dans la formation des professionnels qualifiés et la définition de programmes de formation. Il a demandé des informations sur la manière dont les autorités publiques s'assurent que les équipements individuels et collectifs, ainsi que les lieux de travail, sont au niveau de la connaissance scientifique et technique, et satisfont aux normes de qualité.

En réponse, le rapport indique que l'Andorre ne dispose ni d'un comité technique de normalisation, ni de propres normes de qualité en ce qui concerne les équipements de protection individuels et collectifs ; toutefois, les normes européennes sont adoptées comme référence. Le contrôle sur la qualité des matériaux est effectué par les services externes de prévention qui déterminent les types de machinerie, les équipements de travail et les protections individuelles et collectives à utiliser au cas par cas, se référant aux normes européennes. En plus, le Règlement de sécurité et de protection de la santé dans les travaux de construction (BOPA, le 9 décembre 2010) établit de façon concrète les normes relatives à la machinerie, le caractère obligatoire des équipements, en accord avec la déclaration CE de conformité et le marquage CE, selon les directives de l'UE. Le Comité note d'après le rapport que cette réglementation nationale est retranscrite dans le Règlement régulant les dispositions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation des équipements de travail (BOPA, le 10 octobre 2012) qui établit les dispositions minimales de sécurité et de santé quant à l'utilisation de tous les équipements de travail mis à la disposition des travailleurs, et dans le Règlement régulant les dispositions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation d'équipements de protection individuelle (BOPA, le 10 octobre 2012), qui contient les dispositions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation de tous les équipements de protection individuelle, les critères et les condition de leur utilisation.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations sur la manière dont la formation des professionnels de la prévention et des services externes de prévention homologués est dispensée dans la pratique. En réponse, le rapport indique que dans la majorité des entreprises, les services externes de prévention organisent des sessions de formation présentielles (sur le lieu de travail ou dans les classes de formation des services de prévention), de formation semi-présentielles, et en ligne. En plus, certains services de prévention distribuent aux travailleurs au moment de l'embauche les fiches informatives, adaptées à chaque poste de travail, sur les risques principaux et les mesures de prévention et de protection à prendre. En ce qui concerne les petites entreprises des secteurs d'activité avec un risque bas ou très bas où l'employeur a choisi d'assumer personnellement les activités de prévention et de protection, ce dernier organise la formation sur les risques au travail au moment de l'embauche. Le Comité note d'après le rapport que presque toutes les petites entreprises ont engagé des services externes de prévention et ce sont donc les techniciens de ces services qui se chargent de former les travailleurs.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé les modalités de l'engagement du Laboratoire central de santé publique (LCSP) et de l'Université d'Andorre aux côtés des autorités publiques. Faute de trouver une réponse dans le rapport, le Comité réitère sa demande et souhaite que les informations soient actualisées pour la période de référence, précisées par rapport aux activités conduites dans la pratique (analyses de risques sectoriels ; élaboration de règles ; adoption de recommandations ; diffusion de publications ; création de modules de formation) et étayées d'exemples concrets.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs au niveau des autorités publiques et dans les entreprises, et a demandé des informations sur la nomination des délégués à la prévention et la mise en place des comités de sécurité et de santé dans la pratique. Il a également demandé des informations sur la fréquence, le caractère obligatoire et la cadre procédural propres aux consultations pour avis opérées par le Gouvernement. En réponse, le rapport indique que, conformément à l'article 22 de la loi n° 34/2008 du 18 décembre 2008 sur la sécurité et la santé au travail, les délégués des travailleurs à la prévention en matière de sécurité et de santé au travail sont les délégués de personnel élus en vertu de la loi n° 35/2008 du 18 décembre 2008 relative au Code de relations de travail.

Au titre de l'article 23 de la loi n° 34/2008, les comités de sécurité et de santé au travail doivent être créés dans les entreprises de cent travailleurs ou plus. Ils doivent être constitués de délégués des travailleurs à la prévention et d'employeurs et/ou de leurs représentants en nombre équivalent aux représentants des travailleurs. Le Comité note d'après le rapport que pendant 2009-2015, 24 processus de sélection de délégués du personnel ont été effectués.

D'après le rapport, la consultation des organisations d'employeurs et des travailleurs est obligatoire pour le Gouvernement. Au titre de la première disposition additionnelle de la loi n° 34/2008, le Gouvernement doit développer de façon réglementaire la loi après avoir consulté les organisations des travailleurs et des employeurs. Dans la pratique, la fréquence des consultations est établie en fonction du nombre de règlements qui doivent être approuvés, notamment, le Gouvernement délivre les projets de règlements en la matière aux associations d'employeurs, aux écoles professionnelles et aux syndicats pour les commentaires et les propositions qu'il étudie et analyse la possibilité de les ajouter dans le texte définitif.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

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

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion sur ce point (Conclusions 2013) et a souligné que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à l'article 3§2 de la Charte. Il a constaté qu'au cours de la période de référence, la réglementation d'application de la loi n° 34/2008 n'était pas encore pleinement adoptée, et que les règlements visant à régir de manière spécifique l'exposition à la plupart des risques professionnels étaient en cours d'élaboration. Par conséquent, il a demandé des informations relatives à l'adoption de ces règlements et à leur mise en œuvre dans la pratique.

En réponse, le rapport indique quatre règlements adopté pendant la période de référence : le Règlement relatif aux services de santé au travail (BOPA, le 21 novembre 2012), le Règlement régulateur des dispositions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation d'équipements de protection individuelle (BOPA, le 10 octobre 2012), le Règlement régulateur des dispositions minimales de sécurité et de santé dans l'utilisation des équipements de travail (BOPA, le 10 octobre 2012), et le Règlement régulateur des dispositions minimales en matière de signalisation de sécurité et de santé sur le lieu de travail (BOPA, le 10 octobre 2012). Selon le rapport, les trois derniers règlements établissent que les risques non réglementés de manière spécifique sont régis subsidiairement par la règlementation de l'OIT aux termes de la première disposition additionnelle de la loi n° 34/2008, entrée en vigueur le 21 avril 2009.

Le rapport indique également que les Règlements régulateurs des dispositions minimales de sécurité et de santé concernant la manipulation manuelle de charges, le travail en équipe (inclut les écrans de visualisation), les lieux de travail, et la protection des travailleurs contre les risques relatifs à l'exposition à l'amiante au travail sont toujours en attente d'approbation.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des précisions sur l'invocabilité de la règlementation de l'OIT devant les tribunaux et sur l'application de cette règlementation par les employeurs dans la pratique. En réponse, le rapport explique que l'Andorre n'a ratifié aucune Convention de l'OIT, mais les lois et les règlements nationaux font référence à l'application des normes de l'OIT en matière de sécurité et de santé au travail avec un caractère subsidiaire et, notamment, les normes de l'OIT peuvent être invoquées dans tous les processus judiciaires (pénal, administratif ou civil) et les tribunaux en tiennent compte dans leurs arrêts. Le Comité prend note d'un certain nombre d'arrêts illustrant la référence des tribunaux aux normes internationales, en particulier celles de l'OIT, présentés dans le rapport.

En réponse à la question du Comité relative aux aménagements opérés au profit des entreprises de moins de dix salariés par la note d'information technique du Service de l'Inspection du Travail n° 1 du 10 avril 2013, le rapport indique que cette note d'information technique établit quatre conditions pour que l'employeur puisse assumer personnellement une partie de l'activité préventive : l'employeur doit avoir au minimum le niveau de formation de base (50 heures), travailler de façon permanente dans l'entreprise, l'entreprise doit avoir moins de 10 travailleurs, et les risques professionnels doivent être bas. Toutefois, certaines activités doivent être réalisées par un service externe à la prévention (surveillance de la santé) ; ainsi, les limitations sont également indiquées dans la note technique.

Le Comité souligne qu'au titre 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). Faute de trouver la réponse à la question du Comité (Conclusions 2013) dans le rapport sur ce point, le Comité demande que le prochain rapport contienne ces informations.

Le Comité rappelle que l'obligation première qui repose sur l'Etat en vertu de l'article 3 de la Charte consiste à garantir le droit à des normes de sécurité et de santé au travail les plus élevées possible. Cette obligation implique, en vertu du §2, d'édicter des règlements de santé et de sécurité au travail assurant prévention et protection sur le lieu de travail contre les risques reconnus par la communauté scientifique et réglementés aux niveaux communautaires et international. Ces règlements doivent être spécifiques dans le sens où ils doivent fixer des prescriptions de manière suffisamment précise pour permettre leur application effective et efficace. Ils doivent en outre couvrir la majorité des risques énumérés aux Conclusions XIV-2 (1998).

Le Comité prend note de l'existence d'un cadre général en matière de sécurité et d'hygiène dans le travail depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 34/2008. Il constate toutefois que les règlements existants ne couvrent qu'une partie restreinte des risques identifiés aux Conclusions XIV-2, et négligent la protection contre certains risques importants (agents cancérigènes ou mutagènes ; agents physiques, chimiques et biologiques ; utilisations de machines, etc.). Le rapport n'établit pas que les règlements précités correspondent aux niveaux internationaux. Par conséquent, le Comité considère que la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ne satisfait pas à l'obligation générale de couvrir de manière spécifique une grande majorité des risques énumérés dans l'introduction générale aux Conclusions XIV-2.

Niveaux de prévention et de protection

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a ajourné sa précédente conclusion sur ce point (Conclusions 2013). D'après le rapport, dans l'attente de l'adoption de règlements spécifiques au lieu de travail, la manutention manuelle de charges, l'utilisation d'écrans de visualisation et l'utilisation de machines, les dispositions du règlement des 17 juillet et 22 décembre 1978 relatif au travail concernant les locaux et le milieu de travail ainsi que la protection personnelle demeurent applicables. Selon le rapport, la règlementation pertinente de l'OIT s'applique également.

Toutefois, le rapport indique que le Règlement régulateur des dispositions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation d'équipements de protection individuelle (BOPA, le 10 octobre 2012) définit la notion d'équipement de protection individuelle ; une liste d'exclusions ; les critères d'usages qui doivent être appliqués lorsque les risques ne peuvent pas être évités ou limités de façon suffisante par des moyens techniques de protection collective ou par l'adoption de mesures, de méthodes ou des procédures d'organisation du travail ; et un catalogue des obligations qui incombent aux employeurs et aux travailleurs en relation à l'usage d'équipement de protection individuelle. Le Règlement régulateur des dispositions minimales de sécurité et de santé dans l'utilisation des équipements de travail (BOPA, le 10 octobre 2012) fixe les mesures destinées à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs du secteur privé et public au cours de l'utilisation des équipements de travail, et détermine les fonctions et responsabilités des employeurs et des travailleurs en ce qui concerne l'équipement de travail. De plus, le Règlement régulateur des dispositions minimales en matière de signalisation de sécurité et de santé sur le lieu de travail (BOPA, le 10 octobre 2012) précise son champ d'application et établit de façon expresse deux cas pour lesquels il ne s'applique pas (la commercialisation des produits, des équipements et des substances et préparations dangereuses, ainsi que la signalisation

utilisée pour la régulation du trafic routier et aérien, sauf s'il s'agit de tel trafic sur le lieu de travail). En outre, il établit les concepts de divers types de signalisation de sécurité et de santé. Ces Règlements contiennent également les dispositions relatives à l'information et la formation ainsi qu'à la consultation et la participation des travailleurs.

Le Comité demande confirmation si les Règlements précités régissent également la protection des machines ; la manutention manuelle de charges ; le travail sur des équipements à écran de visualisation ; l'hygiène (commerce et bureaux) ; le poids maximum ; la pollution de l'air, le bruit et les vibrations.

Protection contre les substances et agents dangereux

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté qu'au cours de la période de référence, aucune réglementation en vigueur ne régissait de manière spécifique l'exposition à l'amiante et aux rayonnements ionisantes, hormis dans le cadre particulier des chantiers de construction, et a ajourné sa dernière conclusion sur ce point (Conclusions 2013). Par conséquent, il a demandé des précisions sur l'opposabilité des Conventions de l'OIT n° 162 sur l'amiante (1986) et n° 115 sur les radiations ionisantes (1960) ; des Recommandations n° 172 sur l'amiante (1986) et n° 114 sur la protection contre les radiations (1960) ; de la Recommandation (1990) de la CIPR et de la Directive 96/29/Euratom ; ainsi que de la fiche toxicologique internationale devant les tribunaux, et sur l'application de ces textes par les employeurs dans la pratique. Le Comité a également souligné que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le rapport, rien ne prouverait que la situation de l'Andorre soit conforme à l'article 3§2 de la Charte.

En réponse, le rapport expose qu'il n'y a pas eu d'éléments nouveaux concernant les niveaux de prévention et de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes au cours de la période de référence. Il confirme également qu'il n'existe pas de jurisprudence démontrant la possible application des Conventions et de Recommandations de l'OIT sur l'amiante et les radiations ionisantes, toutefois les tribunaux intègrent les normes de l'OIT lorsqu'ils rédigent leurs décisions et arrêts.

Le Comité constate à nouveau qu'aucune réglementation en vigueur ne régit de manière spécifique l'exposition à l'amiante et aux radiations ionisantes, hormis dans le cadre particulier des chantiers de construction. Le Comité conclut que les niveaux de prévention et de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes ne sont pas conformes à l'article 3§2 de la Charte.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que les travailleurs non permanents et temporaires sont couverts par la législation régissant la sécurité et la santé au travail, et qu'ils sont protégés, y compris contre les risques liés à la succession de périodes d'exposition aux agents pathogènes auprès d'employeurs différents, et par la limitation du recours aux travailleurs précaires pour certains travaux particulièrement dangereux. Il a demandé des informations sur l'accès des travailleurs non permanents et temporaires à la surveillance médicale et à la représentation au travail.

Selon le rapport, les travailleurs avec un contrat à durée déterminée, les travailleurs saisonniers et les personnes engagées par des entreprises de travail temporaire doivent avoir le même traitement que les autres travailleurs pour ce qui concerne la sécurité et la santé au travail, conformément à la loi n° 34/2008. Plus particulièrement, le rapport indique

que les travailleurs saisonniers, temporaires ou employées à durée déterminée jouissent des mêmes droits en matière de surveillance médicale que les autres travailleurs de l'entreprise dans laquelle ils travaillent. Les examens médicaux de surveillance médicale sont obligatoires avant l'embauche et au début des relations contractuelles, si le travailleur doit effectuer des activités dangereuses, insalubres ou nocives en raison des éléments, des processus ou des substances manipulées (Annexe 1 de la loi n° 34/2008) ou s'il s'agit de travailleurs mineurs ou de travailleurs spécialement sensibles à certains risques. Autrement, l'employeur a l'obligation d'offrir la possibilité de faire des examens médicaux aux travailleurs qui sont libre de l'accepter.

Quant à la représentation au travail, le rapport indique qu'au titre de l'article 116 de la loi n° 35/2009, les travailleurs employés à durée déterminée sont représentés par des délégués choisis à ce titre. Les travailleurs ayant un contrat d'une durée supérieure à un an sont comptabilisés comme des travailleurs permanents, alors que les travailleurs engagés pour les périodes inférieures, sont comptabilisés en raison du nombre de jours travaillés au cours de l'année précédant la convocation des élections : à partir de 225 jours travaillés, ce travailleur est comptabilisé comme un travailleur de plus, à la condition que celui-ci travaille au minimum 25 heures par semaine.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Autres catégories de travailleurs

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions 2013) que les travailleurs indépendants (entrepreneurs, agriculteurs, artisans, etc.) ne bénéficiaient pas d'une protection adéquate au regard de l'article 3§2 de la Charte et a réitéré sa demande d'information relative à la protection des travailleurs à domicile. Il a demandé confirmation que les employés de maison bénéficient effectivement, en droit et dans la pratique, du maintien des conditions de sécurité et d'hygiène imposées par la loi n° 34/2008 et les règlements d'application afférents.

Le rapport explique qu'au titre de l'article 2(3) de la loi n° 34/2008, les employés de maison sont exclus du domaine d'application de cette loi. Toutefois, cet article dispose de manière explicite que l'employeur est tenu de veiller à ce que ses employés de maison travaillent dans les conditions de sécurité et d'hygiène convenables. Ainsi, selon le rapport, si l'employeur dans ce cas est dispensé de l'activité préventive, il n'en est pas moins obligé de veiller à la sécurité et la santé du personne qu'il a engagé. Le Comité demande si le domicile d'où opère un travailleur peut être considéré comme lieu de travail et faire dès lors l'objet d'un contrôle de la part des services de l'Inspection du travail.

Le Comité rappelle que, ainsi qu'il l'a établi dans les Conclusions 2009, tous les travailleurs et tous les lieux de travail, quel que soit le secteur d'activité, doivent être couverts par la réglementation de santé et de sécurité au travail. Il souligne également que cette réglementation doit s'appliquer sans exception à tous les lieux de travail y compris aux habitations privées. Aux fins de l'article 3§2 de la Charte, tous les travailleurs, y compris les travailleurs indépendants, doivent être couverts par la réglementation de santé et de sécurité au travail, au motif que les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants sont le plus souvent exposés aux mêmes risques. En l'absence d'informations nouvelles concernant les travailleurs indépendants dans le rapport, le Comité réitère son constat de non-conformité sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs au niveau des autorités publiques. Il a également constaté que la loi n° 34/2008 introduit un système de consultation des travailleurs en matière de sécurité et de santé au travail dans les

entreprises. Par conséquent, il a demandé des informations sur la nomination des délégués à la prévention et la mise en place des comités de sécurité et de santé dans la pratique.

En réponse, le rapport explique qu'au titre des articles 22 et 23 de la loi n° 34/2008 sur la sécurité et la santé au travail, les délégués de personnel sont également les délègues des travailleurs à la prévention en matière de sécurité et de santé. Les comités de sécurité et de santé au travail doivent être créés dans les entreprises de cent travailleurs ou plus (le Comité renvoie également à son appréciation sous l'angle de l'article 3§1 de la Charte).

En outre, le rapport indique que l'article 9 du Règlement de sécurité et de protection de la santé dans les travaux de construction du 1er décembre 2010 établit le rôle du surveillant de sécurité et de santé qui joue un rôle similaire à un délégué des travailleurs à la prévention des travailleurs en matière de sécurité et de santé au travail (veille au respect des mesures de sécurité et de santé, et peut ordonner de prendre les mesures de prévention et de protection). Ce Règlement concerne toutes les personnes qui interviennent ou effectuent, même occasionnellement, des travaux d'excavation, de construction, d'installation, de démolition, de conservation, de réparation ou restauration, de maintenance, de nettoyage et toutes les opérations et les travaux annexes, et, de façon générale, tous les travaux de construction, publics ou privés.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte aux motifs que :

- la législation et la réglementation de sécurité et d'hygiène ne couvre pas de manière spécifique une majorité de risques ;
- les niveaux de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes sont insuffisants ;
- les travailleurs indépendants ne jouissent pas d'une protection adéquate.

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 l'Andorre.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que les taux d'incidence relatifs aux accidents du travail et aux accidents mortels ont globalement poursuivi la tendance à la baisse et a demandé des informations sur les mesures adoptées pour réduire le nombre élevé d'accidents du travail.

En réponse, le rapport explique que la mesure principale mise en œuvre pour lutter et prévenir les accidents de travail est la pleine entrée en vigueur de la loi 34/2008 (le 21 avril 2013) qui, entre autres, augmente de façon significative le montant des sanctions issues de son non-respect. En plus, la grande majorité des entreprises ont choisi de déléguer la gestion préventive à un service externe ; plusieurs protocoles ont été mis en place dans les entreprises afin de suivre les cas d'accidents du travail, et le Service de l'Inspection du Travail a effectué de nombreux d'inspections afin de vérifier le respect des normes établies par la loi.

Le Comité note d'après le rapport que le nombre d'accidents de travail (entraînant l'arrêt de travail), en diminution (de 1 727 en 2012 à 1 650 en 2015), tout comme le taux d'incidence relatif à ces accidents (de 4 198 en 2012 à 3 837 en 2015), confirment la tendance constatée lors de la précédente période de référence. Le rapport indique qu'il y a eu un seul accident mortel du travail, et ce en 2012.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également constaté le nombre excessivement faible de cas recensés de maladie professionnelle et, par conséquent, a demandé des informations sur les mesures destinées à lutter contre l'insuffisance de déclaration ou de reconnaissance des cas de maladies professionnelles dans la pratique. Le rapport indique que le tissu économique de l'Andorre est principalement fondé sur le secteur des services mais le catalogue andorran des maladies professionnelles ne comprend pas de maladies professionnelles de ce secteur d'activité. Pour qu'une maladie professionnelle soit reconnue, il est nécessaire de déposer une demande de reconnaissance devant la Caisse Andorrane de Sécurité Sociale (CASS). Il est également possible de présenter le recours auprès du Conseil d'Administration de la CASS et faire une demande auprès de la Justice. Le rapport explique que tout le processus est judiciarisé, tout d'abord en première instance, avec un droit de recours en deuxième instance juridictionnelle, et garantit au travailleur le droit de recours tant au niveau administratif que judiciaire. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

Le Comité constate à nouveau que les taux d'incidence relatifs aux accidents du travail et aux accidents mortels ont globalement poursuivi la tendance à la baisse.

Activités de l'Inspection du travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté la diminution constante du nombre de visites de contrôle. Par conséquent, il a demandé des informations sur les mesures mises en œuvre pour redresser le nombre des visites de contrôle et sur les visites de contrôle hors des chantiers de construction.

Le rapport établit que le nombre de visites de contrôle a augmenté (de 144 en 2012 à 206 en 2015) au cours de la période de référence. Au titre des mesures et des sanctions prononcées par le Service de l'Inspection du Travail, le nombre de sanctions administratives infligées a augmenté de 14 en 2012 à 64 en 2015, y compris le nombre de sanctions légère (de 2 en 2012 à 6 en 2015), grave (de 13 en 2012 à 164 en 2015) et très grave (0 en 2012 et 2013, 3 en 2015). Le montant moyen (de 1 664,5 € en 2012 à 4 127,35 € en 2015) et le volume global des amendes (de 23 304 € en 2012 à 264 150 € en 2015) ont aussi fortement augmenté pendant cette période.

Néanmoins, le nombre de lieux de travails inspectés (94 en 2012, 173 en 2013 et 86 en 2015) et le nombre de travailleurs concernés (2 111 en 2012, 6 965 en 2013, 2 363 en 2014, et 989 en 2015) ont diminué vers la fin de la période de référence. Selon le rapport, cette diminution est temporaire et liée à la mise en œuvre d'un nouveau cadre législatif de référence. Le Département du Travail a fixé une période de sensibilisation au cours des inspections afin de contrôler le degré de respect de la loi n° 34/2008 sur la sécurité et la santé au travail. Pendant la période d'avril 2013 à avril 2014, une période de « carence sanctionnatrice » a été établie afin de sensibiliser les entreprises à la pleine application de la loi. Le rapport explique qu'une fois cette période terminée, les inspecteurs ont repris leur rythme avec la production de dossiers de sanction dans le cas de non-respect de la législation en la matière.

Le Comité note qu'en 2015, selon les données chiffrées publiées par ILOSTAT, le nombre d'inspecteurs du travail était de 8, et le nombre de visites de contrôle effectuées sur les lieux de travail était de 317. Le Comité demande que le prochain rapport explique pourquoi les chiffres concernant les visites de contrôle sur les lieux de travail indiqués dans le rapport et publiés par ILOSTAT sont différents. Il demande également que le prochain rapport indique quelle proportion de travailleurs est concernée par les visites de contrôle et quel est le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'une visite de contrôle portant sur la santé et la sécurité pendant les années couvertes par la période de référence.

Le Comité prend note du nombre de contrôle d'inspection, ventilé par secteur d'activité (agriculture, industrie, commerce, hôtellerie, construction et autres services), la taille de l'entreprise et l'année, détaillé dans le rapport. Il note, d'après le rapport, que les inspections effectuées dans les entreprises du secteur de la construction ont diminué, ce qui s'explique par la chute de l'activité de ce secteur et également par le fait, que ces entreprises étant cataloguées dans l'annexe 1 de la loi n° 34/2008, c.-à-d., elles ont été concernées par les procédures de sanction renforcées et par conséquent, étaient les premières à devoir s'adapter à la loi. Le secteur d'hôtellerie était le plus inspecté au cours de la période de référence (le plus grand nombre de plaintes déposées par les travailleurs de ce secteur auprès du Service de l'Inspection du Travail)

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les attributions, les pouvoirs et les effectifs des inspecteurs du Département de l'industrie, ainsi que sur les termes de la coopération avec le Service de l'Inspection du Travail dans l'inspection de la sécurité et la santé dans le travail. En réponse, le rapport indique que le Département de l'Industrie est compétent pour réaliser des contrôles sur les installations électriques et de gaz, les appareils de pression, de sécurité contre les incendies, les installations d'hydrocarbures, les appareils élévateurs, les substances explosives, les ateliers mécaniques et les travaux importants sur les véhicules et la carrosserie. Les contrôles sont réalisés par les inspecteurs de ce Département ou par des entreprises d'inspection et de contrôle homologuées. Si un accident de travail se produit là où les inspecteurs des entreprises homologuées sont compétents au niveau de la surveillance et du contrôle, les inspecteurs sont alors compétents pour intervenir dans l'instruction, toujours en étroite coopération avec le Service de l'Inspection du Travail et la police judiciaire compétente. Le Département de l'Industrie est composé de trois personnes ayant compétences pour autoriser le fonctionnement des installations mentionnées, de les

inspecter, de sanctionner les infractions constatées, et d'imposer des amendes coercitives et, si nécessaire, fermer des installations si celles-ci présentent un danger important.

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013) concernant des données chiffrées relatives aux mesures (procès-verbal avec demande de rectification ; amende par type d'infraction légère, grave et lourde ; suspension des activités ; transmission au parquet en vue de poursuites pénales) prises par les inspecteurs du Service de l'Inspection du Travail, le rapport explique qu'il n'existe pas de traitement spécifique des données chiffrées concernant les procès-verbaux avec demande de rectification ni des suspensions d'activé. Ces deux mesures se prennent sur le lieu de travail, et les responsables en sont directement informés sans leur octroyer un traitement statistique, car il s'agit des mesures ponctuelles qui ne comportent pas la suspension totale de l'activité de l'entreprise mais l'arrêt temporaire. Au cas où l'infraction a entrainé un risque suffisant, une procédure administrative serait mise en place et pourrait déboucher sur une sanction. Dans le cadre de cette procédure administrative, des demandes de rectification sont présentées aux entreprises pour résolution. Le montant de la sanction à imposer est fixé en fonction du suivi donné aux demandes du Service d'Inspection du Travail par les entreprises : le degré de la sanction (légère, lourde ou très lourde) ne peut pas être modifié, mais, si l'entreprise résout rapidement l'infraction constatée, cela sera pris en compte pour déterminer le montant de l'amende dans la fourchette correspondant au degré de l'infraction. En ce qui concerne les cas qui peuvent être susceptibles de faire l'objet d'une procédure pénale, le Service de Police est chargé, sur la base d'une enquête conjointe avec le Service de l'Inspection du Travail en charge des accidents de travail, de transmettre le dossier aux autorités judiciaires.

Le Comité observe que le nombre d'inspections et de sanctions a significativement augmenté, ce qui est influencé, d'après le rapport, par la pleine entrée en vigueur de la loi n° 34/2008 le 21 avril 2013.

Le Comité rappelle qu'au titre des dispositions de l'article 3§3 de la Charte, les États Parties doivent mettre en œuvre des mesures pour orienter davantage l'Inspection du travail sur les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Le rapport indique qu'en ce qui concerne les petites entreprises, qui représentent la majorité des entreprises du pays, la loi n° 34/2008 est entièrement appliquée et les employeurs ont les mêmes obligations. Le nombre de visite de contrôle effectué par le Service de l'Inspection de Travail a augmenté en ce qui concerne des entreprises ayant de 1 à 5 travailleurs (de 22 en 2012 à 41 en 2015) et des entreprises ayant de 6 à 10 travailleurs (14 en 2012, 33 en 2013, 20 en 2014). Il y avait 21 visites des entreprises ayant de 11 à 30 travailleurs ; 37 en 2013 et 14 en 2015. En outre, il y a eu 1 visite d'entreprise sans travailleurs en 2013 et 2 en 2015.

Conclusion

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

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 l'Andorre.

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 constaté l'existence d'une stratégie de mise en place des services de santé au travail par la création pratique des moyens et des structures nécessaires à l'accès des travailleurs au suivi médical, et le taux de couverture par les médecins du travail élevé. Il a demandé des précisions relatives au règlement du 14 novembre 2012 relatif aux services de santé au travail et la note d'information technique du Service de l'Inspection du Travail du 10 avril 2013 relative à la surveillance médicale et aux examens de santé au travail.

Le rapport indique qu'au titre de l'article 19 de la loi n° 34/2008 sur la sécurité et la santé au travail, l'entreprise doit veiller à la surveillance régulière de l'était de santé des travailleurs en fonction des risques inhérents à leur activité professionnelle.

Depuis avril 2013, toutes les entreprises doivent disposer d'un service de protection et de prévention qui remplisse les fonctions et mène les activités préventives suivantes : la conception, l'application et la coordination des plans et des programmes d'actuation préventive ; l'évaluation des facteurs de risque qui peuvent affecter la sécurité et la santé des travailleurs au cours de l'activité professionnelle ; la détermination des priorités pour l'adoption des mesures préventives adéquates et la surveillance de l'efficacité ; l'information et la formation des travailleurs afin d'éviter les risques liés à l'activité développée, et la mise en œuvre de plans d'urgence et les premiers secours. Au titre de l'article 14 de la loi n° 34/2008, les employeurs peuvent choisir entre trois modalités organisatrices différentes des services de prévention : l'employeur assume lui-même cette obligation, la désignation de travailleurs à cet effet, ou faire appel à une entreprise externe de service de prévention (en 2015, il était 8 entreprises homologuées comme entreprises pour les services externes de prévention).

De plus, le Règlement du 14 novembre 2012 relatif aux services de santé au travail établit les activités sanitaires qui doivent être effectuées et les conditions technico-sanitaires et de personnel qui doivent être remplies pour pouvoir fonctionner et pour obtenir l'autorisation administrative sanitaire ainsi que pour pouvoir s'inscrire au Registre des Centres, Services et Etablissements Sanitaires et Sociaux Sanitaires. Ce Règlement détermine les conditions requises pour obtenir l'autorisation administrative sanitaires, les activités sanitaires que doivent développer les services de santé au travail (la surveillance de la santé des travailleurs, la prévention et la promotion de leur santé, les enquêtes sur les problèmes de santé relatifs au travail et leurs causes, l'assistance, la formation et l'information en matière de santé et travail des entreprises et des travailleurs, et les premiers secours et soins d'urgence s'ils doivent être faits au sein de l'entreprise), les critères des travailleurs qui doivent se soumettre de façon obligatoire aux examens médicaux et les critères de

périodicité de ces examens, les fonctions du personnel sanitaire, ainsi que des sanctions au cas de non-respect de ses dispositions et obligations. L'exécution des examens médicaux de surveillance de la santé requiert le consentement volontaire du travailleur, excepté pour les examens obligatoires.

En outre, le rapport présente la note technique d'information n° 4 du Service de l'Inspection du Travail, approuvée par le Gouvernement le 17 avril 2013, qui précise le contenu de l'article 19 (surveillance de la santé) de la loi sur la sécurité et la santé au travail, et le Règlement relatif aux services de santé au travail. En particulier, elle fait référence à la définition des services de santé au travail et objectifs des examens de santé ; les objectifs des examens médicaux ; la proposition d'examens médicaux au travail lorsqu'ils ne sont pas obligatoire (notamment, la périodicité) ; la réalisation d'examens médicaux lorsqu'ils sont obligatoires (activités dangereuses, travailleurs de moins de 18 ans, travailleurs spécialement sensibles, retour après plus de 6 mois d'arrêt de travail et dans les cas où il est indispensable pour pouvoir apprécier le risque) ; les termes pour proposer ou réaliser les examens médicaux au travail de tous les travailleurs ; la surveillance de la santé des travailleurs avec cumul d'emplois ou dans le cas de changement du poste de travail ; la surveillance médicale des mineurs.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur l'accès au suivi médical des travailleurs de la fonction publique ; la participation des employeurs au suivi médical dans la pratique et les sanctions au cas où ils n'y défèrent pas. En réponse, le rapport indique que les visites médicales dans l'Administration Générale ont débuté le 24 janvier 2014 après l'organisation de leur mise en place avec le service externe de prévention engagé le 19 novembre 2013. Ces visites ont été proposées à tout le personnel (environ 2 050 personnes) en tenant compte d'une différence entre les visites obligatoires (15 % des postes de travail de l'Administration Générale) et volontaires. Pendant la période 2014-2015, 1 576 visites ont été menées dont 1 524 ont obtenu un résultat « apte », 49 « apte avec des restrictions » et 3 « non apte ». De plus, au titre du Protocole des travailleurs spécialement sensibles appliqués par l'Administration Générale dès octobre 2012, tous les travailleurs ont la possibilité de demander un avis médical lorsqu'ils le jugent opportun, en fonction des circonstances personnelles relatives au poste de travail (69 cas de travailleurs spécialement sensibles ont été enregistrés à la fin de 2015). Quant aux corps spécialisés de l'Administration (police, pompiers, douane et centre pénitentiaire), des visites médicales de surveillance de la santé étaient effectuées par des médecins spécialisés de l'Administration Générale avant l'entrée en vigueur de la loi n° 34/2008 (601 visites médicales pendant la période de référence). Toutes les Communes ont également engagé des services externes de prévention, les services médicaux qui se chargent de faire passer les visites médicales aux travailleurs (2 991 visites médicales pendant la période de référence).

Selon le rapport, l'entreprise, ou le secteur public ou privé, ne doivent être informés que des conclusions en relation avec l'aptitude des travailleurs à un poste de travail ou en relation avec la nécessité d'améliorer ou d'introduire des mesures de prévention et de protection. Le Comité prend note des notions des infractions établies dans la loi n° 34/2008, et note que l'infraction grave est sanctionnée par une amende d'entre 1 101€ et 10 000€, et l'infraction très grave par une amende entre 10 001€ et 100 000€.

En réponse à la question du Comité concernant la périodicité des visites médicales (Conclusions 2013), le rapport indique que l'article 5 du Règlement relatif aux services de santé au travail établit la périodicité suivante : (a) annuellement pour les travailleurs de moins de 18 ans et de plus de 55 ans ; (b) tous les 5 ans pour les travailleurs de moins de 30 ans ; (c) tous les 3 ans pour les travailleurs dont l'âge est compris entre 30 et 55 ans. Toutefois, les médecins spécialisés en médecine du travail peuvent établir des délais plus courts entre les visites médicales. Les travailleurs doivent se soumettre obligatoirement à une visite médicale lorsqu'ils réintègrent leur poste de travail après un congé de maladie de plus de six mois.

En outre, le rapport indique qu'en 2015, il y avait 81 techniciens supérieurs en prévention de risques professionnels inscrits au registre, dont 51 étaient inscrits dans les trois spécialités suivantes : ergonomie et psychosociologie appliquée, sécurité au travail et hygiène industrielle, 9 étaient inscrits dans deux spécialités et les 21 dans une spécialité.

Le Comité maintient sa précédente conclusion de conformité sur ce point. Vu le caractère progressif de l'obligation de l'article 3§4 de la Charte, il demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'accès aux services de santé au travail des travailleurs temporaires, intérimaires ou employés à durée déterminée, des travailleurs indépendants et à domicile.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, d'après l'OMS, l'espérance de vie estimée à la naissance en 2012 était de 83 ans (moyenne pour les deux sexes), en croissance depuis 2009 quand elle était de 82 ans. L'espérance de vie est plus élevée en Andorre que dans d'autres pays européens. Par exemple, l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 80,6 ans en 2015 pour les 28 États membres de l'Union européenne selon Eurostat.

Le Comité relève dans les données statistiques indiques dans le rapport que le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) est resté bas pendant la période de référence, c'est à dire 3.5 pour 1 000 habitants en 2015. Les mêmes données indiquent que la mortalité infantile était de 2.3 décès pour 1 000 naissances vivantes pendant la période de référence (passant de 3.6 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2008 à un taux de 3.7 en 2011). Le rapport indique également que la mortalité maternelle est de 0.

Le Comité a précédemment demandé des informations sur les principales causes de décès et sur les mesures prises pour lutter contre celles-ci. Le Comité relevé dans la dernière publication sur l'analyse des statistiques vitales 2011-2015 (Natalité et mortalité en Andorre) que le cancer et les maladies de l'appareil circulatoire représentent les causes de 60 % des décès. Il réitère sa demande des informations sur les mesures prises pour lutter contre ces maladies.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations et des données chiffrées sur l'espérance de vie à la naissance (moyenne des deux sexes confondus), le taux de mortalité et les principales causes de mortalité prématurée, ainsi que sur les mesures prises pour les combattre. Le Comité demande également que des informations relatives aux taux de mortalité infantile et maternelle figurent dans le prochain rapport.

Accès aux soins de santé

Pour une description détaillée du système andorran de soins de santé, le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013).

Le Comité a précédemment noté que le système andorran est un système à caractère mixte dans lequel cohabitent des structures publiques et privées qui mènent à terme des activités relatives à l'hygiène, la santé publique et l'assistance sanitaire individuelle et collective. Le patient peut choisir librement son prestataire de soins ou son praticien. Néanmoins le manque de critères pour accéder aux prestataires entraîne une utilisation peu rationnelle des services sanitaires, ne donne pas une image positive du médecin généraliste, provoque des listes d'attente chez les spécialistes et encourage une surconsommation de services de santé avec le coût qui en résulte. Le Comité a demandé si des mesures sont envisagées pour contrer ces inconvénients (Conclusions 2013). Le rapport indique que, prochainement, un médecin généraliste auprès duquel le patient sera enregistré sera promu, ainsi que le partage des dossiers médicaux. Ces deux éléments permettront de réguler l'accès aux soins, la coordination des services de différents niveaux et de prévenir la surconsommation des services. Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de ces mesures.

Le Comité a demandé à être informé des éventuelles réformes de la politique de santé. En particulier, s'il y a des projets pour améliorer la couverture et l'accès pour les chômeurs et les travailleurs informels pas assurés par la Caisse de la Sécurité Sociale (CASS) (Conclusions 2013). Le report indique que la modification de la loi de la sécurité sociale en 2015 prévoit que les chômeurs de 18 à 65 ans résidant en Andorre depuis 3 ans ou âgés de plus de 35 ans, ne recevant pas d'indemnités de chômage et ayant cotisé 36 mensualités à la CASS, puissent continuer de participer au système de sécurité sociale, avec

une cotisation réduite dans la branche générale qui donne une couverture aux cotisants et à ses ayants droit.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement. Il demande également que le prochain rapport contienne des informations sur les services et les traitements dentaires (par exemple, qui a droit à un traitement dentaire gratuit, les coûts pour les traitements principaux et la proportion des paiements payés par les patients).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité a précédemment pris note des campagnes d'éducation et de sensibilisation portant plus spécialement sur l'alimentation, la sexualité et la prévention du SIDA/VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (Conclusion 2013). Le présent rapport indique, à titre d'exemple, des actions menées à terme comme l'édition et la diffusion de différents guides comprenant des conseils utiles concernant l'alimentation et l'activité physique adressée à différents collectifs (population générale, personnes âgées, enfants et adolescents, femmes enceintes, femmes allaitantes et petite enfance), et la course du « Jour du sport pour tous » avec plus de 2600 finalistes, représentant plus de 3,5 % de notre population, dans le cadre de la semaine du sport pour tous.

Le Comité demande des informations actualisées dans le prochain rapport sur les campagnes ou initiatives concrètes/spécifiques visées à prévenir les comportements nocifs – tabagisme, consommation excessive d'alcool et usage de drogues – et à encourager le développement du sens de la responsabilité individuelle au sujet notamment des questions d'alimentation saine, de sexualité, ou encore d'environnement.

Dans ses conclusions précédentes le Comité a noté que l'éducation à la santé est assurée tout au long de la scolarité et est inscrite dans les programmes scolaires. En outre, en marge de la consultation individualisée dans les centres de santé ou dans les écoles d'enseignement secondaire et baccalauréat, les infirmières responsables du programme "Consulta Jove" réalisent des activités d'éducation sexuelle dans les écoles (Conclusions 2009 et 2013). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations mises à jour.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment relevé que des examens médicaux réguliers étaient prévus pour les femmes enceintes et les enfants (Conclusions 2013).

Le Comité a précédemment pris note du Plan oncologique, qui a mis en fonctionnement un programme de détection précoce du cancer du sein. Le Comité a demandé si, outre le programme susmentionné, il existe également d'autres programmes de dépistage des maladies constituant les principales causes de décès (Conclusions 2013). Le rapport indique que l'Andorre est en train de développer et disposer d'un programme de détection précoce du cancer du côlon. Le rapport ajoute qu'en 2014, l'Andorre a introduit la vaccination systématique des filles contre le VPH.

Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations à jour à ce sujet.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

Environnement sain

Le Comité a précédemment demandé des informations concernant la mise en œuvre de la législation, en donnant des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique et les tendances en la matière, ou sur les cas de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire pendant la période de référence (Conclusions 2013).

Le Comité prend note, d'après le rapport, des informations sur les cas de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire pendant la période de référence (2012-2015), ainsi que de la nouvelle règlementation. Il prend note également, dans les sources indiquées par le rapport, des bilans de la qualité de l'air, ainsi que la qualité de l'air en temps réel qui montrent une bonne situation. Le rapport fournit des informations sur les mesures prises pour garantir la protection et la qualité des eaux superficielles et de l'assainissement des eaux usées, ainsi qu'en matière de gestion des déchets.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les niveaux de pollution atmosphérique et les tendances en la matière, et sur les cas de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire pendant la période de référence.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Dans ses Conclusions 2013, compte tenu de manque d'informations pertinentes, le Comité a conclu que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures appropriées ont été prises pour lutter contre le tabagisme (Conclusions 2013).

En 2015 le Comité a examiné de nouveau la situation et a pris note de l'adoption, en 2012, de la loi n° 7/2012 relative à la protection contre le tabagisme passif. Cette loi interdit de fumer dans les établissements publics et parapublics, ainsi que dans les établissements privés et les zones de travail. Le Comité a demandé une nouvelle fois ce qu'il en est de la réglementation concernant les avertissements sanitaires sur les paquets de tabac, la publicité sur le tabac, la promotion et le parrainage en faveur du tabac et, entre-temps, il a réservé sa position sur ce point (Conclusions 2015). Le rapport mentionne de nouveau la loi de protection contre le tabagisme passif environnemental, et un Règlement instituant les critères que doivent respecter les salles pour fumeurs, le contrôle, la surveillance et la signalisation de ces salles, et les lieux où il est interdit de fumer. Le rapport mentionne aussi le Règlement régulant certains aspects de la vente et de la consommation de tabac. Le Comité réitère sa demande d'information sur la réglementation relative aux avertissements sanitaires sur les paquets de tabac et la publicité, la promotion et le parrainage du tabac.

Le Comité a demandé également quelles sont la législation et la politique en vigueur concernant la consommation d'alcool, notamment quel est l'âge minimum légal à partir duquel la vente de boissons alcoolisées est autorisée et si la publicité en faveur de l'alcool est soumise à des règles juridiquement contraignantes (Conclusions 2013). L'âge minimum légal pour la consommation de tabac et d'alcool est de 18 ans. Le rapport fournit des informations sur les Règlements sur certains aspects de la vente et de la consommation de boissons alcoolisées et de tabac. Le Comité prend note du rapport des données relatives à la consommation de tabac et l'alcool provenant du Sondage National de la Santé en Andorre 2011 (ENSA 2011).

Le Comité a précédemment demandé des informations chiffrées sur les tendances de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues (Conclusions 2013). Le rapport fournit des données sur la consommation de tabac et d'alcool pour 2011 (en dehors de la période de référence). Le Comité note d'après le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de

tabagisme (2017) que en 2015 la prévalence du tabagisme était de 38.2 % chez les hommes, 29 % chez les femmes et 33.7 % pour les deux sexes. Il demande que le prochain rapport fournisse des statistiques ou des informations à jour sur les tendances relatives à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), le Comité a noté que le Département de la santé est chargé de surveiller l'incidence des maladies transmissibles et qu'il existe un programme spécifique pour la prévention et le contrôle de la tuberculose (PPCT) dont l'objectif général est de réduire l'incidence de la maladie et la prévalence de l'infection tuberculeuse. Le Comité a demandé à être informé des résultats de ce programme.

Le Comité prend note du rapport de résultats du programme contenant les données de l'année 2015 et les données d'évolution de 1997 à 2015. Le taux d'incidences par quinquennat a baissé depuis le quinquennat 1997-2001 (15,2 pour 100.000 habitants) au quinquennat 2011- 2015 (6,4 pour 100.000 habitants).

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations et des chiffres à jour concernant les taux de couverture vaccinale.

Accidents

Dans ses Conclusions 2013, compte tenu de manque d'informations pertinentes, le Comité a conclu que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures appropriées ont été prises pour la prévention des accidents (Conclusions 2013).

En 2015, le Comité a pris note des mesures mises en œuvre pour prévenir les accidents routiers, notamment des actions de sensibilisation. Cependant, le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des données actualisées sur le nombre d'accidents et les taux de mortalité, notamment en ce qui concerne les accidents de la route et les accidents domestiques, et, entre-temps, il a réservé sa position sur ce point (Conclusions 2015).

Le rapport indique que la sécurité, la prévention des accidents et les premiers secours sont les sujets abordés dans le cadre du programme d'éducation pour la santé que suivent tous les centres scolaires du pays. De même, tous les centres scolaires font de l'éducation routière, à travers un programme auquel participent tous les enfants scolarisés de 4 à 16 ans. Les centres scolaires proposent également une formation aux premiers secours. Dans le Cadre du Plan national contre les toxicomanies, la prévention des accidents associés à la consommation de ces substances est également abordée.

Le Comité demande une nouvelle fois que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents (les principaux accidents pris en compte étant les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs), ainsi que des données actualisées sur le nombre d'accidents et les taux de mortalité. 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.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre, ainsi que dans l'addendum au rapport transmis le 10 novembre 2017.

En ce qui concerne les prestations de **maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives à l'article 8§1.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité avait pris note de la réorganisation en novembre 2009 de la Caisse Andorrane de la Sécurité Sociale (CASS). Il note d'après la publication "L'Andorre en chiffres, 2015" du Département des statistiques d'Andorre que l'affiliation à la CASS est obligatoire pour tous les travailleurs salariés, pour les salariés assimilés et, depuis novembre 2012, pour les travailleurs exerçant une activité pour leur propre compte. D'après les informations disponibles dans la publication susmentionnée, ainsi que d'après le CLEISS, le financement est reparti entre salariés et employeurs en ce qui concerne les soins de santé, la maladie, le chômage, la vieillesse, la maternité, l'invalidité et les survivants, tandis que le système de prestations familiales est financé par le budget de l'État.

Le système de sécurité sociale comporte une branche générale (prestations d'incapacité temporaire – y compris en cas d'accidents du travail ou maladie professionnelle, maternité, invalidité, survivants) et une branche retraite (pensions de retraite et de veuvage). Il est rappelé dans le rapport que, depuis 2009, il existe une allocation chômage involontaire, qui ne relève pas du régime de sécurité sociale mais de l'assistance sociale, conformément au règlement régulateur des prestations économiques d'assistance sociale du 18 septembre 2013. La branche famille, établie également en 2009, est gérée depuis 2014 directement par le Ministère des Affaires Sociales.

Selon les statistiques officielles (Département de statistiques d'Andorre), la population dans son ensemble était estimée en 2015 à 71 732 personnes, la population d'âge comprise entre 15 et 65 ans était estimée à 55 806 personnes, dont 38 751 salariés et 545 chômeurs. En 2014, lorsque la population était estimée à 70 570 personnes, le taux d'activité était de 74.4 %, soit une population active de 52 504 personnes.

Le Comité a précédemment noté que le système de sécurité sociale de l' Andorre ne prévoit pas de couverture universelle. En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), le rapport indique que le taux de couverture de la branche santé, par rapport à l'ensemble de la population, était en 2015 de 83,9 % et il précise que, suite à une modification législative en 2015, les chômeurs peuvent continuer à participer, sous certaines conditions, au système de sécurité sociale, avec une cotisation réduite à la branche générale qui donne une couverture des prestations sanitaires aux cotisants et à leurs ayants droits. Le Comité demande que le prochain rapport explique quelles sont les catégories de personnes exclues de la couverture santé.

Le rapport indique également que le taux de couverture par rapport à la population active était de 82,04 % pour l'assurance maladie et de 24,91 % pour l'assurance vieillesse. Le Comité note qu'un taux de couverture aussi bas ne semble pas compatible avec l'information selon laquelle tous les travailleurs salariés, assimilés et indépendants sont obligatoirement affiliés à la branche vieillesse de la CASS. Il demande par conséquent que le prochain rapport clarifie ce point. Par ailleurs, le rapport ne fournit pas d'informations sur la couverture des branches prestations familiales, maternité, accidents de travail et maladies professionnelles, invalidité et survivants.

Le Comité rappelle que pour être conforme à l'article 12§1 de la Charte, le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population pour 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 de la population active s'agissant des indemnités de maladie, des prestations de maternité et de chômage, des pensions de vieillesse et invalidité et des prestations en cas d'accidents de travail ou de maladie professionnelle. Le Comité demande que des données pertinentes relatives au taux de couverture de chaque branche soient systématiquement fournies dans tous les prochains rapports, à savoir le pourcentage d'assurés par rapport à la population totale en ce qui concerne la couverture santé et prestations familiales et le pourcentage d'assurés par rapport à la population active en ce qui concerne les branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité, maternité, chômage, vieillesse et survivants. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Caractère suffisant des prestations

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 12§1, le montant des prestations servies en remplacement des revenus doit se situer dans une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu et ne doit jamais tomber en deçà du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat. Si la prestation en question se situe entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté, d'autres prestations, y compris d'assistance sociale, seront prises en compte, tandis qu'un niveau de prestation inférieur à 40 % du revenu médian ajusté est manifestement insuffisant, et donc son cumul avec d'autres prestations ne peut pas rendre la situation conforme à l'article 12§1. Faute d'indicateur Eurostat concernant le revenu médian ajusté, le Comité relève d'après le rapport que depuis 2014, le seuil de référence pour établir le minimum vital est le Seuil économique de cohésion sociale (LECS), dont le montant est équivalent à celui du salaire minimum, qui était fixé à 962€ en 2015. Le Comité comprend, d'après le rapport, que le LECS corresponds à 60 % de la moyenne des revenus par unité de consommation, ce qui correspond de manière approximative au seuil de risque de pauvreté Eurostat fixé à 60 % du revenu médian ajusté. Par conséquent, dans l'évaluation du caractère adéquat des prestations, le Comité tiendra compte, sur la base du LECS, des seuils correspondant respectivement à 50 % et 40 % des revenus moyens, à savoir 802€ et 641€.

En l'absence d'informations sur le montant minimum des prestations, le Comité a ajourné ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), en précisant que si ces informations ne figureraient pas dans le rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à la Charte. Le Comité constate que le rapport ne fournit toujours pas d'informations sur le montant minimum, mais il indique le taux de remplacement prévu.

Sur la base de ces informations, le Comité note que le niveau des prestations **maladie** correspond, pendant les 30 premiers jours, à 53 % du salaire moyen des 12 mois précédant l'arrêt de travail pour les travailleurs salariés. Sur la base du salaire minimum, le Comité note que le montant minimum serait de 510€, ce qui est manifestement insuffisant par rapport au seuil de pauvreté fixé à 40 % des revenus moyens.

Lorsque l'incapacité temporaire résulte d'un **accident de travail** ou une **maladie professionnelle**, le niveau d'indemnisation correspond, pendant les 30 premiers jours d'arrêt, à 66 % du salaire moyen des 12 mois précédant l'arrêt de travail. Sur la base du salaire minimum, le Comité note que le montant minimum serait de 635€, ce qui reste manifestement insuffisant par rapport au seuil de pauvreté fixé à 40 % des revenus moyens.

S'agissant des prestations d'**invalidité**, lorsque l'invalidité ne résulte pas d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, le rapport indique que la base de calcul correspond à la pension théorique de retraite et qu'elle dépend de la capacité résiduelle de travail. Le Comité note d'après CLEISS que, pour une personne ne pouvant plus exercer aucune activité professionnelle (catégorie 2), la prestation d'invalidité correspond à 100 % du salaire/revenu moyen. Sur la base du salaire minimum, le Comité considère que ce montant est conforme à la Charte.

En ce qui concerne la pension de **vieillesse**, le Comité renvoie à son appréciation dans le cadre de l'article 23 (conformité).

En ce qui concerne l'allocation **chômage** involontaire, dans la mesure où le système andorran de sécurité sociale ne prévoit pas de prestation contributive, le Comité renvoie à son évaluation de l'assistance sociale dans le cadre de l'article 13§1.

Etant donné que l'Andorre n'a pas accepté l'article 16, le Comité examine dans le cadre de l'article 12§1 le caractère suffisant des **prestations familiales**. Le Comité note, d'après le rapport, que les prestations familiales sont servies aux assurés ayant à charge des enfants de moins de 18 ans ou 25 ans en cas de poursuite d'études et sous conditions de résidence (7 ans de résidence continue en Andorre) et de revenus (revenu mensuel inférieur au LECS, majoré d'un pourcentage qui dépend de la composition de la famille). Le montant de la prestation correspond à 10 % du LECS par enfant (20 % en cas d'enfant handicapé). Le rapport indique que pendant la période de référence (de 2012 à fin 2015) 1463 enfants ont bénéficié de ces allocations, pour un montant total de 1 472 948€. Le Comité estime que le montant de ces prestations est conforme à la Charte.

Le Comité demande que le prochain rapport présente des informations actualisées concernant le seuil de pauvreté, le salaire minimum, la valeur nette du revenu moyen ajusté et le niveau minimum des prestations versées en remplacement des revenus (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et invalidité) ainsi que le montant des prestations familiales.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des indemnités de maladie est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations versées en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle 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 l'Andorre.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT relative à la sécurité sociale, soit au moins six des neuves parties, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux parties et la vieillesse pour trois).

Le Comité note que l'Andorre n'a ratifié ni le Code européen de sécurité sociale, ni la Convention n° 102 de l'OIT. Par conséquent, faute de pouvoir prendre en considération d'autres sources, telles que les résolutions du Comité des Ministres sur la conformité des Etats liés par le Code, il lui faut faire sa propre évaluation en se fondant sur les informations fournies dans le rapport.

Le Comité rappelle qu'afin de lui permettre d'apprécier si le régime de sécurité sociale est d'un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code, des informations doivent lui être communiquées concernant les branches couvertes, le champ d'application personnel et le niveau des prestations servies.

Le Comité renvoie à son appréciation relative à l'article 12§1 dans laquelle il relève que le système de sécurité sociale est structuré en branche générale (prestations d'incapacité temporaire y compris les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, de maternité, d'invalidité et de survivants), la branche des retraites (pensions de retraite et de veuvage) et la branche des prestations familiales. Une allocation chômage involontaire existe qui ne relève pas du régime de sécurité sociale mais de l'assistance sociale.

S'agissant du champ d'application personnel, le Comité se réfère à sa demande sous l'article 12§1, que des données pertinentes relatives au taux de couverture de chaque branche soient systématiquement fournies dans les rapports, et entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Le Comité renvoie à son appréciation relative à l'article 12§1 selon laquelle les montants minimum des indemnités de maladie et des prestations versées en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle sont manifestement insuffisants.

Le Comité renvoie également à son appréciation relative à l'article 12§1 selon laquelle les niveaux de prestations d'invalidité et de prestations familiales sont conformes, ainsi qu'à sa conclusion de conformité relative à l'article 23. En outre, le Comité se réfère à son appréciation de l'assistance sociale relative à l'article 13.1 selon laquelle la situation est conforme en ce qui concerne le niveau des prestations, dans l'attente des informations sur l'admissibilité à l'assistance sociale et le montant de la prestation de base. Le Comité tient compte également de son appréciation (Conclusion 2015) relative à l'Article 8§1, selon laquelle la situation est en conformité dans l'attente des informations concernant le montant minimum des prestations de maternité par rapport au seuil de pauvreté. A la lumière de ces éléments, dans l'attente des informations demandées, le Comité considère que l'Andorre maintient un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre, ainsi que dans l'addendum au rapport transmis le 10 novembre 2017.

Il renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système andorran de sécurité sociale. L'Andorre ayant ratifié l'article 8§1 de la Charte, le Comité appréciera la portée et l'impact des changements opérés dans le domaine des prestations de maternité lorsqu'il se prononcera sur la conformité de la situation au regard de cet article.

En ce qui concerne les autres branches de la sécurité sociale, le Comité prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence. Le rapport et son addendum mentionnent en particulier les améliorations suivantes :

- depuis 2012, l'affiliation à la sécurité sociale est obligatoire pour les travailleurs indépendants ;
- depuis septembre 2014, les allocations familiales sont versées à partir du premier enfant au lieu du deuxième (Loi 6/2014 du 24 avril 2014) ;
- depuis 2015, la couverture santé a été étendue à certaines catégories d'inactifs, suite à une modification législative qui permet aux personnes de 18 à 65 ans résidant en Andorre depuis 3 ans ou âgées de plus de 35 ans et ayant cotisé 36 mensualités à la Caisse andorrane de sécurité sociale (CASS), qui ne travaillent pas et ne reçoivent pas d'indemnités de chômage de continuer à participer au système de sécurité sociale, avec une cotisation réduite à la branche générale qui donne une couverture des prestations sanitaires aux cotisants et à leur ayants droit.

Le Comité note par ailleurs que, d'après ISSA (Association internationale de sécurité sociale), le système par répartition du régime des pensions public aurait été reformé en 2014 ; en particulier le nombre d'années minimum de cotisation aurait été porté de 13 à 15, les pensions les plus élevées auraient été réduites et une pension non contributive aurait été instaurée. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse toute information utile sur ce point.

Le Comité rappelle que l'article 12§3 exige des États parties qu'ils améliorent leur système de sécurité sociale. Par conséquent, une situation qui révèle des progrès peut s'avérer conforme à l'article 12§3 même si les niveaux d'exigence requis par les articles 12§1 et 12§2 n'ont pas été atteints ou si ces dispositions n'ont pas été acceptées. L'élargissement des dispositifs, la protection contre de nouveaux risques ou l'augmentation des prestations sont autant d'exemples de progrès. Une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3. L'appréciation de la situation dépend de la nature des changements apportés (champ d'application, conditions d'octroi des prestations, montants des prestations, etc.), des raisons avancées pour justifier les changements et de la politique sociale et économique dans laquelle ils s'inscrivent, de l'étendue des changements apportés (catégories et nombre de personnes concernées, montant des prestations avant et après le changement), de la nécessité de la réforme, de l'existence de mesures d'assistance sociale destinées aux personnes qui se trouvent dans le besoin en raison de ces changements (ces informations peuvent être soumises dans le cadre de l'article 13) et des résultats obtenus grâce à ces changements. En revanche, lorsque l'effet cumulé des restrictions entraîne une dégradation significative du niveau de vie et des conditions de vie de certains groupes de la population, il peut y avoir violation de l'article 12§3 de la Charte. Même si les mesures restrictives prises séparément sont conformes à la Charte, leur effet cumulé, avec les procédures adoptées pour les mettre en place, peut constituer une violation du droit à la protection sociale. Des mesures visant à consolider les finances publiques peuvent être jugées nécessaires pour garantir le maintien et la durabilité du régime de sécurité sociale. Cependant, les modifications ne doivent pas porter atteinte à la protection sociale effective des citoyens contre les risques sociaux et

économiques, et ne doivent pas réduire le système de sécurité sociale à un simple système d'assistance sociale. En tout état de cause, toute modification du système de sécurité sociale doit assurer le maintien d'un système de sécurité sociale de base suffisamment étendu.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité demande que le prochain rapport l'informe de tout changement qui aurait été apporté au système de sécurité sociale pendant la période de référence, en précisant quel a été l'impact de ces changements sur le champ d'application personnel du système et sur les niveaux minima des prestations servies en remplacement des revenus. De telles informations doivent figurer dans chaque rapport relatif à l'article 12§3 afin que le Comité puisse se prononcer sur la conformité de la situation avec la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

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

Droit à l'égalité de traitement

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé si et comment est garantie l'égalité de traitement pour les ressortissants étrangers, non couverts par des accords bilatéraux, travaillant régulièrement ou résidant légalement sur le territoire andorran. Le rapport indique, à cet égard, que toute personne qui travaille en Andorre, quelle que soit sa nationalité, doit être inscrite au régime de sécurité sociale et bénéficie, à cet égard**,** des avantages du système.

Le Comité note cependant que certaines prestations et allocations sont assujetties à certaines conditions de résidence comprises entre trois et dix ans :

- l'allocation de solidarité pour les personnes âgées nécessite une durée de résidence sur le territoire andorran d'au moins dix ans, précédant immédiatement l'âge légal minimal pour accéder à la retraite ordinaire exigée par la Loi de la sécurité sociale, ou à 60 ans si la personne effectuant la demande touche une allocation de veuvage de la sécurité sociale ;
- l'allocation de solidarité pour les personnes handicapées, l'indemnité pour enfant à charge et l'aide à la résidence exigent une durée de résidence d'au moins sept ans ; et
- les prestations techniques et technologiques exigent une durée de résidence d'au moins trois ans.

Le Comité rappelle que, s'agissant de prestations non contributives, l'annexe à l'article 12§4 admet que l'on impose aux étrangers une condition de durée de résidence, à condition que la durée de résidence requise soit proportionnée à l'objectif poursuivi (Conclusion XIII-4, Danemark).

Toutes les prestations précitées sont non contributives ; néanmoins, étant donné que les allocations de solidarité pour les personnes âgées et handicapées sont des prestations de base, le Comité considère les durées exigées – dix et sept ans – excessives.

Le Comité relève, dans la base de données du CLEISS, que cette durée de résidence de dix ans ne s'applique pas aux ressortissants français et ce, conformément à l'accord bilatéral conclu entre l'Andorre et la France. Le Comité demande si les ressortissants espagnols et portugais sont également exemptés de cette condition.

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, Conclusions 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).

À cet égard, le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2013) si tous les enfants résidant en Andorre, quelle que soit leur nationalité, ouvrent un droit aux prestations familiales, s'il existe une « condition de résidence de l'enfant » et, si tel était le cas, si l'Andorre a l'intention de conclure dans un délai raisonnable des accords bilatéraux ou multilatéraux avec les États qui appliquent un principe différent pour l'admission au bénéfice de ces prestations (Albanie, Arménie, Géorgie et Turquie). Le rapport indique que tous les enfants résidant en Andorre et ce, quelle que soit leur nationalité, bénéficient, par

l'intermédiaire de leurs parents, lesquels sont, au regard de la sécurité sociale andorrane, les bénéficiaires réels, de prestations familiales. Le Comité comprend que l'Andorre n'exige pas des enfants qu'ils résident sur son territoire pour le versement des prestations familiales. Il demande que le prochain rapport confirme cette analyse et, entre-temps, réserve sa position sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité a, dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), demandé si et comment la conservation des avantages acquis est garantie pour les ressortissants des autres États parties, non couverts par des accords bilatéraux, résidant légalement ou travaillant régulièrement sur le territoire andorran. Le rapport indique que la conservation des avantages est seulement garantie pour les ressortissants des États avec lesquels il existe des accords bilatéraux, à savoir l'Espagne, la France et le Portugal. Le Comité prend note de ces informations mais considère néanmoins qu'il n'est pas établi que la conservation des avantages acquis soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties.

Le Comité rappelle que les États parties à la Charte ont, en vertu de l'article 12§4, l'obligation de conclure des accords multilatéraux ou bilatéraux, ou de prendre des mesures unilatérales pour assurer le droit à la conservation des avantages acquis quels que soient les déplacements de l'intéressé. Il demande que le prochain rapport présente des informations sur les accords envisagés, si tant est que cela soit le cas, et dans quels délais ils pourraient être conclus.

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

Le Comité a, dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), demandé si la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi des ressortissants des États parties qui ne sont pas liés par un accord conclu avec l'Andorre est garantie. Le rapport indique que la totalisation des périodes d'assurance est seulement garantie pour les ressortissants des États avec lesquels il existe des accords bilatéraux, à savoir l'Espagne, la France et le Portugal. Le Comité prend note de ces informations mais considère néanmoins qu'il n'est pas établi que le droit au maintien des droits en cours d'acquisition soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties.

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 exige, 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 de pro rata pour l'admission au bénéfice, le calcul et le versement de ces prestations.

Les États parties peuvent choisir, afin de garantir le maintien des droits en cours d'acquisition, entre plusieurs moyens : conventions multilatérales, accords bilatéraux, ou mesures unilatérales, législatives ou administratives. Les États parties qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait suffisamment d'efforts pour assurer le maintien de ces droits.

Le Comité demande que le prochain rapport présente des informations sur les accords éventuellement envisagés et dans quels délais ils pourraient être conclus.

Conclusion

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

- l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- il n'est pas établi que la conservation des avantages acquis soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- il n'est pas établi que le droit au maintien des droits en cours d'acquisition soit 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 l'Andorre.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le rapport suivant précise les critères d'octroi de l'assistance sociale.

Le Comité prend note de la loi n° 6/2014 du 24 avril en matière de services sociaux et socio-sanitaires qui, selon le rapport, constitue un pas en avant significatif dans l'organisation et la consolidation du système de protection sociale andorran, en ce qu'il met en place tout un ensemble de prestations qui complètent celles établies par la règlementation de sécurité sociale.

Le système de protection sociale andorran pour les personnes dans le besoin est axé sur l'octroi aux groupes vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, familles et enfants) de prestations périodiques, de prestations occasionnelles destinées à répondre à des besoins essentiels, ainsi que d'aides d'urgence ponctuelles. Dans cette approche, le seuil économique de cohésion sociale (LECS) occupe une place primordiale. Il s'agit d'une référence objective qui est utilisée pour déterminer si une personne ou une famille peut avoir besoin d'aide pour prévenir des situations de besoin ou de marginalisation sociale – ou pour y remédier -, ou pour bénéficier de certains services et programmes d'aide sociale prévus par la loi n° 6/2014.

Outre les trois catégories susmentionnées (personnes handicapées, personnes âgées et familles), la loi n° 6/201 entend répondre à de nouveaux besoins, plus complexes. Elle propose ainsi des formes d'assistance occasionnelle pour les personnes en situation de besoin, qui consistent en des aides pécuniaires en rapport avec les droits fondamentaux – aides destinées à faire face à des situations de précarité ou pour faciliter l'accès au logement, par exemple.

La loi n° 6/2014 fixe les critères d'octroi des prestations et leurs montants. Elle vise à assurer la complémentarité des prestations de sécurité sociale et des aides allouées au titre de l'assistance sociale afin de garantir des prestations pécuniaires d'un niveau suffisant (pour subvenir aux besoins essentiels de personnes ou de familles qui, en raison de leur handicap, de leur âge avancé ou d'autres circonstances), ne peuvent pas travailler ou ont une autonomie limitée).

Pour garantir cette complémentarité, la loi n° 6/2014 a instauré un système de compatibilité. Le Comité relève ainsi que les allocations de solidarité sont compatibles avec d'autres allocations servies par l'Etat, ainsi qu'avec les allocations versées par la Caisse andorrane de sécurité sociale ou d'autres entités, dans la mesure où le total des revenus perçus par l'intéressé, y compris l'allocation de solidarité, ne dépassent pas le seuil économique de cohésion sociale. *Les aides occasionnelles sont compatibles avec d'autres aides, même si elles peuvent être complétées à hauteur du montant maximal établi.*

Le LECS (seuil économique de cohésion sociale) est calculé en fonction du taux de pauvreté ; sont ici concernées les personnes ou familles ayant des revenus inférieurs à 60 % de la moyenne des revenus par unité de consommation en Andorre. Le montant du LECS (correspondant au seuil de risque de pauvreté fixé par Eurostat à 60 % du revenu médian ajusté) est très proche du salaire minimum. Aussi le nouveau programme d'assistance sociale approuvé le 18 septembre 2013 a-t-il unifié le LECS et le salaire minimum. Le salaire minimum officiel semble être beaucoup plus proche du salaire minimum vital, qui est celui dont doit disposer une personne ou une famille pour répondre aux besoins essentiels de l'être humain, comme l'alimentation, le logement, les vêtements, l'éducation, la santé, les loisirs ou les transports.

Selon le rapport, la loi n° 6/2014 a par conséquent représenté une grande avancée en ce qu'elle a permis de structurer et d'organiser un réseau de protection qui complète les prestations de sécurité sociale et instaure un ensemble de droits visant à garantir des conditions de vie dignes, grâce à la consolidation d'un revenu minimum pour les personnes handicapées et les personnes âgées équivalent au LECS, dont le montant correspond au salaire minimum (962 € par mois en 2015). Le Comité prend note des allocations de solidarité versées en 2015, du montant total des sommes attribuées aux personnes handicapées et aux personnes âgées, ainsi que du nombre de bénéficiaires.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13 de la Charte, le système d'assistance sociale doit être universel, c'est-à-dire que « toute personne » doit pouvoir obtenir des prestations au seul motif qu'elle est en situation de besoin. Il n'en sera pas moins proposé le cas échéant des prestations spécifiques pour les catégories les plus vulnérables de la population (les personnes handicapées, les personnes âgées et les enfants, par exemple), tant que d'autres personnes n'entrant pas dans ces catégories, mais se trouvant toujours en situation de besoin, ont-elles aussi droit à une assistance appropriée. L'article 13 considère que l'assistance sociale constitue un droit subjectif pour toute personne sans ressources. Un seuil précis doit être défini par la loi, en-deçà duquel une personne est considérée comme étant en situation de besoin et un noyau commun de critères sous-tendant l'octroi de prestations doit être fixé. Le texte de l'article 13§1 indique clairement que ce droit à l'assistance sociale constitue un droit individuel d'accès à l'assistance sociale dès lors que la condition première pour en bénéficier est remplie, ce qui est le cas lorsque l'intéressé n'a pas d'autre moyen de se procurer un revenu minimum conforme à la dignité humaine. Le Comité demande que le prochain rapport confirme que toute personne sans ressources a droit à l'assistance sociale au sens de l'article 13, au titre de la loi n° 6/2014.

Niveau des prestations

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

- Prestation de base : le Comité comprend que le LECS sert à déterminer l'existence d'une situation de besoin et représente le revenu minimum garanti. Il comprend également qu'il constitue le seuil retenu comme critère de ressources pour l'octroi de l'assistance sociale. Il comprend par ailleurs que ceux dont les revenus sont inférieurs au LECS perçoivent, au titre de l'assistance sociale, une somme correspondant à la différence entre leurs ressources et ledit seuil. Le Comité demande que le prochain rapport confirme qu'il en est bien ainsi.
- Prestations complémentaires : le Comité demande à combien s'élèvent les autres prestations que peut se voir octroyer une personne seule sans ressources bénéficiant de l'assistance sociale de base (allocation de logement et de chauffage, allocation pour les transports, par exemple).
- Seuil de pauvreté : le Comité relève dans le rapport que, depuis 2014, la valeur de référence pour le calcul du minimum vital est le LECS, dont le montant équivaut au salaire minimum (962 € en 2015). Le Comité comprend que le LECS correspond à 60 % du revenu médian ajusté (taux de risque de pauvreté établi par Eurostat). L'appréciation du Comité repose sur un taux de 50 % du revenu médian ajusté, lequel était de 802 € en 2015.

Le Comité considère que l'assistance sociale est globalement d'un niveau supérieur au seuil de pauvreté fixé par Eurostat. Dans l'attente d'une réponse à sa question concernant les conditions d'octroi de l'assistance sociale et le montant de la prestation de base, le Comité juge la situation conforme à la Charte pour ce qui est du niveau des prestations.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur le droit de recours et l'assistance judiciaire.

Champ d'application personnel

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§1, les États se doivent d'offrir 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 considère que les personnes en situation irrégulière sur le territoire d'un État sont aussi couvertes par l'article 13§1, et non par l'article 13§4, comme c'était le cas dans sa pratique précédente.

Le Comité examine dorénavant 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

Conformément à la loi n° 6/2014, les familles menacées d'exclusion ou de dépendance ont accès aux services sociaux et socio-sanitaires. L'article 5 de ladite loi dispose que, pour bénéficier de ces services, ceux qui en font la demande doivent apporter la preuve qu'ils résidaient légalement et effectivement en Andorre à la date du dépôt de la demande et qu'ils y résident pendant la durée de jouissance des droits en question. Le Comité note par ailleurs que, dans certains cas, une intégration minimale dans le pays est exigée, le critère d'appréciation étant en l'espèce une durée de résidence déterminée.

Le Comité a noté dans sa précédente conclusion que la condition de durée de résidence à laquelle était subordonné l'octroi des prestations de base avait été entièrement supprimée. Le Comité demande si la loi n° 6/2014 institue une condition de durée de résidence supplémentaire.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013 et 2015) relatives à l'article 13§4, le Comité a estimé qu'il n'était pas établi que tous les ressortissants étrangers en situation irrégulière aient droit à une assistance sociale et médicale d'urgence.

S'agissant de l'assistance médicale, le Comité a relevé dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015) qu'aux termes de l'article 8 c) de la loi générale sur la santé modifiée en date du 23 janvier 2009, les étrangers non- résidents dépourvus de couverture maladie pouvaient bénéficier gratuitement d'une aide médicale d'urgence. Il demande que le prochain rapport précise si cette disposition – ou un autre texte de loi – permet aux étrangers non- résidents en situation irrégulière d'obtenir gratuitement une assistance médicale d'urgence.

Concernant l'assistance 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 de veiller à ce que ce droit soit rendu effectif également dans la 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. Il a considéré que, même s'il

veut tenir les objectifs actuels de la politique migratoire, le Gouvernement dispose de moyens moins lourds pour ce qui est de l'assistance d'urgence accordée à ceux qui ont dépassé la durée de séjour qui leur avait été légalement autorisée (réclamation n° 90/2013, Conférence des Eglises européennes (CEC) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a relevé que la loi n° 6/2014 du 24 avril 2014 prévoyait la possibilité de dispenser aux étrangers en situation irrégulière une assistance sociale d'urgence pour une durée habituellement de sept jours mais pouvant être prolongée si nécessaire afin de permettre leur retour en toute sécurité dans leur pays d'origine. Il a cependant noté que la loi n° 6/2014 ne prévoyait d'octroyer aux étrangers en situation irrégulière qu'une aide financière occasionnelle pour faire face à des difficultés pressantes ne leur permettant plus d'assurer leur subsistance (article 5§4). Il a en outre relevé que les étrangers en situation irrégulière avaient droit à ce que des informations et conseils leur soient donnés par les équipes qui dispensent les soins de santé de première ligne (*equips d'atenció primària*) (article 28§1(d) de la loi n° 6/2014) ; il a demandé ce que signifiait exactement cette disposition et s'il fallait entendre par là que les étrangers en situation irrégulière pouvaient bénéficier d'un diagnostic et d'un traitement dans les unités assurant la première prise en charge socio-sanitaire.

Le Comité constate que le rapport ne donne aucune information quant aux modalités retenues pour satisfaire, en droit et en fait, à ces obligations. Il renouvelle par conséquent son précédent constat de non-conformité, au motif qu'il n'est pas établi que tous les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire andorran aient droit à une assistance sociale et médicale d'urgence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les ressortissants étrangers non-résidents en situation irrégulière sur le territoire andorran aient droit à une assistance sociale et médicale d'urgence.

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 l'Andorre.

Le Comité a noté dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013) que la Constitution andorrane garantissait à tous les nationaux le droit de vote et un droit égal d'accès aux fonctions et charges publiques. Ce droit ne peut faire l'objet d'aucune restriction en raison de l'admission au bénéfice de prestations servies au titre de l'assistance sociale ou médicale.

Le Comité note que la loi n° 6/2014 du 24 avril 2014 en matière de services sociaux et socio-sanitaires, qui fixe le cadre juridique relatif à l'accès aux prestations et programmes d'assistance, garantit également que les citoyens ne souffrent pas d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux. Cette loi énonce les droits et obligations des bénéficiaires, fixe l'offre de services sociaux à prévoir, et détermine les critères à suivre pour coordonner les actions et utiliser au mieux les moyens disponibles.

Le Comité demande que le prochain rapport fasse le point sur la question de savoir si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant toute discrimination dans l'exercice des droits politiques ou sociaux sont interprétées, dans les faits, de manière à éviter que le fait de bénéficier d'une assistance sociale ou médicale ne constitue un motif de discrimination.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

L'article 3 de la loi n° 6/2014 du 24 avril 2014 en matière de services sociaux et socio-sanitaires prévoit la mise en place de services sociaux dont l'objectif est d'élaborer des programmes d'assistance sociale et médicale qui puissent répondre aux besoins des individus et familles menacés d'exclusion ou de dépendance. L'article 17 de ladite loi dispose que le rôle des services sociaux est notamment d'informer, conseiller et guider les familles et groupes d'individus quant aux ressources mises à leur disposition en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que dans d'autres domaines de la protection sociale (éducation, sécurité sociale, emploi et logement), et de leur expliquer les droits et obligations que leur confère le système de sécurité sociale.

Le rôle des services sociaux est aussi de repérer des situations comportant un risque d'exclusion sociale pour ensuite engager des actions préventives sur le plan individuel, familial ou communautaire et voir comment évoluent ces situations. Les services sociaux participent et coopèrent au processus de réinsertion, d'inclusion et de promotion des individus, des familles et des groupes communautaires. Ils sont dispensés gratuitement.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

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

Le Comité 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 (réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 13§1 concernant les ressortissants étrangers en situation irrégulière et demande que le prochain rapport contienne des informations concernant l'assistance sociale et médicale d'urgence fournie aux ressortissants étrangers sans ressources qui se trouvent sur le territoire andorran en situation irrégulière.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Andorre.

Organisation des services sociaux

L'organisation des services sociaux de l'Andorre est régulée par la loi 6/2014 du 24 avril 2014 relative aux services sociaux et médico-sociaux (*Llei 6/2014 de serveis socials i sociosanitaris*).

Cette loi prévoit que les services sociaux et médicosociaux sont fournis afin d'assister l'ensemble de la population et en particulier ceux qui ont besoin de protection sociale ou un risque d'exclusion sociale et n'ont pas les moyens ou ressources personnelles ou familiales pour faire face à la situation. La loi prévoit qui sont les détenteurs de droits et devoirs et vise à organiser et structurer le système des services sociaux et médicosociaux, établit le cadre de la participation des acteurs publics et privés, le portefeuille services sociaux et médicosociaux spécifiques, et définit les critères pour coordonner les actions et optimiser les ressources.

Accès égal et effectif

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a réitéré sa demande d'explications plus précises sur la manière dont les décisions relatives à l'octroi des services sociaux sont prises, ainsi que sur les voies de recours juridictionnelles offertes à toute personne contre une décision défavorable sur une demande d'intervention d'un service social.

Le rapport indique que les décisions sont prises en fonction de critères et conditions requises établis et définis pour chaque prestation, programme ou service demandé, conformément à la Loi 6/2014 et au Décret portant approbation du Règlement du 18 mai 2016 relatif aux prestations financières des services sociaux et médicosociaux (*Decret d'aprovació del Reglament regulador de les prestacions econòmiques de serveis socials i sociosanitaris*), qui est entré en vigueur le 1er septembre 2016, (hors période de référence). L'un des principes directeurs de cette loi est son approche centrée sur la personne.

Le rapport précise que les compétences nationales en matière de services sociaux ont été attribuées au Ministère des Affaires sociales, de la Justice et de l'Intérieur avec la participation des *comuns*. Les *comuns* doivent promouvoir et faciliter l'accès aux prestations techniques relevant de leurs compétences, dans les limites des budgets affectés, et fournir ces prestations directement ou par l'intermédiaire d'organismes collaborateurs. À cet effet, les *comuns* doivent aider les familles ou les individus ne disposant pas de ressources suffisantes à prendre en charge les tarifs publics des services relevant de leurs compétences. Conformément à l'article 35 de la Loi 6/2014, le Gouvernement, peut déléguer aux *comuns* la gestion des prestations techniques de l'aide sociale de premier niveau et de l'aide à domicile. Afin d'établir une coordination et une coopération inter administrative entre le Gouvernement et les *comuns* sur certains points d'intérêt commun relatifs aux services sociaux, le Gouvernement en 2015 a approuvé le Règlement relatif à la Commission nationale du bien-être social (CONBS) (*Reglament de regulació de la Comissió Nacional de Benestar Social*) créée à l'article 36 de la Loi 6/2014 qu'il exerce un certain nombre de fonctions.

Pour ce qui concerne les voies de recours juridictionnelles offertes à toute personne souhaitant faire appel d'une décision défavorable sur une demande d'intervention d'un service social, le rapport indique que, conformément à l'article 124 du Code de l'Administration du 29 mars 1989, modifié par la Loi 45/2014 du 18 décembre 2014, il est possible de déposer un recours contre une décision défavorable (*recurs de reposició*) auprès du Gouvernement. De plus, conformément à l'article 36 du Décret-loi du 15 juillet

2015 portant publication de la Loi du 15 novembre 1989 sur la juridiction administrative et fiscale (*Decret legislatiu de publicació de la Llei de la Jurisdicció Administrativa i Fiscal*), il est possible de déposer un recours contre la décision du *recurs de reposició* auprès de la Chambre administrative du *Tribunal de Batlles*, dans un délai d'un mois à compter du lendemain de la date de notification de la décision en question. Conformément au Décret du 17 décembre 2014 portant approbation du Règlement relatif au droit à la défense et à l'assistance d'un avocat (*Decret* d'aprovació del Reglament regulador del dret a la defensa i l'assistència tècnica *lletrades*), les personnes déclarées insolvables par le *batlle* (juge) ou le tribunal compétent, d'après les seuils et barèmes établis par ce Règlement, peuvent bénéficier, entre autres, du droit d'être assistées et représentées gratuitement par un avocat.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013) le Comité a demandé également confirmation que les ressortissants des autres Etats parties sont assurés de bénéficier d'une égalité de traitement en matière d'accès aux services sociaux.

Selon le rapport l'article 3 de la Loi 6/2014 établit les principes d'égalité et d'équité comme des principes directeurs de l'accès aux services sociaux et médico-sociaux (prestations, actions, programmes et protocoles). L'article 5 de la Loi 6/2014 qui établit les conditions d'éligibilité aux prestations des services sociaux et médico-sociaux peuvent ainsi bénéficier de ces prestations toutes les personnes ayant leur résidence légale, effective ou permanente en Andorre, quelle que soit leur nationalité, à l'exception des mineurs, auxquels s'applique la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, et des personnes handicapées, qui peuvent résider à l'étranger afin de pouvoir bénéficier d'un traitement pour leur handicap ou leur maladie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013) le Comité a demandé aussi une mise à jour des informations concernant la participation financière des bénéficiaires de services sociaux.

Selon le rapport, les prestations de l'aide sociale de premier niveau sont garanties gratuitement. L'aide à domicile, qui comprend le service d'aide à domicile, le service de téléassistance à domicile, le service d'accueil familial et le service de garde d'enfant à domicile, est cofinancée et accordée jusqu'à épuisement des fonds (*prestació de concurrència*), excepté l'aide à domicile pour les personnes très dépendantes et le service de téléassistance à domicile, qui sont garantis, ainsi que le service d'accueil familial pour les enfants et les adolescents et le service d'accueil des femmes victimes de violence fondée sur le genre et de leurs enfants, qui sont garantis et gratuits. Les prestations de la prise en charge de jour telles que le service de prise en charge précoce, le service d'aide à l'exercice d'une activité professionnelle et le service médico-social en centre d'accueil de jour, sont garanties et cofinancées.

Le rapport indique les prestations de soutien : a) Service de tutelle b) Service de prise en charge intégrale des victimes de violence basée sur le genre c) Service d'aide à la personne d) Service de soutien à l'insertion professionnelle e) Service de santé complémentaire f) Soutien aux aidants familiaux g) Service téléphonique d'urgence h) Bénévolat social i) Service de transport adapté. Les services indiqués aux points a, b et g sont garantis et gratuits. Le service indiqué au point d est garanti et cofinancé, excepté les informations sur les ressources et le conseil individualisé qui sont garantis et gratuits. Le service indiqué au point e est proposé dans les termes établis par la réglementation de la sécurité sociale.

Les rapport indique aussi les prestations technologiques et précise que les personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour s'acquitter du tarif public de ces services et qui ne reçoivent pas d'aide de leurs familles ou de leurs proches tenus à l'obligation alimentaire, peuvent demander une aide financière à l'Administration publique, sans préjudice du droit de cette dernière d'en réclamer le remboursement aux membres de la famille ou aux proches tenus à l'obligation alimentaire, le cas échéant. Le rapport indique le seuil économique de cohésion sociale individuel (LECS) qui équivaut au salaire minimum interprofessionnel, actuellement il est de 975,87 € par mois.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité avait demandé quelles sont les conditions que doivent respecter les prestataires de services pour pouvoir proposer leurs services.

Selon le rapport, il existe le Règlement relatif aux aides techniques et technologiques, qui est en phase de consultation auprès des organes des services sociaux et médico-sociaux, et qui devrait être approuvé en janvier 2017. Ce Règlement développe trois instruments clé de la Loi 6/2014 : l'autorisation, l'agrément et le registre. Le Comité note que le nouveau Règlement sur l'assistance technique et technologique a été adopté en dehors de la période de référence et demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre du règlement en question.

Le rapport souligne qu'afin d'effectuer un suivi et un contrôle de la qualité des services sociaux, la Loi établit que les organisations bénéficiaires des aides publiques des services sociaux et médicosociaux doivent se soumettre à un audit financier et de contrôle de gestion. Les organisations percevant une somme supérieure ou égale à 25 000 € par an doivent effectuer cet audit tous les ans, celles qui perçoivent des sommes inférieures, tous les 4 ans. Enfin, la Loi 6/2014 prévoit que le Gouvernement, par le biais du ministère compétent en matière d'affaires sociales, est chargé des autorisations d'ouverture et de modification des centres et des établissements des services sociaux et médico-sociaux ; il détermine les équipements et les conditions techniques et matérielles requises des différents centres, les conditions fonctionnelles des services, le nombre et les qualifications minimum des ressources humaines (article 33.2.c). A cet égard le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations de l'impact sur la qualité des services sociaux et sur les usagers de la mise en oeuvre de la loi 6/2014.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité avait également demandé que des informations sur les mécanismes mis en place pour garantir la qualité des services sociaux fournis par les différents prestataires figurent dans le prochain rapport.

Selon le rapport, l'article 51 de la Loi 6/2014 charge le Gouvernement et les *comuns*, dans le cadre de leurs compétences et conformément aux protocoles de collaboration établis d'un commun accord, d'effectuer le suivi et le contrôle qualité des prestations fournies par les centres et les établissements des services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, ils doivent effectuer régulièrement des enquêtes d'opinion afin de connaître le degré de satisfaction des bénéficiaires. L'article 52 de la Loi 6/2014 établit que pour effectuer ce suivi, le ministère chargé des affaires sociales doit créer un service de l'Inspection de l'action sanitaire et sociale, qui agit d'office ou à la demande d'une partie. L'article 53 de la Loi 6/2014 établit les fonctions de l'Inspection de l'action sanitaire et sociale : les inspecteurs exercent des fonctions d'évaluation, de contrôle et de vérification de la bonne application de la réglementation, notamment du respect des droits des usagers et de la qualité de service ; outre les tâches d'investigation qui leur sont demandées par le ministère compétent, ils veillent tout particulièrement au respect des conditions requises pour obtenir une autorisation ou un agrément. L'article 46 de la Loi 6/2014 prévoit que le Gouvernement doit demander tous les deux ans un audit d'efficacité et d'efficience des services sociaux et médicosociaux, sur appel d'offres public auprès d'entreprises spécialisées et réputées dans ce domaine.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité avait demandé également que le prochain rapport présente les qualifications requises pour le personnel des services sociaux et démontre que ce personnel est suffisamment nombreux pour répondre aux demandes.

Le rapport indique que conformément à l'article 9 de la Loi 6/2014, les dirigeants et responsables des centres et des établissements des services sociaux et médico-sociaux doivent posséder les diplômes et les connaissances exigés par la réglementation. L'article

10 de la Loi 6/2014, prévoit que tous les professionnels exerçant leurs fonctions au sein des services sociaux et médicosociaux doivent être titulaires d'une formation et d'un diplôme officiels. Les travailleurs sociaux et les éducateurs spécialisés composant les services sociaux de l'aide sociale de premier niveau et ceux des autres services doivent être titulaires d'un diplôme universitaire garantissant les connaissances et les compétences techniques et opérationnelles nécessaires pour leurs fonctions. Les autres professionnels des services sociaux et médico-sociaux peuvent provenir des domaines de la santé, de l'éducation, de la famille, de l'insertion professionnelle ou d'autres spécialisations nécessaires pour les services à fournir et les programmes à réaliser. Ils doivent être titulaires d'un diplôme universitaire et/ou d'une formation leur permettant d'exercer les fonctions attribuées à leur catégorie professionnelle et, le cas échéant, doivent être inscrits au Registre des professions de santé (*Registre de Professions Sanitàries*) ou aux autres registres établis par la réglementation en vigueur.

La Loi 6/2014 établit un ratio d'au moins un travailleur social pour 5000 habitants et un éducateur spécialisé pour 8500 habitants. Chaque paroisse dispose d'au moins un travailleur social et un éducateur spécialisé à temps complet ou à temps partiel. À l'heure actuelle, l'équipe de l'aide sociale de premier niveau du Département des Affaires sociales, qui dépend du Ministère des Affaires sociales, de la Justice et de l'Intérieur, dispose de 14 travailleurs sociaux et de 2 éducateurs spécialisés. Dans tous les cas, le nombre de ressources actuelles de l'aide sociale de premier niveau répond aux besoins de la population et il n'existe pas de liste d'attente étant donné que les *comuns* disposent également d'éducateurs spécialisés, et qu'un travail conjoint et coordonné entre les professionnels du Ministère des Affaires sociales, de la Justice et de l'Intérieur et ceux des *comuns* a été mis en place.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé de nouveau quelles sont les procédures à suivre et les conditions imposées aux organisations à but non lucratif et autres prestataires non publics pour pouvoir proposer leurs services et comment leur action est contrôlée. Il a demandé également de nouveau des informations sur les initiatives prises pour encourager la participation des usagers à la création et au maintien des services sociaux.

Le rapport indique que la Loi 6/2014 établit que les organisations à but non lucratif doivent être encouragées et doivent jouir de certaines préférences. Ainsi, le Gouvernement a approuvé le Règlement de la Commission departicipation des organisations à but non lucratif (*Reglament Regulador de la Comissió de la Participació de les Entitats Cíviques* (COPEC)). La COPEC s'est constituée en novembre 2016 (en dehors de la période de référence), s'est réunie une fois et a été consultée au sujet du Règlement relatif aux prestations techniques et technologiques des services sociaux et médico-sociaux, qui inclut dans une annexe détaillée l'ensemble des services proposés. A cet égard le Comité demande l'impact de ce Règlement sur la qualité des services proposés par les organisations à but non lucratif.

Le rapport indique que pendant la période de référence, conformément au Plan national relatif aux services sociaux et médico-sociaux, des appels à candidatures ont été lancés chaque année en vue d'octroyer des subventions aux organisations à but non lucratif légalement établies en Andorre et menant une action ou un programme social. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi 6/2014, des aides financières continuent d'être accordées aux organisations à but non lucratif par le biais de conventions de collaboration avec le Gouvernement, afin que ces organisations puissent mener des actions et des programmes et fournir des services dans le domaine social et médico-social.

Le rapport indique les procédures et conditions qui réglementent les initiatives privées et les types d'organisations existantes. Seules les organisations conformes à la réglementation en vigueur, ayant obtenu une autorisation et inscrites au Registre national des services sociaux et médicosociaux sont autorisées à créer et à gérer des centres et des établissements fournissant des prestations techniques sociales et médico-sociales. L'article 3.c de la Loi 6/2014 établit que l'action publique doit favoriser les initiatives citoyennes visant à encourager l'implication des citoyens dans la détection et la couverture des besoins afin d'atteindre la pleine autonomie des individus et des familles, et ce par une participation à l'élaboration des programmes, à l'évaluation et au contrôle des services sociaux et médicosociaux. C'est pour cette raison qu'elle établit la société active, la solidarité et la participation comme des principes recteurs des services sociaux et médicosociaux.

Le rapport contient des données chiffrées (nombre d'organisations et montant**)** sur les subventions que le Gouvernement andorran, par l'intermédiaire du Ministère des Affaires sociales, de la Justice et de l'Intérieur, a accordé à plusieurs organisations à but non lucratif, par des appels à candidatures annuels ou de conventions de collaboration pendant période de référence.

Selon le rapport plusieurs instruments permettent de contrôler l'action des organisations à but non lucratif. La Loi 6/2014 spécifie dans son article 39 que le Gouvernement doit effectuer un audit financier de toutes les organisations à but non lucratif qui bénéficient d'une subvention. En outre, le cahier des charges qui établit les conditions que les organisations à but non lucratif doivent réunir pour pouvoir présenter leurs programmes et leurs projets, indique que des visites de suivi auront lieu au cours de l'année pour vérifier que les projets sont menés à terme, et que les comptes et un rapport sur les actions subventionnées devront être présentés tous les ans, quel que soit le montant de l'aide

perçue. Le rapport souligne qu'il existe aussi, un service d'inspection exercent des fonctions d'évaluation, de contrôle et de vérification de la bonne application de la réglementation.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

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 a, dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), demandé s'il existait une législation (ou un cadre juridique équivalent) visant à protéger les personnes âgées contre la discrimination en dehors de l'emploi ou si l'Andorre envisageait de légiférer en ce sens. Le rapport indique qu'il n'existe pas de législation spécifique en la matière. Il précise que le principe d'égalité de traitement est consacré plus généralement dans la législation andorrane, à l'instar de la loi n° 6/2014 relative aux services sociaux et médico-sociaux et de son article 3.i. Le Comité souhaite savoir s'il existe une jurisprudence en matière de discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi qui protégerait les personnes âgées contre de telles discriminations. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Le rapport indique également que l'Andorre travaille sur l'élaboration d'une loi relative à l'égalité de traitement et à la non-discrimination. Le processus de rédaction se veut participatif et sollicite toutes les organisations du secteur social, y compris celles représentant les personnes âgées. Le Comité demande à cet égard, si l'âge figurera comme un motif possible de discrimination prohibé. Il demande également à être informé de l'issue de ce projet.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a précédemment demandé des informations sur l'existence éventuelle de garanties destinées à éviter que ces personnes ne soient privées arbitrairement de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome. Le rapport indique que la loi n° 15/2004 relative à l'incapacité et aux organismes tutélaires, telle qu'amendée, établit un ensemble de garanties (déclaration d'incapacité, tutelle) destinées à pallier la perte de la capacité juridique : le juge doit, dans son jugement, déterminer le degré et les limites de l'incapacité juridique, constituer l'organisme de protection en fonction du degré d'incapacité et nommer les membres de l'institution tutélaire. La loi n° 15/2004 amendée réglemente également les internements involontaires de manière restrictifs. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur les conditions régissant ce type d'internement. Le rapport indique, en outre, que, selon la loi n° 6/2014, les bénéficiaires de services sociaux et médico-sociaux, ce qui inclus les personnes âgées, doivent pouvoir prendre part aux décisions qui les concernent, être traités avec dignité et respect, sans discrimination, et bénéficier de conseils et d'orientations.

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 sociale 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. En particulier, le Comité examine 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 a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé quel était le montant de la pension qui est considéré comme minimal et qui déclenche l'octroi de supplément. Selon le rapport, la loi n° 6/2014 garantit aux personnes âgées remplissant les conditions un revenu minimum équivalant au seuil économique de cohésion sociale (LECS) grâce à l'allocation de solidarité pour les personnes âgées. Le montant garanti par cette allocation de solidarité s'élevait, en 2015, à hauteur de 962 € par mois.

Selon le rapport, l'Andorre propose aussi, sous conditions d'éligibilité, un large éventail d'aides occasionnelles ou d'urgence ainsi que des aides spécifiques techniques et/ou technologiques.

Une personne âgée qui perçoit une pension de la sécurité sociale, qu'elle soit versée par la Caisse andorrane de sécurité sociale ou par un organisme étranger, d'un montant inférieure au LECS peut également, sous certaines conditions, bénéficier de l'allocation de solidarité et voir ses revenus complétés à hauteur du LECS. Le Comité demande que le prochain rapport précise quelles sont les conditions requises.

Le Comité a également demandé des informations sur le seuil de risque de pauvreté des personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que sur les mesures prises pour améliorer leur situation. Le rapport indique que le seuil se situe au niveau du LECS, lequel est équivalent au montant du salaire minimum. Le rapport indique également que les mesures visant à améliorer la situation des personnes âgées et à leur garantir les prestations de l'aide sociale sont définies par la loi n° 6/2014.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), demandé ce qui a été fait pour évaluer l'ampleur du problème et faire prendre conscience de la nécessité d'éradiquer la maltraitance et le délaissement des personnes âgées, et si des mesures législatives ou autres ont été prises ou sont envisagées en la matière. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport mais constate, néanmoins que les programmes de lutte contre la violence fondée sur le genre adoptés par l'Andorre, conformément à la loi n° 1/2015, ne s'adressent pas en tant que tels aux personnes âgées, de sorte qu'une part importante d'entre elles échappe aux mesures mises en oeuvre par lesdits programmes. Le Comité constate également que la loi n° 9/2005 amendée, a fait de l'âge, et plus précisément de la « vulnérabilité due à l'âge » une circonstance aggravante en matière pénal. Le Code pénal andorran inclut également les mauvais traitements dans les délits contre la santé et l'intégrité physique. Le Comité note, enfin, que l'Inspection de l'action sanitaire et sociale créée par la loi n° 6/2014 peut être amenée à traiter des cas de mauvais traitements physiques ou psychologiques portés à sa connaissance.

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 a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), premièrement, demandé combien de personnes bénéficient du service de téléassistance proposé par la Croix-Rouge et si l'offre correspond à la demande. Le rapport indique que le service de téléassistance a pris en charge 248 personnes en 2015. Il confirme que l'offre répond à la demande puisque toute personne qui le demande peut y avoir accès.

Le Comité a, deuxièmement, demandé si des mesures étaient envisagées pour promouvoir les services aux personnes âgées. Le rapport indique qu'une aide sociale de premier niveau, une aide à domicile (prise en charge à domicile, téléassistance à domicile, accueil familial), une prise en charge de jour (centres de jour, foyers pour personnes âgées), des services de soutien (service de tutelle, service d'aide à la personne, soutien aux aidants

familiaux, service de transport adapté), et un service spécialisé d'évaluation des situations de dépendance sont proposés aux personnes âgées. Le rapport indique également que loi n° 6/2014 est venue réformer le système de services d'aide à domicile en centralisant, d'une part, sa gestion au sein du gouvernement, et, d'autre part, en développant ce type de service pour l'étendre à tout le pays. Un projet de règlement relatif aux aides techniques et technologiques censé préciser les modalités des différents services proposés est, par ailleurs, en cours d'élaboration. Le Comité demande que le prochain rapport précise quel a été l'impact de ces mesures.

Le Comité a, troisièmement, demandé des précisions sur la tarification des services proposés aux personnes âgées. Selon le rapport, la loi n° 6/2014 établit un nouveau système de financement basé sur la co-responsabilité entre les administrations publiques compétentes, les bénéficiaires et, le cas échéant, leurs proches. Le coût des places dans les centres gériatriques est ventilé selon trois modules : santé, assistance à l'autonomie, et entretien et hôtellerie. Les premier et deuxième modules sont principalement financés par l'État alors que l'usager assume le coût du troisième. Une aide peut toutefois être accordée aux personnes les plus démunies.

Le Comité a, au titre de ses quatrième et cinquième questions, demandé comment s'opérait le contrôle de la qualité des services et s'il existait une procédure permettant aux intéressés d'introduire une réclamation concernant celle-ci. Selon le rapport, l'article 53 de la loi n° 6/2014 impose aux organismes privés l'obtention d'un agrément et confie à l'Inspection de l'action sanitaire et sociale le contrôle de la qualité des services fournis. Les bénéficiaires des services sociaux et médico-sociaux ont le droit de présenter des réclamations ou suggestions, et de recevoir une réponse par écrit.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le Comité constate dans le rapport que l'Andorre a développé un site Internet : www.Govern.ad, proposant une interface adaptée aux personnes âgées. Il travaille également sur l'élaboration d'un manuel de bonnes pratiques sur l'accessibilité.

Logement

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), notamment demandé s'il existait des mécanismes de financement publics pour la rénovation des logements des personnes âgées. Le rapport indique que l'Andorre met à disposition des personnes âgées des aides au logement locatif (157 bénéficiaires en 2015, pour un montant annuel de 1 718 €), des aides occasionnelles ainsi que des prestations technologiques destinées à l'aménagement du logement. Il est possible, dans le cadre de projets de réaménagement, de faire appel à la Commission pour l'accessibilité afin d'obtenir des conseils pour concevoir les modifications à réaliser.

Soins de santé

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé des informations sur les aspects spécifiques des soins aux personnes âgées, les programmes de santé mentale, les services de soins palliatifs et les formations spéciales destinées aux soignants. Le rapport indique que l'Andorre a créé une Commission interministérielle des services médico-sociaux, principalement chargée d'apporter des conseils, de participer à la réalisation des actions médico-sociales et d'établir des mécanismes de coordination des services sociaux et médico-sociaux. Le rapport indique également qu'il existe au sein de l'Hôpital Notre Dame de Meritxell un service de santé mentale et un service de soins palliatifs qui proposent des soins à domicile, en coordination avec les services sociaux et médico-sociaux. Le rapport précise qu'une formation destinée aux soignants non professionnels et une autre destinée aux professionnels souhaitant améliorer la qualité des services fournis au sein d'établissements spécialisées sont dispensées.

Le Comité a également demandé à être informé de toutes mesures qui auraient été prise pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins gériatriques et des soins de longue durée, ainsi que pour mieux coordonner les services sociaux et les services de santé destinés aux personnes âgées. Selon le rapport, la loi n° 6/2014 inclut plusieurs actions visant à améliorer l'accessibilité des soins gériatriques et à sécuriser l'accès à ces derniers. Le Comité relève dans le rapport, que, selon la loi précitée, les bénéficiaires des services sociaux et médico-sociaux ont droit à l'intimité et à la confidentialité de toutes les données et informations les concernant.

Soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé si les capacités sont suffisantes pour répondre aux besoins des personnes âgées et si le nombre de demandes d'hébergement est en augmentation. Le rapport indique qu'Andorre compte 4 centres médico-sociaux (publics et privés) qui proposent, au total 85 places en service d'accueil en journée et 387 en hébergement permanent. Afin de mieux évaluer la situation, le Comité souhaite que le prochain rapport indique le nombre de personnes âgées sur le territoire andorran et la part que ce nombre représente au sein la population andorrane totale.

Le Comité a également demandé s'il existait un dispositif indépendant de contrôle de la qualité des services d'accueil publics et privés. Le rapport indique que l'évaluation et le contrôle de la qualité et, notamment le respect des droits des usagers et la qualité des services, est confié à l'Inspection de l'action sanitaire et sociale qui assure également le suivi des inspections avec la collaboration du Département de la Santé et d'autres ministères compétents. Le rapport indique également que la loi n° 6/2014 impose la conduite d'audits d'efficacité et d'efficience des services sociaux et médico-sociaux qui peuvent conduire à l'élaboration d'un plan d'amélioration des services sociaux et médico-sociaux. Le Comité demande à être informé des résultats de cet audit d'efficacité et d'efficience et des possibles initiatives qui pourraient intervenir.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre 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 l'Andorre.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le Comité rappelle que dans le cadre de l'article 30, les États parties doivent fournir des informations détaillées sur la manière dont ils mesurent la pauvreté et l'exclusion sociale. Le principal indicateur utilisé pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Cela correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, qui est fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Le Comité prend note des réponses données aux questions qu'il a posées dans ses Conclusions 2013. D'après le rapport, le taux de risque de pauvreté est utilisé pour calculer le seuil économique de précarité et le seuil de cohésion sociale. S'agissant de ce dernier, le résultat obtenu après application de la méthodologie d'Eurostat (60 % du revenu médian ajusté) est très proche du salaire minimum. En 2015, le salaire minimum était de 962 €. D'après le rapport, le salaire minimum coïncide étroitement avec le niveau minimum de subsistance, ce qui va permettre à un individu ou une famille de couvrir tous les besoins fondamentaux (alimentation, logement, habillement, éducation, santé, activités de loisir et transport).

En ce qui concerne le prochain rapport, le Comité demande une nouvelle fois une estimation du seuil de risque de pauvreté calculé selon la méthodologie d'Eurostat (personnes percevant un revenu inférieur ou égal à 60 % du revenu médian ajusté).

S'agissant de la question de savoir quel était le seuil de pauvreté avant et après transferts sociaux, le Comité prend note des efforts déployés pour obtenir ces chiffres relativement à Section 45 of Act No. 6/2014. Plus particulièrement le système informatique en développement permettra l'intégration de données de tous les ministères et autorités pertinentes, notamment ceux responsables des affaires sociales, de la santé, de l'éducation, de l'emploi, et du logement, ainsi que du Fond de Sécurité Sociale. Le développement de l'informatique est actuellement dans sa phase finale et le rapport indique que les données demandées précédemment par le Comité seront disponibles sur le nouveau système à partir de 2018. Le Comité demande qu'elles soient inclues dans le prochain rapport.

Finalement, le Comité note d'après diverses sources que malgré l'absence de données statistiques officielles précises et fiables, il est estimé qu'au regard de la nature de l'économie d'Andorre, sa structure de revenus et la taille de sa population, l'incidence de pauvreté est très faible. Selon une étude de 2003 du Ministère des Finances de l'Andorre, le taux de pauvreté extrême est à moins de 1 % et moins de 8 % sont à risque de pauvreté (cf. http ://www.estadistica.ad/serveiestudis/web/index.asp).

Approche pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale

En vue de garantir l'exercice effectif du droit à une protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'article 30 exige des États partie qu'ils adoptent une approche globale et coordonnée, qui doit consister en un cadre analytique, une série de priorités et de mesures pour prévenir et éliminer les obstacles à l'accès aux droits sociaux fondamentaux. L'approche globale et coordonnée doit associer et intégrer des politiques de manière cohérente, allant au-delà d'une approche purement sectorielle ou axée sur des groupes cibles, et des mécanismes de coordination, y compris au niveau de la fourniture de l'assistance et des services à ceux vivant dans la pauvreté ou à risque de pauvreté, devraient exister.

Le Comité note que le rapport contient seulement des informations très limitées sur comment le Gouvernement coordonne les efforts et les mesures dans différents domaines pour arriver à une « approche globale et coordonnée » exigée par l'article 30 de la Charte et par conséquent pour faire face à la nature multidimensionnelle de la pauvreté et l'exclusion

sociale. Le Comité ainsi demande à ce que des informations soient données dans le prochain rapport sur non seulement les mesures appliquées mais aussi sur l'existence de mécanismes de coordination pour ces mesures, y compris au niveau de la fourniture de l'assistance (c'est-à-dire comment la coordination est assurée, relation aux bénéficiaires individuels d'assistance et de services). Il demande aussi que le prochain rapport contienne des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires destinées à combattre la pauvreté et l'exclusion sociale soient suffisantes compte tenu de l'envergure du problème posé.

Finalement, le Comité se réfère à ses conclusions de non-conformité concernant d'autres dispositions pertinentes de la Charte pour l'évaluation de la conformité à l'article 30 (cf. Conclusions 2013, Déclaration d'interprétation sur l'article 30). Il se rapporte en particulier à l'article 12§1 et sa conclusion selon laquelle le niveau minimum de prestations de maladie et de prestations pour accident du travail et maladie professionnelle est manifestement inapproprié (Conclusions 2017), à l'article 7§5 et sa conclusion selon laquelle le salaire minimum de jeunes travailleurs n'est pas juste et que les salaires d'apprentis ne sont pas suffisants (Conclusions 2015) et à l'article 31§2 et sa conclusion selon laquelle il n'a pas été établi qu'il y a une protection juridique adéquate pour les personnes menacées d'expulsion et que la loi interdit l'expulsion de logements d'urgence (Conclusions 2015).

Néanmoins, compte tenu du niveau faible de pauvreté et en attente des informations demandées, notamment les statistiques annoncées par le Gouvernement pour 2018, le Comité reporte sa décision sur la conformité de la situation à l'article 30.

Contrôle et évaluation

Le Comité rappelle que l'article 30 de la Charte exige l'existence de mécanismes de contrôle pour examiner et adapter les efforts dans tous les domaines et secteurs, à tous les niveaux, national, régional, local, pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale ; mécanismes qui devront inclure tous les acteurs pertinents, y compris les sociétés civiles et personnes directement affectées par la pauvreté et l'exclusion (cf. Conclusions 2003, France, Article 30).

Le Comité note que les mesures de lutte contre la pauvreté sont évaluées dans le cadre d'un audit portant sur l'efficacité et l'efficience desdites mesures, comme le prévoit la loi. L'audit est aussi l'occasion d'analyser l'évolution de la pauvreté à partir d'autres données, telles que le taux d'emploi.

En ce qui concerne la manière dont les individus et les associations prennent part au contrôle et à l'évaluation des mesures de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le Comité note qu'une loi adoptée en 2014 garantit une telle participation à travers l'établissement d'une Commission pour la Participation des Entités de Sociétés Civiles (COPEC) couvrant le domaine médical et médico-social en Andorre garantissant ainsi la transparence des décisions prises. Une des missions de la Commission est de préparer les propositions d'amélioration et d'adaptation de la législation sur la sécurité sociale en vue d'atteindre les objectifs prévus par telle législation.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 1 - Aide et information sur les migrations

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations soumises par l'Andorre en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que des mesures adéquates aient été prises contre la propagande trompeuse en matière d'émigration et immigration.

Le Comité rappelle que les États parties à la Charte doivent, dans leur lutte contre la propagande trompeuse, adopter des mesures juridiques et pratiques relative au racisme et à la xénophobie destinées à l'ensemble de la population.

Selon le rapport, l'Andorre a fait modifier, en décembre 2014, son Code Pénal, et notamment son article 338, de façon à pénaliser, entre autres choses, l'incitation publique à la violence, à la haine ou à la discrimination à l'encontre d'une personne ou d'un groupe de personnes, les injures et la diffamation publiques et les menaces, ainsi que la diffusion ou la distribution publique, de même que la production ou le stockage de supports contenant des manifestations racistes.

Le rapport se réfère également à plusieurs projets de lois (un projet de loi sur la lutte contre la traite des êtres humains et la protection des victimes et un autre visant à accroître les compétences de l'Ombudsman aux questions touchant au racisme, à l'intolérance et à la non-discrimination) censés être soumis prochainement devant le Parlement pour adoption. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur le sujet.

Le rapport ajoute que des formations spécifiques sur le racisme et la discrimination raciale sont dispensées aux juges, magistrats, avocats, procureurs et autres métiers du droit, mais aussi, et lorsque cela est jugé nécessaire, aux membres du personnel concerné par le sujet, à l'instar de la police ou des assistants sociaux. Le Comité relève, par ailleurs, dans le 5e rapport de la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI), adopté le 6 décembre 2016, qu'une quinzaine de journalistes ont assisté à la conférence sur les crimes d'incitation à la haine et à la discrimination sans qu'aucune autre action générale de sensibilisation aux droits de l'Homme n'ait été ultérieurement organisée. Le Comité constate également que les recommandations de l'ECRI, pour qui, la création d'un organe indépendant en mesure d'instruire les plaintes à l'encontre des médias est un élément important n'ont pas été suivies. Le Comité demande si la création d'un tel organe est envisagé et, dans l'affirmatif, sous quel agenda.

Le Comité note, toujours dans le 5e rapport de l'ECRI, que l'Andorre a mis en place un programme éducatif inclusif avancé qui accorde une place significative aux droits de l'Homme et à la lutte contre les stéréotypes, le discours de haine et les discriminations.

Le rapport indique enfin que l'Andorre met à disposition un site internet proposant des interfaces en langues étrangères, des brochures informatives et un service d'information téléphonique multilingue personnalisé destinés aux immigrants et émigrants. Le Comité constate que le site internet ne propose, contrairement à ce qu'indique le rapport, aucune interface dans une langue autre que le catalan.

Au vu des informations disponibles, le Comité considère que l'Andorre a pris des mesures adéquates pour lutter contre la propagande trompeuse.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 19§4 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation en Andorre est conforme à l'article 19§1 de la Charte.

Article 31 - Droit au logement

Paragraphe 2 – R2duire l'état de sans-abri

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations soumises par l'Andorre en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que, d'une part, il existe une protection juridique adéquate pour les personnes menacées d'expulsion et, d'autre part, la réglementation applicable interdise l'expulsion des hébergements d'urgence sans la proposition d'une solution de relogement.

Expulsions

Le Comité rappelle avoir précédemment demandé si l'avertissement adressé aux locataires qui n'auraient pas donné suite à l'ordre d'expulsion fait courir un nouveau délai de préavis. Il a également demandé des informations sur l'interdiction de procéder à des expulsions la nuit ou l'hiver, l'accès à des voies de recours judiciaires, l'accès à une assistance juridique et l'indemnisation en cas d'expulsion illégale. Le rapport indique que, même s'il n'existe pas de réglementation spécifique pour protéger les personnes menacées d'expulsion, les autorités judiciaires ne procèdent pas, en pratique, à l'expulsion des personnes en situation de précarité sans avoir averti, au préalable, les services sociaux. Le rapport précise que l'autorité judiciaire ne procède jamais à l'expulsion lorsque la personne ou le ménage concerné ne dispose d'aucune alternative de relogement, sachant que lorsque le ménage comprend des mineurs, des personnes handicapées, des personnes âgées ou d'autres personnes vulnérables, l'alternative doit être ferme. Les expulsions forcées sont notifiées avec un préavis de plus de deux mois.

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport mais souligne que l'article 31§2 de la Charte, exige que l'expulsion de personnes soit prévue par des règles suffisamment protectrices des droits des personnes concernées et réalisée conformément à ces règles (voir notamment la décision sur le bien-fondé du 8 décembre 2004, Centre européen des Droits des Roms (CEDR) c. Grèce, réclamation n°15/2003, §51, décision sur le bien-fondé du 18 octobre 2006, CEDR c. Bulgarie, réclamation n°31/2005, §53). En d'autres termes, l'article 31§2 présuppose l'existence même de telles règles. À cet égard, même si les États parties jouissent d'une certaine marge d'appréciation dans la mise en œuvre des dispositions de l'article 31§2, ils doivent prendre les mesures législatives nécessaires afin d'empêcher que les personnes vulnérables menacées d'expulsion ne le soient arbitrairement. Par conséquent, en l'absence de réglementation spécifique destinée à protéger les personnes menacées d'expulsions, le Comité considère la situation non conforme à la Charte sur ce point.

En outre, le Comité note que le rapport ne fournit aucune information sur l'interdiction de procéder à des expulsions la nuit ou au cours de l'hiver, l'accès à des voies de recours judiciaires, l'accès à une assistance juridique et l'indemnisation en cas d'expulsion illégale. Il réitère ses questions et, entretemps, réserve sa position sur ces points.

Droit à un abri

Le Comité se réfère à son Observation interprétative de l'article 31§2 (Conclusions 2015) et rappelle que l'expulsion des hébergements d'urgence, sans la proposition d'une solution de relogement est interdite.

Le rapport indique, à cet égard, que lorsque la situation de personnes sans abri est portée à la connaissance des services sociaux, ceux-ci adoptent, après évaluation de la situation, un plan d'action sociale en deux étapes proposant, dans un premier temps, une solution

immédiate temporaire puis, dans un second temps, un transfert durable dans un logement normalisé.

Le Comité comprend que les autorités de l'Andorre n'expulsent, en pratique, jamais une personne sans lui proposer au préalable une solution de relogement. Il demande que le prochain rapport confirme cette compréhension et, entretemps, réserve sa position sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 31§2 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 31§2 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de protection juridique adéquate pour les personnes menacées d'expulsion.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

ARMENIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Arménie, qui a ratifié la Charte le 21 janvier 2004. L'échéance pour remettre le 11ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Arménie l'a présenté le 25 avril 2017.

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).

L'Arménie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 3§§2 à 4, article 11, article 12§§2 et 4, article 13§§3 et 4, article 14§1, article 23 et article 30.

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

Les Conclusions relatives à l'Arménie concernent 6 situations et sont les suivantes :

– 3 conclusions de non-conformité : articles 3§1, 12§1 et 13§1.

En ce qui concerne les 3 autres situations relatives aux articles 12§3 ; 13§2 et 14§2, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par l'Arménie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§1
Le 1er août 2015, un accord dit « Accord collectif républicain » en vue de garantir la santé et la sécurité des salariés dans l'exercice de leur travail. Cet accord définit les obligations des partenaires sociaux, ce qui englobe l'amélioration du rôle des syndicats et l'adoption de dispositions législatives et réglementaires renforçant l'intérêt économique de la démarche pour les employeurs, qui voient leur responsabilité accrue. Il prévoit en outre une assistance pour la rédaction et la mise en place de règles et normes visant à assurer la santé et la sécurité des travailleurs, la promotion de la politique axée sur le développement de la sécurité au travail au sein des organisations, et la mise en place de systèmes modernes pour le contrôle des conditions de travail.

Article 8§4

L'article 148 du code du travail a été modifié (loi no HO-96-N du 22 juin 2015) et prévoit désormais que les femmes enceintes et les travailleuses s'occupant d'un enfant de moins de 3 ans ne peuvent être affectées à un travail de nuit que si elles ont donné leur accord, après avoir subi un examen médical préalable et remis à l'employeur l'avis émis par le médecin.

Article 12§3

- L'adoption, en 2011 et 2012 d'un dispositif de services de sécurité sociale, y compris d'une assurance médicale obligatoire, pour les fonctionnaires et les salariés travaillant dans des organisations non gouvernementales à but non lucratif qui œuvrent dans les domaines de l'éducation, de la culture et de la sécurité sociale (Décisions n° 1923-N du 29 décembre 2011 et n° 1691-N du 27 décembre 2012) ;
- L'extension, en 2015, des soins médicaux gratuits pour y inclure la chirurgie cardiaque d'urgence ;

- L'augmentation, à compter de 2014, des pensions d'invalidité pour les personnes relevant des deux premières catégories d'invalidité.

Article 13§1

Le Comité relève dans le rapport l'entrée en vigueur, en 2014, de la loi sur les prestations versées par l'État, puis de la loi sur l'assistance sociale au 1er janvier 2015. Les modifications apportées au système des prestations familiales (ou sociales) sur la période 2012-2015 concernaient principalement l'amélioration des modalités d'évaluation du degré d'indigence des familles. Les familles à bas revenus, notamment les familles avec enfants, ont ainsi acquis le droit aux prestations familiales (ou sociales).

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des enfants et des adolescents à la protection – protection spéciale contre les dangers physiques et moraux (article 7§10) ;
- droit des travailleuses à la protection de la maternité – réglementation du travail de nuit (article 8§4) ;
- droit des enfants et des jeunes à une protection sociale, juridique et économique – assistance, éducation, formation (article 17§1) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – départ, voyage et accueil (article 19§2) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – égalité en matière d'emploi, de droit syndical et de logement (article 19§4) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – égalité en matière d'impôts et taxes (article 19§5) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – égalité en matière d'actions en justice (article 19§7) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – garanties relatives à l'expulsion (article 19§8) ;
- droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement - participation à la vie professionnelle (article 27§1) ;
- droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement – illégalité du licenciement pour motif de responsabilités familiales (article 27§3).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté les conclusions suivantes :

- 6 conclusions de conformité : articles 8§4, 17§1, 19§4, 19§5, 19§7 et 27§1 ;

- 1 conclusion de non-conformité : article 19§2 ;

- 3 ajournements : articles 7§10, 19§8 et 27§3.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;
- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;
- droit à l'information et à la consultation (article 21) ;
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22) ;

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

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

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 – politique de plein emploi (article 1§1),
- droit au travail – travail librement entrepris (non-discrimination, interdiction du travail forcé, autres aspects) (article 1§2 (5ème motif)),
- droit au travail – services gratuits de placement (article 1§3),
- 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 (2ème motif)).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

Les Conclusions et les rapports sont disponibles sous www.coe.int/socialcharter.

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 l'Arménie.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015, conformément à la décision adoptée par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2014, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2013), le Comité a de nouveau considéré que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que l'existence d'une politique nationale appropriée en matière de santé et sécurité au travail n'était pas établie.

Le rapport indique qu'aux termes de l'article 82 de la Constitution (telle que modifiée par les amendements adoptés le 6 décembre 2015 et entrés en vigueur le 22 décembre 2015), tout travailleur a droit, conformément à la loi, à des conditions de travail décentes répondant aux exigences de sécurité et d'hygiène, à une limitation de la durée maximale du travail, à une période de repos quotidien et hebdomadaire et à des congés payés annuels.

Le rapport indique par ailleurs que conformément à la Charte du ministère de la Santé figurant dans l'annexe no 1 approuvée par l'arrêté ministériel no 1300-N du 15 août 2002, les missions du ministère recouvrent des champs d'action tels que l'élaboration d'une politique de développement des soins de santé, la définition de programmes nationaux ciblés et de programmes visant l'amélioration de la santé publique, la prévention et le traitement des maladies, et la protection de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail.

Le groupe de travail créé par arrêté du ministre de la Santé no 1710-A du 2 juillet 2015 a élaboré un document intitulé « Règles et normes fondamentales de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs » et un projet d'arrêté ministériel portant approbation de ces règles. Selon le rapport, le projet de ces règles a été elaboré sur une étude générale de l'expérience internationale en matière de sécurité et de santé des employés. Outre un exposé des principes généraux de prévention, ce document comporte des volets consacrés à l'évaluation des conditions de travail dans l'entreprise, à la détermination des facteurs nocifs et dangereux, aux procédures à suivre pour la formation et l'instruction des travailleurs, à la sensibilisation des travailleurs par l'affichage des consignes de sécurité, et aux exigences de sécurité à respecter en cas de travail avec des substances chimiques dangereuses, des fluides inflammables et en altitude. Le rapport précise que l'adoption de ces règles permettra de créer un cadre cohérent pour la réglementation de la protection de la santé et de la sécurité au travail et sera l'occasion de rassembler en un seul texte l'ensemble des règles essentielles en matière de protection de la santé et de la sécurité.

Selon le rapport, la Stratégie nationale de protection des droits de l'homme a été approuvée par le décret présidentiel no NK-159-N du 29 décembre 2012. Sont notamment garantis les droits de toute personne à la protection de la santé humaine, au libre choix de son travail, à des conditions de vie satisfaisantes et à la sécurité sociale dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels. Conformément au point 32 de cette stratégie, la garantie de libre choix de l'emploi englobe l'obligation de l'employeur d'assurer des conditions de travail répondant aux prescriptions d'hygiène et de sécurité applicables.

La Stratégie nationale de protection des droits de l'homme a été assortie d'un plan d'action approuvé par l'arrêté ministériel n° 303-N du 27 février 2014, qui envisageait l'élaboration d'un programme national pour la protection de la santé et de la sécurité des salariés sur leur lieu de travail, à soumettre au Gouvernement avant la fin du premier trimestre 2015. Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a demandé des informations sur la mise en œuvre de ce programme. En réponse, le rapport fait état de l'élaboration d'une stratégie en la matière qui définit la démarche à suivre et les différentes étapes, décrit les

mesures nécessaires et fixe le calendrier de mise en œuvre. Il mentionne également la rédaction d'une ordonnance gouvernementale portant approbation de la stratégie pour la protection de la santé et de la sécurité des salariés sur leur lieu de travail et de son plan d'action pour la période 2016-2018. Le plan d'action ayant été introduit hors période de référence, le Comité l'examinera lors du prochain cycle de contrôle. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur les activités menées et les résultats obtenus dans le cadre de la stratégie nationale.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Le Comité souligne qu'au sens de l'article 3§1 de la Charte révisée, le principal objectif de la politique nationale doit être de développer et de maintenir une culture de prévention en matière de santé et de sécurité au travail. La prévention des risques professionnels doit être intégrée à tous les niveaux d'intervention publique et faire partie des autres politiques publiques (emploi, personnes handicapées, égalité entre les sexes, etc.). La politique et les stratégies retenues doivent être périodiquement évaluées et revues, notamment en fonction de l'évolution des risques. Il conclut qu'il n'y a pas de politique clairement définie pour ce qui concerne la santé et la sécurité en milieu professionnel. Le Comité demande que le prochain rapport revienne plus particulièrement sur ces points dans son exposé de l'objectif général de la politique nationale. Il demande également qu'il expose les évolutions du cadre législatif et réglementaire qui seraient intervenues au cours de la période de référence. Enfin, il demande à nouveau si les politiques et les stratégies sont réexaminées périodiquement et, le cas échéant, adaptées en fonction de l'évolution des risques.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que, bien que décrivant certaines mesures destinées à organiser la prévention des risques professionnels, le rapport ne fournissait pas d'information sur la manière dont ces mesures étaient mises en œuvre dans la pratique, tant au niveau des autorités publiques que de l'entreprise. Le rapport n'indiquait pas si les principes directeurs ILO-OSH 2001 étaient appliqués.

Le Comité renvoie à sa dernière conclusion (Conclusions 2015) pour une description de la restructuration des services de l'Inspection nationale de la santé et des missions qui lui sont dévolues. Le rapport indique que la nouvelle structure a vocation à effectuer les contrôles incombant à l'État afin de s'assurer du respect des textes en matière de santé et sécurité au travail contenant les normes prescrites par le Code du travail et d'autres textes de loi.

Le Comité note que les informations fournies ne suffisent pas à établir que la prévention des risques professionnels est organisée au niveau des entreprises, que les risques professionnels sont évalués, et que des mesures préventives adaptées à la nature des risques sont adoptées. Il demande que le prochain rapport contienne des informations plus détaillées sur la manière dont les autorités publiques et les employeurs mettent la prévention des risques professionnels en œuvre dans la pratique. Il demande en outre des informations sur les mesures prises par l'Inspection du travail pour développer une culture de sécurité et de santé au travail chez les employeurs et les travailleurs et partager son expérience dans la mise en œuvre d'instructions, d'actions préventives et de consultations. Il considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain

rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Arménie soit conforme à l'article 3§1 de la Charte à cet égard.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013 et 2009), le Comité a demandé des informations actualisées pour la période de référence, précisées par rapport aux activités conduites dans la pratique (analyses de risques sectoriels, élaboration de règles, adoption de recommandations, diffusion de publications, création de modules de formation), et étayées d'exemples concrets. Il a en outre demandé des informations plus précises sur la politique nationale visant à améliorer la santé et la sécurité des travailleurs par la recherche en la matière, la formation de professionnels qualifiés, la définition de programmes de formation et la certification de procédés.

Le rapport ne fournit aucune information sur l'implication des pouvoirs publics dans la recherche portant sur la santé et sécurité au travail, la formation de professionnels qualifiés, la définition de programmes de formation ou la certification de procédés. En conséquence, le Comité réitère sa demande et considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Arménie soit conforme à l'article 3§1 de la Charte à cet égard.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la façon dont l'application des dispositions du code du travail – notamment des articles 35 et 253 – était assurée dans la pratique. Il a également demandé si la santé et la sécurité au travail faisaient partie des sujets couverts par l'Accord collectif national (2009), si la consultation préalable des partenaires sociaux concernant le Document relatif aux règles et normes fondamentales de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs avait inclus les syndicats, et comment la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs sur des sujets touchant à la santé et la sécurité au travail était conduite au niveau de l'entreprise.

En réponse, le rapport indique que les instances spécialisées du Ministère de la Santé dont l'Inspection nationale de la santé, le Ministère du Travail et des Affaires sociales, l'Institut national de recherche sur le travail et les questions sociales (organisation publique à but non lucratif), la Confédération des syndicats arméniens et l'Union républicaine des employeurs d'Arménie faisaient partie du groupe de travail chargé de l'élaboration des « Règles et normes fondamentales de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs ». Le projet a été soumis aux organisations et organismes publics intéressés pour examen.

Le rapport indique en outre que le Gouvernement, la Confédération des syndicats arméniens et l'Union républicaine des employeurs d'Arménie ont conclu, le 1er août 2015, un accord dit « Accord collectif républicain » en vue de garantir la santé et la sécurité des salariés dans l'exercice de leur travail. Cet accord définit les obligations des partenaires sociaux, ce qui englobe l'amélioration du rôle des syndicats et l'adoption de dispositions législatives et réglementaires renforçant l'intérêt économique de la démarche pour les employeurs, qui voient leur responsabilité accrue. Il prévoit en outre une assistance pour la rédaction et la mise en place de règles et normes visant à assurer la santé et la sécurité des travailleurs, la promotion de la politique axée sur le développement de la sécurité au travail au sein des organisations, et la mise en place de systèmes modernes pour le contrôle des conditions de travail.

Étant donné que le rapport ne répond que partiellement à ses questions, le Comité réitère toutes les questions concernant spécifiquement la consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs. Il considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le rapport suivant, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Arménie soit conforme à l'article 3§1 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Arménie n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de politique de santé et sécurité au travail clairement définie.

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 l'Arménie.

S'agissant des **prestations de maternité**, le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Pour une description du système de sécurité sociale de l'Arménie, le Comité renvoie à ses conclusions précédentes. Il note qu'il repose sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'État et couvre les soins de santé, la maladie, le chômage, la vieillesse, la maternité, l'invalidité et les survivants. Il souhaite savoir si les accidents du travail et les maladies professionnelles sont également couverts et demande que le prochain rapport contienne toutes les informations nécessaires concernant les catégories de personnes assurées contre ces risques et leur nombre rapporté à la population active totale. Le Comité a précédemment noté (Conclusions 2013) que le régime de sécurité sociale ne couvrait pas la branche « prestations familiales » au sens des articles 12 et 16 de la Charte. Il renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 quant aux prestations servies au titre de l'assistance sociale aux familles sans ressources, conformément à la loi sur l'assistance sociale de l'État.

Selon les statistiques officielles (Service national des statistiques de la République d'Arménie), la population dans son ensemble était estimée en 2015 à 2 998 600 personnes et la population active à 1 316 400 personnes (dont 1 072 700 salariés et 243 700 chômeurs), sur un total de 2 106 700 actifs.

Le Comité a précédemment relevé (Conclusions 2015) que tous les résidents ont droit aux **soins primaires** (régime universel). Il a néanmoins conclu que le champ d'application personnel était insuffisant, dans la mesure où l'accès gratuit aux soins secondaires et tertiaires est réservé à certains groupes vulnérables (enfants de moins de sept ans, bénéficiaires de prestations aux familles démunies, personnes handicapées) et aux personnes à très faibles revenus, excluant ainsi une grande partie de la population. En réponse à ce constat, les autorités précisent dans le rapport (voir aussi le Rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013) que d'autres catégories de personnes sont entièrement prises en charge, comme les enfants de moins de 18 ans, sous certaines conditions (par exemple, les enfants abandonnés ou souffrant de maladies chroniques), les vétérans de guerre, les militaires et leurs familles, y inclus les familles des militaires morts en service, les femmes pendant la grossesse et le congé de maternité et les victimes de la traite. La gratuité des traitements ou l'abaissement des cotisations s'applique pour les traitements par hémodialyse, du diabète, de la tuberculose, de l'épilepsie, des maladies mentales, infectieuses et sexuellement transmissibles, du cancer, cardiaques, y compris la chirurgie cardiaque d'urgence. Les services de soins dentaires spécialisés sont également gratuits pour les plus de 65 ans. Depuis 2012, une assurance obligatoire pour les soins secondaires et tertiaires couvre les fonctionnaires employés par l'administration publique ainsi que dans des organisations gouvernementales œuvrant dans les domaines de l'éducation, de la science et de la protection sociale. Tout en tenant compte des explications fournies et de l'élargissement progressif de la couverture (voir également Conclusions 2017, article 12§3), le Comité note que le rapport ne donne aucune information quant au pourcentage de la population totale ayant droit aux soins médicaux secondaires et tertiaires gratuits ou à tarifs réduits. Il demande donc que le prochain rapport contienne ces données et considère entre-temps qu'il n'a pas été établi que le système de sécurité sociale couvre un pourcentage significatif de la population ce qui concerne les prestations d'assurance maladie, comme exigé par la Charte sociale.

S'agissant des prestations de **maladie**, le Comité relève dans le MISSCEO qu'un régime contributif couvre les travailleurs salariés et indépendants. En réponse à la question du

Comité, le rapport indique cependant qu'il n'y a pas de données statistiques disponibles concernant la couverture. Le Comité réitère sa demande de données concernant le nombre de personnes assurées, en pourcentage de la population active totale.

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes concernant la description du régime des retraites, et en particulier des différents types pensions de **vieillesse**, d'**invalidité** et de **survivant**. Il relève dans le MISSCEO qu'il existe un régime contributif et un régime non contributif en matière de pensions d'invalidité et de survivant, le régime contributif couvrant les salariés, les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles. Un régime de pensions de retraite multi-piliers (pension publique, pension contributive, contributions volontaires) s'applique à tous les résidents. Le rapport indique notamment que le régime de pension volontaire est en vigueur depuis 2011. Selon les statistiques officielles, le nombre de bénéficiaires en 2015 était de 305 600 pour les pensions de vieillesse, de 2 800 pour les pensions spéciales (en cas de retraite anticipée), de 1 100 pour le personnel de l'aviation civile, de 128 300 pour les pensions d'invalidité et de 10 800 pour les pensions de survivant. Le Comité demande que le prochain rapport précise si la totalité de la population active est assurée (par le régime contributif ou le régime non contributif) en matière de retraite, d'invalidité ou de survivant.

Le rapport indique que le système des prestations de **chômage** a été réformé à la suite de l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2014, de la nouvelle loi relative à l'emploi. Il ne fournit cependant pas les informations demandées sur le pourcentage de personnes assurées contre le risque en question rapporté à la population active totale. Le Comité note en outre que, selon le MISSCEO et l'ISSA, le versement des prestations de chômage a été interrompu en 2015. Il demande que le prochain rapport éclaircisse ce point et présente en détail le système instauré par la nouvelle législation (voir également ci-après).

Caractère suffisant des prestations

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 12§1, le montant des prestations servies en remplacement des revenus doit se situer dans une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu et ne doit jamais tomber en deçà du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat. Faute d'indicateur Eurostat concernant le revenu médian ajusté, le Comité relève dans les statistiques nationales officielles qu'en 2015, le revenu médian ajusté était de 61 319 AMD (116 € au taux du 31/12/2015) par mois (50 % équivalant à 30 660 AMD (58 €) et 40 % à 24 528 AMD (46 €)). Le Comité se référera à ces seuils dans son évaluation du caractère suffisant des prestations. Il relève néanmoins que d'autres indicateurs nationaux de la pauvreté nationale sont également utilisés en Arménie : il s'agit du seuil national de pauvreté, qui a été fixé à 41 698 AMD (79 € au taux du 31/12/2015) par mois au niveau « haut » de la fourchette, du seuil de pauvreté relative, fixé à 36 791 AMD (70 €) par mois, du seuil de pauvreté au niveau « bas » de la fourchette, fixé à 34 234 AMD (65 €) par mois et du seuil d'extrême pauvreté (alimentaire) fixé à 24 109 AMD (46 €) par mois. Le Comité note de plus qu'en 2015, le salaire minimum était fixé à 55 000 AMD (104 €).

L'indemnité de **maladie** est versée à compter du deuxième jour ouvré, pour une durée maximum de trois mois qui peut être prolongée jusqu'à six mois. Un salarié s'occupant d'un membre malade de sa famille a également droit à une prestation de maladie (pendant un maximum de sept jours s'il s'agit d'un adulte, de 24 à 28 jours s'il s'agit d'un enfant et pendant toute la durée de la maladie dans certains autres cas). Les travailleurs indépendants n'ont droit à une indemnité de maladie que pendant la durée du traitement en milieu hospitalier, pour une période qui ne doit pas excéder 60 jours calendaires par an. Le montant versé correspond à 80 % du salaire mensuel moyen du travailleur (dans la limite de dix fois le revenu moyen) ou aux revenus du travailleur indépendant (dans la limite de cinq fois le revenu minimum). Au vu de ces informations, le Comité considère que le niveau de cette indemnité est suffisant, dans la mesure où son montant minimum, fixé à 80 % du revenu minimum – c.à.d. à 44 000 AMD (83 €) – est supérieur au seuil de pauvreté.

Le rapport ne donnant aucune information sur le système de sécurité sociale quant aux **accidents du travail** et aux **maladies professionnelles**, le Comité demande que le prochain rapport présente toutes informations utiles à cet égard et qu'il indique si cette branche est couverte par le système de sécurité sociale arménien (des informations sont requises notamment en ce qui concerne les conditions d'attribution, le montant minimum des prestations et la durée de versement).

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a considéré que le niveau minimum de la pension de **vieillesse** de base était inadéquat. Selon le MISSCEO, la prestation relavant du régime contributif est assujettie à une période d'affiliation donnée et calculée en fonction d'un coefficient personnel. D'après les statistiques officielles, le montant mensuel moyen de la pension était de 40 441 AMD (76 €). Le Comité demande que le prochain rapport présente une estimation du montant de la pension de vieillesse pour un salarié ayant touché le salaire minimum et ayant cotisé pendant la durée minimale requise, qui est de 25 ans. Il réserve entretemps sa position sur ce point. Les résidents ne remplissant pas les conditions requises pour bénéficier d'une pension contributive ont droit à partir de 65 ans à une pension sociale non contributive (voir Conclusions 2017, article 13§1).

Selon le rapport, les montants de l'aide accordée au titre de la pension sociale d'**invalidité** non contributive sont respectivement de 21 500 AMD (41 €) pour une personne présentant un handicap de niveau I ou avec un enfant, de 19 000 AMD (36 €) pour une personne présentant un handicap de niveau II et de 16 000 AMD (30 €) pour une personne présentant un handicap de niveau III. Le Comité note que le niveau de ces prestations est largement en deçà du seuil de pauvreté et le considère donc inadéquat.

Le rapport ne donne pas les informations demandées par le Comité concernant le système de prestation de **chômage** mais signale qu'une importante réforme a été adoptée en 2014 en vue de promouvoir des mesures d'activation. Selon d'autres sources (MISSCEO, ISSA), les allocations de chômage ont été interrompues en 2015 et remplacées par des mesures en faveur de l'emploi, dont une aide pécuniaire octroyée aux catégories de chômeurs les plus désavantagées. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations complètes et précises sur cette législation et son incidence sur les conditions d'octroi des allocations de chômage, le niveau des prestations servies, la durée de service des prestations, ainsi que les conditions permettant de les suspendre ou de les supprimer, notamment concernant la période durant laquelle un chômeur peut refuser une offre d'emploi ne correspondant pas aux compétences professionnelles qu'il a acquises antérieurement. Le Comité considère entre-temps qu'il n'est pas établi que le niveau minimum de la prestation de chômage soit adéquat.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Arménie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que le système de sécurité sociale garantisse une couverture santé adéquate ;
- le montant de la pension sociale d'invalidité est insuffisant ;
- il n'est pas établi que le montant des prestations de chômage soit suffisant.

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 l'Arménie.

Il renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du régime national de sécurité sociale et en particulier du régime de pension. S'agissant des modifications apportées aux prestations de maternité, le Comité renvoie à ses conclusions relatives à l'article 8§1. En ce qui concerne les autres branches de la sécurité sociale, le Comité prend note des faits nouveaux intervenus sur le plan législatif durant la période de référence. Le rapport fait notamment mention des améliorations suivantes :

- l'adoption, en 2011 et 2012 d'un dispositif de services de sécurité sociale, y compris d'une assurance médicale obligatoire, pour les fonctionnaires et les salariés travaillant dans des organisations non gouvernementales à but non lucratif qui œuvrent dans les domaines de l'éducation, de la culture et de la sécurité sociale (Décisions n° 1923-N du 29 décembre 2011 et n° 1691-N du 27 décembre 2012) ;
- l'extension, en 2015, des soins médicaux gratuits pour y inclure la chirurgie cardiaque d'urgence ;
- l'augmentation, à compter de 2014, des pensions d'invalidité pour les personnes relevant des deux premières catégories d'invalidité.

Le Comité observe cependant que le système des allocations de chômage a été amplement réaménagé depuis 2015, du fait d'une réforme de la politique de l'emploi faisant suite à l'adoption d'une nouvelle loi relative à l'emploi entrée en vigueur le 1er janvier 2014. Selon le rapport, la nouvelle politique prévoit plusieurs programmes visant à favoriser l'emploi en général et en particulier pour les personnes qui ne sont pas compétitives sur le marché du travail. En vertu de la nouvelle législation, ces personnes peuvent bénéficier d'une aide financière ainsi que de mesures de soutien pour l'utilisation des services fournis par les organismes de placement privés ou pour le démarrage d'une petite activité entrepreneuriale, et les employeurs peuvent toucher une compensation pour embaucher ces personnes ou pour aménager les lieux de travail afin de répondre à leurs besoins. Le rapport ne fournit toutefois aucune information sur les critères et conditions d'octroi d'une assistance financière et son montant. De plus, il n'explique pas quels ont été les effets de la réforme pour les chômeurs en fin de droits. Selon le rapport, le statut de chômeur est désormais un facteur décisif pour évaluer le degré d'indigence des familles et octroyer des prestations d'assistance sociale (familiales). Le Comité rappelle à cet égard que pour être conforme à la Charte, aucune évolution ne peut porter atteinte à la protection sociale effective de tous les membres de la société contre les risques sociaux et économiques et faire du système de sécurité sociale un simple dispositif d'assistance minimale. C'est pourquoi toute modification du système de sécurité sociale doit assurer le maintien d'un système de sécurité sociale de base suffisamment étendu.

Le Comité rappelle qu'une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3. Dans son appréciation de la conformité de la situation nationale, le Comité s'appuie sur la teneur des modifications (champ d'application, conditions d'octroi des prestations, niveau des prestations, etc.), les motifs des modifications et le cadre de la politique sociale et économique dans lequel elles s'inscrivent, l'importance des modifications (catégories et nombre de personnes affectées, montant des prestations avant et après la modification), la nécessité de la réforme, l'existence de mesures d'assistance sociale destinées aux personnes qui se trouvent dans le besoin du fait de ces modifications, et les résultats obtenus par les modifications (informations pouvant être présentées au titre de l'article 13). Compte tenu de ce qui précède, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des précisions sur toute modification apportée au système de sécurité sociale et, notamment, sur la réforme de la politique de l'emploi, à la lumière des critères susmentionnés et en en précisant quels sont les effets de ces changements sur le

champ d’application personnel du système et sur les montants minima des prestations servies en remplacement des revenus. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Arménie.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité relève dans le rapport l'entrée en vigueur, en 2014, de la loi sur les prestations versées par l'État, puis de la loi sur l'assistance sociale au 1er janvier 2015.

Le droit aux prestations familiales (ou sociales) est déterminé en se fondant sur la méthode indirecte d'évaluation du degré d'indigence de la famille. Selon la loi sur les prestations versées par l'État, les familles dont le score de pauvreté est supérieur au score de pauvreté marginale ont droit à ces prestations. Le calcul du score de pauvreté se fait comme prescrit par le Gouvernement, en tenant compte des variables « proxy » caractérisant la pauvreté, comme le groupe social de chaque membre de la famille (personne handicapée, retraité, enfant, chômeur, adulte apte au travail, etc.), le nombre de membres de la famille inaptes au travail, les conditions de vie à domicile, le revenu mensuel moyen, etc.

Depuis 2008, le score de pauvreté marginale d'admission au bénéfice des prestations familiales (ou sociales) a été abaissé de 33 à 30 et est resté inchangé jusqu'en 2015. Les familles dont le score est supérieur au score de pauvreté marginale acquièrent le droit aux prestations familiales (ou sociales), et celles dont le score est inférieur peuvent être portées sur la liste des bénéficiaires de l'aide trimestrielle d'urgence, d'un montant égal au montant de base des prestations familiales (ou sociales). Le Comité relève dans la base de données MISSCEO que le montant de base de l'assistance s'élève à 17 000 AMD (32 €) par mois depuis 2014.

Selon le rapport, les modifications apportées au système des prestations familiales (ou sociales) sur la période 2012-2015 concernaient principalement l'amélioration des modalités d'évaluation du degré d'indigence des familles. Les familles à bas revenus, notamment les familles avec enfants, ont ainsi acquis le droit aux prestations familiales (ou sociales). Le Comité relève l'augmentation du nombre de familles ayant touché des prestations (95 161 en 2012, 103 745 en 2015).

S'agissant des personnes âgées, le Comité a constaté dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015) que l'assistance sociale dont bénéficiaient les personnes âgées sans ressources n'était pas suffisante. Il a demandé si les prestations de vieillesse servies aux personnes âgées qui ne justifiaient pas de la durée requise de cotisation à l'assurance étaient complétées par d'autres prestations sociales, notamment des prestations familiales et des allocations logement. Il relève dans le rapport que les titulaires d'une pension vivant seuls touchent un montant qui peut atteindre 40 500 AMD (en 2015), plus une prestation complémentaire de 16 000 AMD, leur revenu total étant constitué par la somme des deux. Les retraités (sans emploi) vivant seuls (ou non placés sous tutelle comme prescrit par la loi) touchent une pension dont le montant peut atteindre 109 000 AMD (en 2015), plus une prestation complémentaire de 16 000 AMD, leur revenu total étant constitué par la somme des deux. Le Comité comprend qu'une personne âgée vivant seule et toujours employée peut toucher une allocation de 40 500 AMD au titre de sa pension, plus une prestation complémentaire de 16 000 AMD, tandis qu'un retraité (sans emploi) vivant seul peut toucher une pension de 109 000 AMD, plus la prestation de 16 000 AMD. Il demande si cette interprétation est correcte. Le Comité aussi demande que le prochain rapport indique quel est le montant total de la pension et de l'aide sociale versée à une personne âgée seule et sans ressources. Entretemps, il réserve sa position pour ce qui concerne les personnes âgées.

Le rapport indique en outre que les prestations familiales s'adressent aux familles ayant un enfant de moins de 18 ans et que les prestations sociales s'adressent aux familles dont aucun membre n'a moins de 18 ans, pourvu que les conditions fixées par la loi et les arrêtés

ministériels pertinents soient satisfaites. À cet égard, le Comité rappelle qu'au titre de l'article 13§1 de la Charte il se limite à examiner la situation d'une personne seule sans ressources. Il ne tient donc pas compte des suppléments versés aux familles pour un ou plusieurs enfants. Il demande que le rapport suivant fournisse des informations plus précises concernant « l'allocation familiale » ou « l'allocation sociale » qui serait servie à une personne seule remplissant les critères d'éligibilité sur la base du score de pauvreté.

S'agissant de l'assistance médicale, le Comité a constaté dans ses conclusions précédentes que les ménages bénéficiaires de prestations familiales affectés d'un score de pauvreté supérieur ou égal à 36 avaient droit à des services médicaux gratuits. Il a cependant noté que, selon une enquête menée par l'Organisation mondiale de la Santé en 2009, 25 % des citoyens les plus démunis n'avaient pas accès aux services médicaux dont ils avaient besoin, et demandé que le rapport suivant s'en explique.

Le Comité relève dans le rapport que la liste répertoriant des catégories distinctes (spéciales) de populations précaires ayant droit à recevoir une assistance et des services médicaux gratuitement ou à des conditions préférentielles garanties par l'État a été approuvée par l'annexe 1 de l'arrêté ministériel n° 318-N du 4 mars 2004. Durant la période de référence, la liste a été modifiée de façon à inclure les bénéficiaires de prestations familiales (ou sociales) ayant un score de pauvreté de 30 et plus (38 auparavant). Le Comité constate cependant que selon l'OMS, les dépenses privées représentaient environ la moitié du total des dépenses de santé en Arménie et qu'il s'agissait pour l'essentiel de paiements directs, c.-à-d. à la charge des patients. Dans le contexte de ralentissement économique actuel, de moins en moins de personnes peuvent assumer ces dépenses.

À ce propos, le Comité renvoie également à sa conclusion au titre de l'article 12§1 de la Charte, dans laquelle il a noté que le rapport ne contient pas d'informations sur la proportion de la population totale ayant droit à des soins secondaires et tertiaires gratuits ou à un coût réduit. Il demande des informations plus détaillées concernant la nature et l'étendue des services de santé accessibles et d'un coût abordable pour les personnes sans ressources. Il estime que si ces renseignements ne figurent pas dans le rapport suivant, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Niveau des prestations

- Prestation de base : selon la base de données MISSCEO et le rapport, le montant de la prestation de base s'élevait à 17 000 AMD (32 €) en 2015. S'agissant des personnes âgées, le Comité note qu'elles touchent 56 500 AMD ou 125 000 AMD.
- Prestations supplémentaires : le Comité relève dans la base de données MISSCEO qu'il n'existe pas d'allocations pour le logement ou le chauffage. Il prend note des compléments versés aux familles confrontées à des situations d'urgence, ainsi que pour chaque membre de la famille âgé de moins de 18 ans.
- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat) : en l'absence de cet indicateur d'Eurostat, le Comité relève dans les statistiques officielles que le revenu médian ajusté s'établissait à 61 319 AMD par mois en 2015 (soit 116 € au taux du 31 décembre 2015). Autrement dit, 50 % du revenu médian ajusté équivalait à 30 660 AMD (58 €). Le Comité se réfèrera à ces seuils dans son appréciation du caractère suffisant des prestations. Il note cependant que d'autres indicateurs nationaux de la pauvreté sont aussi employés en Arménie : la ligne de pauvreté supérieure fixée à 41 698 AMD (79 € au taux du 31 décembre 2015) par mois, la ligne de pauvreté relative fixée à 36 791 AMD (70 €) par mois, la ligne de pauvreté inférieure fixée à 34 234 AMD (65 €) par mois, et la ligne de pauvreté extrême (nourriture), fixée à 24 109 AMD (46 €) par mois.

Le Comité considère que le montant de la prestation de base (17 000 AMD) se situe en deçà du seuil de pauvreté et est par conséquent insuffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

Dans une précédente conclusion, le Comité a demandé que le rapport suivant confirme qu'une assistance judiciaire et des conseils juridiques sont disponibles pour les personnes sans ressources dans le cadre des procédures d'appel. Le Comité renouvelle sa question et considère que dans l'hypothèse où ces informations ne seraient pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

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 leur 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 examinera 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'État parties résidant légalement sur le territoire

Dans une précédente conclusion, le Comité a demandé à quels critères juridiques devaient satisfaire les ressortissants étrangers résidant légalement en Arménie pour bénéficier de l'assistance sociale au même titre que les nationaux.

Il relève dans le rapport que conformément à l'article 18 de la loi sur l'assistance sociale, toute personne résidant sur le territoire de la République d'Arménie – c.-à-d. les ressortissants étrangers ayant la qualité de résident, les apatrides et les personnes ayant obtenu le statut de réfugié en République d'Arménie – a droit à l'assistance sociale dans les conditions fixées par la loi. Ces personnes jouissent des mêmes droits que les citoyens arméniens si elles remplissent les critères prévus par la loi précitée. Le Comité demande si les ressortissants des États parties résidant légalement en Arménie doivent satisfaire à une condition de durée de résidence pour être éligibles à l'assistance sociale.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

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 (y compris un état medicale). 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 demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique répondent à ces critères.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Arménie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale accordée à une personne seule sans ressources est insuffisant.

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 l'Arménie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a relevé qu'il ne ressortait pas de la loi sur l'assistance sociale que les bénéficiaires de l'assistance soient discriminés dans l'exercice des droits sociaux et politiques et demandé que le rapport suivant confirme que tel est bien le cas.

Le Comité note que le rapport ne fournit aucune information à cet égard. Il demande si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques et sociaux sont, dans la pratique, interprétées de manière à éviter toute discrimination fondée sur le statut de bénéficiaire d'une assistance sociale ou médicale. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Arménie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si et comment l'État aidait les organisations bénévoles actives dans le domaine des services sociaux, et notamment s'il existait des aides financières ou des avantages fiscaux.

Le rapport précise que l'Arménie développe actuellement un système intégré de services sociaux avec la participation de différents acteurs qui fournissent des services sociaux (en ce compris des organisations non gouvernementales), dans le but d'améliorer la prestation de services aux bénéficiaires. À cet égard, le Gouvernement de la République d'Arménie a approuvé, par la Décision n° 952- N du 26 juillet 2012, le plan pour la création d'un système intégré de services sociaux, et prévu la mise en œuvre d'un programme pilote pour la fourniture intégrée de services sociaux. Dans le cadre de la mise en place de ce nouveau système, depuis 2013, dix-huit centres territoriaux ont été créés afin de fournir un éventail complet de services sociaux, et des stages de formation ont été organisés à grande échelle pour les salariés des structures appelées à faire partie des centres territoriaux. À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport indique, par des informations actualisées, quel a été l'impact de l'approbation du plan pour la mise en place d'un système intégré de services sociaux sur la fourniture des services sociaux.

Le rapport souligne qu'afin de créer le cadre juridique nécessaire à la mise en place d'un système intégré de services sociaux, une trentaine de textes juridiques ont été adoptés dans le sillage de la loi de la République d'Arménie relative à l'assistance sociale (17 décembre 2014). En particulier, l'article 20 de la loi précitée énonce les principes de base de l'assistance sociale, dont le principe de coopération fondé sur l'action conjointe et la collaboration entre les différents acteurs (par exemple des organisations non gouvernementales) qui participent à la fourniture de l'assistance sociale.

Le rapport fait état de l'adoption, le 11 février 2016 (hors période de référence, de l'arrêté n° 25-N du ministre du Travail et des Affaires sociales de la République d'Arménie, qui établit le modèle d'Accord de coopération sociale devant être conclu aux niveaux national et territorial. L'Accord de coopération sociale entre le Gouvernement et les représentants d'organisations non gouvernementales internationales et locales a été signé, depuis 2016, par 45 organisations. Il prévoit la création d'un réseau commun d'échange d'informations dans le domaine social et la mise en œuvre d'activités visant à détecter les besoins sociaux, à prévenir les risques, à assurer une gestion plus efficace des dossiers et à mieux cibler la fourniture de l'assistance sociale. À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport indique, par des informations actualisées, quel a été l'impact de l'adoption de l'Accord de coopération sociale sur la fourniture de services sociaux.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a aussi demandé que le rapport suivant fournisse des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes illustrant la participation du secteur bénévole à l'offre de services sociaux, ainsi que l'accès effectif des individus à ces services. Il note que le rapport ne contient pas ces informations et ajourne sa conclusion sur ce point. Il attire l'attention du Gouvernement sur le fait que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Arménie soit conforme à l'article 14§2 de la Charte sur ce point.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quelles étaient les procédures à suivre et les conditions imposées aux organisations bénévoles pour qu'elles puissent offrir leurs services aux usagers, notamment si un système d'habilitation ou d'accréditation était en place. Il a également demandé comment était contrôlée la qualité des services fournis par les organisations bénévoles. Le Comité prend note des efforts récemment déployés (hors période de référence) pour assurer, d'une manière générale, une

organisation plus efficace des services sociaux, et plus particulièrement pour associer des organisations non gouvernementales à la fourniture de services sociaux. Cependant, le présent rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réserve sa position sur ce point. Il considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

CONCLUSIONS RELATING TO CONCLUSIONS OF NON-CONFORMITY DUE TO A REPEATED LACK OF INFORMATION IN CONCLUSIONS 2015

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 10 - Protection spéciale contre les dangers physiques et moraux

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Arménie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que la législation protégeait tous les enfants de moins de 18 ans contre toutes les formes d'exploitation sexuelle, ni que des mesures adéquates avaient été prises pour protéger les enfants des rues et leur venir en aide.

Protection contre l'exploitation sexuelle

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a noté que le code pénal ne donnait pas de définitions précises des notions d' « enfant » et de « mineur ». Il a considéré qu'au vu des informations dont il disposait, il n'était pas établi que la loi érigeait en infraction pénale tout acte d'exploitation sexuelle commis à l'encontre de tous les enfants de moins de 18 ans, y compris la simple détention de matériel pédopornographique.

D'après le rapport, conformément à la législation arménienne, ainsi qu'aux instruments internationaux ratifiés et aux traités signés par la République d'Arménie, un enfant est un être humain âgé de moins de 18 ans.

Le Comité note que, d'après les informations fournies par le Gouvernement, l'article 289 du projet de nouveau code pénal interdit la diffusion de matériels ou d'objets pédopornographiques. La deuxième partie de l'article précité énonce les peines prévues en cas de production ou de diffusion de matériels pédopornographiques, ou de stockage de tels matériels dans des systèmes informatiques ou des systèmes de stockage de données informatiques, ou par tout autre moyen. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant l'entrée en vigueur du nouveau code. Il demande également comment le nouveau code régit la protection des enfants contre l'exploitation sexuelle, à savoir la prostitution d'enfants et la pédopornographie. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Protection contre d'autres formes d'exploitation

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré qu'il n'était pas établi que des mesures adéquates avaient été prises pour protéger les enfants des rues et leur venir en aide.

Le Comité relève dans les informations fournies par le Gouvernement que ce dernier a adopté, le 10 août 2015, une stratégie visant à résoudre le problème de la mendicité et du vagabondage des enfants. Il s'agit, par cette stratégie, de développer des approches systématiques pour résoudre les problèmes rencontrés dans ce domaine, de réduire le nombre de ces enfants, de prendre des mesures de grande ampleur permettant de les repérer et de faciliter leur insertion dans la société.

Afin de prévenir la mendicité et le vagabondage des mineurs, et de renforcer l'action des fonctionnaires de police, les subdivisions de l'administration de la police d'Erevan et des différentes régions organisent des inspections occasionnelles dans la ville d'Erevan et dans les régions. Pour offrir l'assistance nécessaire aux enfants des rues, la police coopère avec les institutions et les collectivités locales, ainsi qu'avec des organisations non-gouvernementales.

Certains enfants repérés par la police des mineurs sont orientés vers le Centre d'aide à l'enfance, où différents spécialistes (psychologues, pédagogues, travailleurs sociaux) leur offrent l'assistance médicale, psychologique et morale dont ils ont besoin.

Les enfants des rues peuvent aussi être placés dans des centres de réadaptation de proximité, où ils bénéficient, ainsi que leurs parents, d'une prise en charge préventive de longue durée. La situation de chaque mineur adressé au centre est examinée individuellement, afin de comprendre les raisons qui l'ont conduit à mendier et de prendre des mesures pour remédier à ses difficultés.

Le groupe de travail interministériel créé par l'ordonnance n° 3837-A du Chef de la police du 7 novembre 2013 a exercé ses activités entre 2014 et 2016. Elles ont consisté à repérer les enfants qui se livrent à la mendicité et au vagabondage, à examiner les problèmes rencontrés par ces mineurs et par leurs familles et à formuler et soumettre les demandes nécessaires aux organismes compétents pour permettre leur rescolarisation. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données statistiques sur le nombre d'enfants des rues.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 4 - Réglementation du travail de nuit

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Arménie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que la réglementation du travail de nuit offre une protection suffisante aux femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant leur enfant (Conclusions 2015, Arménie).

En réponse à la conclusion du Comité, le rapport indique que l'article 148 du code du travail a été modifié (loi no HO-96-N du 22 juin 2015) et prévoit désormais que les femmes enceintes et les travailleuses s'occupant d'un enfant de moins de 3 ans ne peuvent être affectées à un travail de nuit que si elles ont donné leur accord, après avoir subi un examen médical préalable et remis à l'employeur l'avis émis par le médecin. Ceci implique, selon le rapport, que l'examen médical et la remise des conclusions de l'examen à l'employeur sont maintenant des formalités obligatoires en cas d'affectation d'une femme enceinte ou s'occupant d'un enfant de moins de 3 ans à un travail de nuit, en cas de grossesse d'une femme travaillant de nuit et à son retour de congé de maternité.

Le rapport précise aussi qu'en vertu de l'article 258 du code du travail, lorsqu'une femme enceinte ou s'occupant d'un enfant de moins de 1 an doit effectuer une visite médicale pendant son temps de travail, l'employeur est tenu de la libérer de ses tâches professionnelles tout en maintenant sa rémunération moyenne, calculée sur la base du taux horaire moyen. Par ailleurs, selon le rapport, lorsqu'ils assurent le suivi de la grossesse et le suivi post-natal, les gynécologues-obstétriciens conseillent aux femmes affectées à un poste de nuit d'éviter le travail de nuit et leur délivrent l'attestation pertinente à présenter à l'employeur.

Le rapport rappelle en outre que l'article 249 du code du travail prévoit d'une manière générale, pour l'ensemble des salariés, un contrôle préalable à l'affectation à un travail de nuit ou par roulement puis des examens médicaux périodiques. Conformément à l'arrêté no 1089-N du 15 juillet 2004, il n'y a pas d'interdiction spécifique du travail de nuit pendant la grossesse ou la période d'allaitement, mais ces situations sont incluses sur la liste des contre-indications médicales générales à des activités exposant à des facteurs nocifs ou dangereux dans l'environnement industriel et les processus de travail. À cet égard, le rapport précise que selon la réglementation sanitaire arménienne (approuvée par l'arrêté no 756-N du ministère de la Santé en date du 15 août 2005), le travail de nuit peut, en fonction du nombre et de la durée des roulements et des périodes de repos, constituer des conditions de travail nocives (stressantes).

Au vu des informations fournies, le Comité considère que la situation est conforme à l'article 8§4 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Arménie est conforme à l'article 8§4 de la Charte.

Article 17 - Droit des enfants et des jeunes à une protection sociale, juridique et économique

Paragraphe 1 - Assistance, éducation, formation

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le statut juridique de l'enfant

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Arménie en réponse à la conclusion selon laquelle il note que l'absence de discrimination entre les enfants nés dans et hors mariage n'a pas été établie (Conclusions 2015, Arménie). Il constate notamment que la législation n'établit aucune distinction entre les enfants nés de parents mariés et ceux nés de parents non mariés. Tous les enfants sont égaux en droit. Le Comité demande que le prochain rapport précise quels éléments de la législation servent de fondement à la garantie de cette égalité.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Arménie est conforme à l'article 17§1 de la Charte en ce qui concerne le statut juridique de l'enfant.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 2 - Départ, voyage et accueil

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des information communiquées par l'Arménie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que des mesures adaptées aient été prises pour faciliter le départ, le voyage et l'accueil des travailleurs migrants.

Selon le rapport, sept centres de ressources sur la migration opèrent sous la tutelle de l'Agence nationale pour l'emploi du ministère du Travail et des Affaires sociales de la République d'Arménie. Les centres de ressources sensibilisent aux questions liées aux migrations, offrent aux candidats à l'émigration des services d'orientation avant le départ et aident les migrants qui sont de retour dans le pays à se réinsérer sur le marché du travail. Le rapport donne quelques exemples de projets et programmes menés à bien en 2016 (hors période de référence). À cet égard, il souligne que les émigrants sont considérés comme des groupes vulnérables, conformément à la loi sur l'emploi adoptée en 2014. À ce titre, ils peuvent, par ordre de priorité, bénéficier des treize programmes annuels d'aide à l'emploi de l'État. Quelque 2 019 migrants de retour dans le pays se sont inscrits auprès des services de l'Agence nationale pour l'emploi et 286 ont bénéficié des programmes d'emploi annuels.

Le rapport ajoute que l'Agence nationale pour l'emploi, en coopération avec l'Organisation internationale pour les migrations et l'ONG Caritas Arménie, travaille à la mise en service d'un centre de ressources mobile. Le but est de sensibiliser la population aux programmes d'emploi et de migration, d'évaluer les besoins des migrants et de procéder à l'inscription des personnes vivant dans des régions reculées de façon plus efficace. Les citoyens seront ainsi mieux informés et protégés.

Enfin, le rapport fait état de l'approbation, le 21 juillet 2016 (hors période de référence), des Orientations pour l'intégration des personnes reconnues comme réfugié et ayant obtenu l'asile en République d'Arménie, ainsi que des migrants à long terme. Le but est de combler les lacunes de la politique migratoire de la République d'Arménie en définissant des groupes cibles et les modalités possibles de leur intégration, en tenant compte des bonnes pratiques internationales en la matière.

Le Comité comprend que la plupart des services disponibles sont dédiés en priorité aux émigrés et/ou immigrés d'origine arménienne. Le quatrième rapport de la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI) confirme cette analyse, vu qu'il considère que "les éléments existants de politiques et programmes d'intégration décrits ci-dessus placent un accent excessif sur les personnes d'origine ethnique arménienne et sur le principe convenu que leur origine ethnique rend les efforts d'intégration inutiles".

Le Comité rappelle que l'article 19§2 exige que les États parties adoptent des mesures spéciales destinées aux travailleurs migrants, outre celles mises en place pour les nationaux, afin de faciliter leur départ, leur voyage et leur accueil (Conclusions III (1973), Chypre). Il rappelle aussi que l'accueil des migrants doit prévoir une assistance en matière de placement et d'intégration sur le lieu de travail, mais aussi une aide en vue de surmonter certains problèmes comme le logement à court terme, la maladie ou le manque d'argent, ainsi que des mesures sanitaires adéquates (Conclusions IV (1975), Allemagne). L'accueil doit être assuré au moment même de l'arrivée et dans la période qui suit immédiatement celle-ci, c'est-à-dire dans les semaines au cours desquelles les travailleurs immigrés et leurs familles se trouvent souvent dans une situation particulièrement difficile (Conclusions IV, (1975), Observation interprétative de l'article 19§2).

À cet égard, le Comité a précédemment demandé des informations sur les services prévus pour aider les nouveaux migrants à leur arrivée en Arménie. Le rapport ne contient cependant aucune information sur ce point. Le Comité demande par conséquent que le rapport suivant contienne une description complète et à jour de la situation, à la lumière des critères d'évaluation susmentionnés. Il considère entretemps qu'aucune mesure appropriée n'a été prise pour faciliter le départ, le voyage et l'accueil des travailleurs migrants d'origine étrangère.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 19§2 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Arménie n'est pas conforme à l'article 19§2 de la Charte au motif qu'aucune mesure appropriée n'a été prise pour faciliter le départ, le voyage et l'accueil des travailleurs migrants d'origine étrangère.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 4 - Egalité en matière d'emploi, de droit syndical et de logement

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des information communiquées par l'Arménie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'en ce qui concerne l'affiliation aux syndicats et les conventions collectives, les travailleurs migrants jouissent d'une égalité de droits.

Le Comité rappelle que l'alinéa b de l'article 19§4 exige des États qu'ils éliminent toute discrimination de droit et de fait en ce qui concerne l'affiliation aux organisations syndicales et le bénéfice des avantages offerts par la négociation collective (Conclusions XIII-3 (1995), Turquie). Ceci englobe le droit d'être membre fondateur d'un syndicat et l'accès aux fonctions d'administration et de direction des syndicats (Conclusions 2011, Observation interprétative de l'article 19§4*b*).

Selon le rapport, toute personne a le droit de s'associer librement avec d'autres, y compris le droit de constituer des syndicats et d'y adhérer pour la défense de ses intérêts, conformément à l'article 45 de la Constitution de la République d'Arménie telle que modifiée en décembre 2015. L'article 3, point 3 du code du travail consacre les trois principes suivants :

- l'égalité des parties engagées dans une relation de travail, indépendamment de leur origine nationale, de leur nationalité, de leur affiliation à un parti politique ou à un syndicat ou de leur adhésion à des ONG ;
- le droit à la liberté d'association des employeurs et des travailleurs, y compris le droit de fonder des syndicats ou des organisations patronales et de s'y affilier ;
- la liberté de la négociation collective.

Le rapport ajoute que la participation volontaire (adhésion) à un syndicat est un droit garanti à toute personne, y compris les travailleurs migrants, en vertu de l'article 3, point b) de la loi relative aux syndicats. Le Comité demande que le prochain rapport contienne plus de précisions sur la mise en oeuvre de ce droit dans la pratique.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 19§4 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Arménie est conforme à l'article 19§4.b de la Charte.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 5 - Egalité en matière d'impôts et taxes

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Arménie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'il n'y ait pas de discrimination à l'encontre des travailleurs migrants en matière d'impôts, taxes et contributions afférents au travail.

Le rapport indique que toute personne physique, qu'elle ait ou non le statut de résident en Arménie, est redevable de l'impôt, conformément à l'article 3 de la loi relative à l'impôt sur le revenu. En particulier, cette loi prévoit qu'une personne soit considérée comme "résident" si elle a résidé en Arménie pendant au moins 183 jours au cours de l'année fiscal (du 1er janvier au 31 décembre) ou si ses intérêts familiaux ou économiques se concentrent en Arménie.

Les résidents sont imposés sur la totalité de leurs revenus, qu'ils soient de source arménienne ou étrangère. Les non-résidents ne sont imposés que sur leurs revenus de source arménienne.

Le rapport souligne que les rémunérations des résidents et des non-résidents (y compris les ressortissants étrangers) et leurs revenus équivalents sont imposés de la même manière, selon le barème défini par l'article 10.1.1 de la loi précitée (une fois par mois), et qu'aucune disposition prévoyant un traitement particulier (différenciation) n'est prévue.

Le rapport souligne également que les salariés nés à compter du 1er janvier 1974 doivent acquitter leurs cotisations sociales en Arménie, conformément à l'article 5.1.1 et 5.3 de la loi sur le régime des pensions. Ceci vaut également pour les ressortissants étrangers et les apatrides titulaires d'un titre de séjour, qui cotisent à la sécurité sociale selon les modalités générales prévues pour les citoyens arméniens, sauf dispositions contraires prévues par un accord bilatéral ou multilatéral.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Arménie est conforme à l'article 19§5 de la Charte.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 7 - Egalité en matière d'actions en justice

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Arménie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les travailleurs migrants bénéficient d'un traitement non moins favorable que les ressortissants arméniens pour les actions en justice (aide judiciaire, services de traduction et d'interprétation).

Le Comité rappelle que les États ont l'obligation d'assurer aux migrants l'accès aux tribunaux et le bénéfice de l'assistance d'un avocat et de l'aide judiciaire dans les mêmes conditions que les nationaux (Conclusions I (1969), Italie, Norvège, Royaume-Uni).

Il rappelle en outre que tout travailleur migrant résidant et travaillant légalement sur le territoire d'un État partie, lorsqu'il est engagé dans un procès ou une procédure administrative, s'il n'a pas de défenseur de son choix, doit être informé qu'il peut en avoir un et en obtenir un gratuitement, si l'intérêt de la justice l'exige et s'il n'a pas les moyens de le rémunérer, comme c'est, ou devrait être, le cas pour les nationaux par l'application de la Charte sociale européenne. Chaque fois que l'intérêt de la justice l'exige, tout travailleur migrant doit pouvoir se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend pas, ou ne parle pas bien, la langue nationale employée à l'audience et tous les documents nécessaires doivent être traduits. Une telle assistance juridictionnelle doit aussi être accessible pour toutes les procédures préjudicielles (Conclusions 2011, Observation interprétative de l'article 19§7).

Selon le rapport, l'article 63 de la Constitution de la République d'Arménie, adoptée le 6 décembre 2015 par référendum, garantit à toute personne, y compris aux travailleurs migrants, le droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial. Les conditions de saisine des tribunaux civils et administratifs sont définies aux articles 2 du code de procédure civile et 3 du code de procédure administrative, respectivement.

Le Comité a noté dans une conclusion précédente (Conclusions 2011) qu'en vertu de la loi relative à la défense en justice l'État garantissait une aide juridictionnelle gratuite dans un certain nombre de cas prévus par le code pénal et le code civil. À cet égard, il a demandé quelles catégories d'actions étaient couvertes par ce dispositif et quelles conditions étaient requises pour y être éligible. Aux termes de l'article 64 de la Constitution arménienne, « toute personne a droit à l'aide juridictionnelle. Dans les cas prévus par la loi, l'aide juridictionnelle doit être financée par l'Etat. Aux fins de l'aide juridictionnelle, les interventions du barreau doivent reposer sur l'indépendance, l'autonomie et l'égalité des armes des avocats. Le statut, les droits et les devoirs des avocats doivent être prévus par la loi ».

En vertu du troisième alinéa de l'article 6 de la loi relative à la défense en justice, il est possible d'obtenir une assistance juridique gratuite, en accord avec l'avocat. Le rapport indique en outre qu'en application de l'article 4 de la loi précitée, l'État accorde une aide juridictionnelle gratuite aux travailleurs migrants conformément aux critères énumérés à l'article 41.5. L'aide juridictionnelle englobe, entre autres, le conseil juridique, la rédaction de documents officiels et la représentation ou la défense de l'intéressé en matière civile, en matière pénale et en matière de contentieux administratif ou constitutionnel (article 41.2).

L'article 10.1 du code de procédure pénale garantit aussi à chacun le droit de recevoir une aide juridique. L'aide juridique accordée à une personne suspectée ou poursuivie par un avocat commis d'office pourra être payée par l'État, à moins que l'avocat n'ait accepté d'intervenir gratuitement. Le bureau d'aide juridictionnelle du tribunal concerné rend une

décision motivée sur la demande d'admission au bénéfice de l'aide et peut exonérer le suspect ou l'accusé de payer tout ou partie des frais (article 165 du code de procédure pénale, paragraphes 2 et 3).

Le Comité a aussi demandé des informations à jour sur les amendements prévus à la loi relative à la défense en justice. Selon le rapport, le projet de loi vise à mieux prendre en compte les spécificités des droits des avocats étrangers ; définir les modalités de la formation des avocats ; élargir le champ des bénéficiaires potentiels de l'aide juridictionnelle gratuite ; étendre aux avocats non-inscrits comme défenseur public la possibilité d'assurer la défense publique et réglementer de manière plus exhaustive plusieurs questions procédurales. Le Comité comprend, d'après le rapport, que l'aide juridictionnelle gratuite n'est pas accordée aux étrangers et aux demandeurs d'asile ayant fait appel d'une décision d'expulsion. Il demande que le prochain rapport confirme que cette interprétation est correcte et précise également dans quelles autres circonstances, le cas échéant, les étrangers n'ont pas droit à une aide juridictionnelle gratuite.

Le Comité comprend aussi que ce projet de loi n'a pas encore été adopté. Il demande donc que le prochain rapport indique quand il le sera.

Enfin, le Comité avait demandé davantage d'informations sur les dispositions prévues en matière d'interprétation et de traduction dans les procédures pénales, y compris à propos de qui en supporte les frais.

Le rapport indique que les procédures judiciaires se déroulent en arménien. Cependant, lorsque la personne concernée ne comprend pas la langue arménienne, le tribunal veille à ce que des services d'interprétation et traduction soient assurés aux frais de l'État dans les procédures pénales, civiles et administratives. Une personne physique engagée dans une procédure administrative ou dans certaines procédures civiles prévues par la loi bénéficie aussi de services gratuits de traduction (financés par l'État) dès lors qu'elle justifie son incapacité à payer ces services, compte tenu de sa situation financière (article 19 du code judiciaire).

Le Comité prend note de ce qu'un nouveau code de procédure civile est en préparation et demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur son adoption.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Arménie est conforme à l'article 19§7 de la Charte.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 8 - Garanties relatives à l'expulsion

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Arménie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les migrants qui résident légalement en Arménie ne sont pas expulsés, sauf s'ils menacent la sécurité nationale ou contreviennent à l'ordre public ou aux bonnes mœurs.

Le Comité rappelle que pour être conformes à la Charte, ces mesures d'expulsion doivent avoir été ordonnées, conformément à la loi, par un tribunal ou une autorité judiciaire, ou par un organe administratif dont les décisions peuvent faire l'objet d'un contrôle juridictionnel. Elles ne doivent être ordonnées que lorsque l'intéressé a été condamné pour un délit grave ou est impliqué dans des activités qui constituent une menace substantielle pour la sécurité nationale, l'ordre public ou les bonnes mœurs. Les mesures d'expulsion doivent respecter le principe de proportionnalité et prendre en compte l'ensemble du comportement du ressortissant étranger ainsi que les conditions et la durée de sa présence sur le territoire national. Les liens que l'intéressé entretient tant avec le pays d'accueil qu'avec le pays d'origine, de même que la force des éventuelles relations familiales qu'il a pu tisser durant cette période, doivent également être pris en considération pour déterminer si l'expulsion respecte le principe de proportionnalité (Observation interprétative de l'article 19§8, Conclusions 2015).

En réponse à la demande de précisions du Comité (Conclusions 2015) concernant l'expulsion pour raisons de santé, le rapport indique que, selon l'article 8.1.*d* de la loi relative aux étrangers, le fait qu'une personne souffre d'une maladie infectieuse susceptible de constituer une menace pour la santé publique peut constituer un motif de refus de visa exclusivement pour les personnes entrant en Arménie, mais ne peut être invoqué pour justifier l'éloignement d'une personne qui y réside déjà. Le Comité note cependant que l'article 8 de la loi traite également de la révocation d'un visa d'entrée sur le territoire et demande que le prochain rapport confirme qu'une telle révocation ne peut être justifiée pour raisons de santé, à moins que la personne concernée ne refuse de suivre un traitement approprié. S'agissant des maladies infectieuses justifiant une interdiction d'entrée de ressortissants étrangers ou d'apatrides, le rapport indique que l'arrêté 49-N du 25 janvier 2008 mentionne dans sa liste, entre autres, la peste (dans sa forme pulmonaire), le choléra, la tuberculose active touchant l'appareil respiratoire (toutes les formes avec dissémination de l'agent pathogène), le paludisme, la pneumonie atypique, de nouveaux sous-types de virus grippal, les fièvres hémorragiques virales (Ebola, Marburg, Lassa) et le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (coronavirus).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a noté que, conformément à l'article 21§1d de la loi relative aux étrangers, le statut de résident pouvait être retiré à un ressortissant étranger s'il avait quitté le territoire national pendant plus de six mois ; la personne concernée peut alors faire l'objet d'une mesure d'expulsion en application des articles 30 et 31 de la même loi. En réponse à la demande de précisions sur ce point, le rapport confirme que l'article 31 de la loi relative aux étrangers prévoit l'expulsion d'un étranger lorsque ce dernier ne quitte pas volontairement le territoire arménien dans les cas prévus par l'article 30 de ce même texte, à savoir lorsqu'il n'a pas de titre de séjour valable. Avant toute expulsion, la police notifie à l'intéressé(e) la décision concernant son statut de résident ainsi que les délais dont il/elle dispose pour obtenir un titre de séjour valable, quitter le territoire ou introduire un recours contre cette décision. Le Comité demande que le rapport suivant indique quels sont les délais impartis à cet effet.

D’après le rapport, il n’y a pas d’expulsion automatique, même lorsque l’intéressé(e) ne quitte pas volontairement le territoire. Dans ce cas, le tribunal est saisi d’une procédure d’expulsion, après avoir examiné au préalable si la situation répond à l’un des critères listés à l’article 32, qui prévoit des dérogations à l’expulsion (voir ci-dessous). Le rapport souligne qu’une personne séjournant illégalement en Arménie fait normalement l’objet d’une sanction administrative (une amende, par exemple), plutôt que d’une expulsion, sauf en cas de menace à la sécurité nationale ou à l’intérêt public.

Le rapport indique que la même procédure et les mêmes considérations s’appliquent aux expulsions justifiées par l’existence d’une menace pour la sécurité publique ou l’ordre public ; il indique par ailleurs que, depuis 2014, seulement deux personnes ont été expulsées du territoire arménien pour ce motif et un troisième cas était en cours d’examen. En particulier, le rapport indique que, en cas de menace grave et réelle pour la sécurité nationale et/ou l’ordre public, le Service de Sécurité Nationale rend un avis en la matière, mais l’exécution de la mesure d’expulsion doit être ordonnée par le juge. Selon le rapport, lors de l’examen de chaque cas d’expulsion, le tribunal examine si l’expulsion est conforme aux obligations découlant des traités internationaux, par rapport aux circonstances qui interdisent de procéder à l’expulsion. A cet égard, le Comité note que l’article 32 de la loi relative aux étrangers interdit les expulsions collectives, ainsi que celles impliquant un risque de violation des droits de l’homme de l’étranger, en particulier lorsque ce dernier risquerait d’être victime de persécutions, torture, mauvais traitements ou qu’il risque la mort. Il est également interdit d’expulser des mineurs dont les parents résident en Arménie, des étrangers en charge d’un mineur ou qui soient âgés de plus de 80 ans. Le Comité demande que le prochain rapport précise si, en ce qui concerne le risque de violation des droits de l’homme, les tribunaux prennent également en compte les exigences de l’article 19§8 de la Charte, à savoir la nécessité d’évaluer la proportionnalité de l’expulsion en prenant en considération l’ensemble du comportement du ressortissant étranger, ainsi que les conditions circonstances et la durée de sa présence sur le territoire national, les liens que l’intéressé entretient tant avec le pays d’accueil qu’avec le pays d’origine, de même que la force des éventuelles relations familiales qu’il a pu tisser durant cette période. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 27 - Droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement

Paragraphe 3 - Illégalité du licenciement pour motif de responsabilités familiales

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Arménie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que l'indemnité pour licenciement abusif lié à l'exercice de responsabilités parentales soit suffisante.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que les dommages-intérêts au titre du préjudice matériel pouvant être payés aux salariés licenciés illégalement au motif de responsabilités parentales étaient plafonnés. Il a demandé si des dommages-intérêts au titre du préjudice moral pouvaient être réclamés par d'autres voies juridiques (législation antidiscriminatoire, par exemple).

Aux termes de l'article 265 du code du travail, en cas de cessation du contrat de travail sans motif légitime ou en violation de la procédure prévue par la loi, les droits de l'employé doivent être restaurés. Une rémunération moyenne pour toute la période d'oisiveté forcée sera versée au profit de l'employé. En ce qui concerne les dommages-intérêts au titre de préjudice moral par d'autres voies juridiques (en invoquant, par exemple, la législation antidiscriminatoire), le ministère de la Justice a entrepris l'élaboration d'une législation complète de lutte contre la discrimination avec le soutien d'Eurasia Partnership Foundation (et le concours financier du Gouvernement du Royaume des Pays-Bas). Le projet de loi devrait être adopté courant 2017. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le projet de loi. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

AUTRICHE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Autriche, qui a ratifié la Charte le 20 janvier 2011. L'échéance pour remettre le 5e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Autriche l'a présenté le 4 novembre 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).

L'Autriche a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté les articles 23 et 30.

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

Les Conclusions relatives à l'Autriche concernent 17 situations et sont les suivantes :

– 14 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 3§3, 3§4, 11§1, 11§2, 11§3, 12§1, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3, 13§4 et 14§2 ;

– 3 conclusions de non-conformité : articles 12§4, 13§1 et 14§1.

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

Article 3§1

Une résolution commune relative à la Stratégie nationale 2013-2020 pour la sécurité et la santé des travailleurs a été signée par tous les ministères fédéraux concernés par ces questions, les assureurs, les partenaires sociaux et les groupes d'intérêt. Le but que poursuit cette résolution est d'améliorer sans cesse la santé et la sécurité des salariés autrichiens, en particulier dans des domaines tels que les troubles musculo-squelettiques, le stress psychologique, les risques liés aux agents cancérigènes, l'évolution du lieu de travail et le travail des experts en matière de prévention.

Article 3§2

- Les modifications apportées à la loi relative à la protection des travailleurs (Journal official fédéral I n° 118/2012) visent à offrir une prévention plus efficace contre le stress et les risques d'ordre psychologique qui se traduisent par une pression physique excessive pour les travailleurs. Le rapport ajoute qu'il a été clairement précisé que les risques pouvant entraîner un stress psychologique doivent également être examinés et appréciés dans le cadre de l'évaluation des risques ;
- La loi n° 450/1994 du 17 juin 1994 relative à la protection des travailleurs, qui constitue le dispositif juridique fondamental en matière de sécurité et de santé au travail, a été modifiée durant la période de référence pour donner la possibilité supplémentaire de demander la constitution d'une unité de protection anti-incendie et d'un comité d'hygiène et de sécurité, et pour préciser le rôle de l'expert en matière de prévention. ;
- S'agissant de l'établissement, de la modification et de l'entretien des postes de travail, des décrets ont notamment été pris concernant les équipements de protection individuels des travailleurs (Journal officiel fédéral II n° 77/2014), le suivi médical au travail (Journal officiel fédéral II n° 26/2014), la protection contre les risques liés électriques (Journal fédéral officiel II n° 33/2012), le respect des prescriptions en matière de protection des travailleurs ainsi que la preuve de la conformité des procédures d'agrément dans le secteur des transports (Journal fédéral officiel II n° 17/2012) ;

- Les deux décrets de 2003 régissant l'un, les substances chimiques et, l'autre, l'amiante sont entrés en vigueur le 1er janvier 2004, interdisant ainsi la commercialisation et l'utilisation de fibres d'amiante. En pratique, l'application des dispositions relatives à la commercialisation de substances et préparations contenant de l'amiante aboutit à interdire toute vente d'amiante (y compris celle présente dans des préparations et produits finis).

Article 3§3

Depuis le 1er juillet 2012, le champ des compétences de l'Inspection du travail a été élargi pour couvrir les lieux et sites de travail qui étaient auparavant du ressort de l'Inspection des transports. Les données statistiques, encore différenciées en 2012 et 2013, ont été combinées à partir de 2014.

Article 3§4

Aux termes de la modification apportée à la loi relative à la protection des travailleurs (*ArbeitnehmerInneschutzgesetz*, ASchG) entrée en vigueur le 1er janvier 2013, l'article 4§6 dispose à présent qu'en plus d'un responsable de la santé et de la sécurité et d'un médecin du travail, l'employeur peut faire appel à d'autres spécialistes (chimistes, toxicologues, ergonomes et, surtout, psychologues en entreprise) afin d'évaluer les risques auxquels sont exposés ses salariés sur le lieu de travail. Cette nouvelle disposition, qui donne des exemples de spécialistes dont l'employeur peut solliciter le concours, souligne qu'il convient d'accorder une place particulière aux psychologues en entreprise lorsqu'il s'agit d'évaluer le stress psychologique. Selon le rapport, les psychologues en entreprise ne sont pas considérés comme des experts en matière de prévention (seuls les responsables de la santé et de la sécurité et les médecins du travail le sont).

Article 12§3

- L'extension des prestations pour longue maladie aux travailleurs indépendants (loi de 2012 sur la modification de l'assurance sociale – Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2012, Journal officiel fédéral I n° 123/2012) ;
- L'extension de la liste des maladies professionnelles couvertes par l'assurance contre les accidents du travail (les troubles vasculaires induits par les vibrations, les lésions causées par la pression, les maladies chroniques de la gaine tendineuse et péri-tendineuse, les insertions musculaires et tendineuses et la rhinopathie ont été inclus) ;
- Une réforme du système de pension d'invalidité, avec la mise en place d'une allocation de réadaptation (loi portant modification à la loi sociale de 2012 – Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012), Journal officiel fédéral I n° 3/2013). La nouvelle allocation vise à encourager la réadaptation et le recyclage et s'applique aux personnes ayant une incapacité temporaire de travail d'au moins six mois. Elle s'adresse également aux personnes non admises au bénéfice de prestations d'invalidité au motif que leur invalidité n'est pas permanente, mais dont l'invalidité temporaire d'au moins six mois a été confirmée, et qui ne sont pas en mesure de suivre les programmes de réinsertion professionnelle ;
- L'adoption, en janvier 2014, d'un règlement (loi de 2013 portant réforme du droit du travail – Arbeitsrechts-Änderungsgesetz 2013), Journal officiel fédéral I n° 138/2013) permettant aux salariés de prendre un congé à temps complet ou à temps partiel, en accord avec leur employeur, pour s'occuper d'un proche, et de bénéficier d'une allocation tout en conservant leur assurance maladie (prise en charge par le Gouvernement fédéral) ;
- A compter de juillet 2015, les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui ont besoin d'un appareil orthodontique peuvent en bénéficier à titre de prestation en nature sans obligation pour l'assuré d'acquitter un ticket modérateur ou de contribuer à son coût ;

- L’adoption de mesures de dégrèvement fiscal en faveur des personnes qui s’occupent d’un enfant handicapé et souhaitent souscrire une auto-assurance, et la création d’un régime non contributif d’auto-assurance destiné aux personnes qui s’occupent de membres de leur famille (loi de 2015 portant modification à la loi sociale – Sozialrechts-Änderungsgesetz 2015), Journal officiel fédéral I n° 162/2015) ;
- L’extension de la couverture d’assurance complète aux participants à certains programmes de bénévolat, tel que précisé dans la loi relative au bénévolat ;
- La création d’une allocation d’assistance temporaire (Überbrückungsgeld) destinée aux travailleurs du bâtiment au chômage qui, en 2015, étaient proches de l’âge de la retraite et ne pouvaient plus travailler en raison d’une maladie ;
- La prise en compte de certaines périodes dans le calcul de la durée minimum d’emploi – depuis 2015, certaines périodes, comme les périodes de service militaire ou de service civil de remplacement, ou de congé de soutien familial en cas d’hospitalisation, sont prises en compte dans le calcul de la durée du précédent emploi. Les périodes ainsi créditées sont aussi prises en compte dans le calcul des 156 semaines d’emploi couvert par l’assurance chômage, qui ouvrent droit à 30 semaines d’allocations de chômage ;
- A la suite d’une importante réforme administrative entrée en vigueur en janvier 2014, et d’une décision constitutionnelle adoptée en décembre 2014, les recours concernant l’octroi des allocations de chômage sont désormais suspensifs.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l’information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l’amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l’entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l’information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

L’échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 16 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 l'Autriche.

Objectif général de la politique

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. Il rappelle également que, s'agissant 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'une résolution commune relative à la Stratégie nationale 2013-2020 pour la sécurité et la santé des travailleurs a été signée par tous les ministères fédéraux concernés par ces questions, les assureurs, les partenaires sociaux et les groupes d'intérêt. Le but que poursuit cette résolution est d'améliorer sans cesse la santé et la sécurité des salariés autrichiens, en particulier dans des domaines tels que les troubles musculo-squelettiques, le stress psychologique, les risques liés aux agents cancérigènes, l'évolution du lieu de travail et le travail des experts en matière de prévention.

Le rapport note qu'il est envisagé de revoir la stratégie susmentionnée afin de coordonner globalement les objectifs et calendriers des projets et de mener à bien des programmes communs dans le cadre d'une plateforme stratégique regroupant des représentants des partenaires sociaux, de la Commission nationale des accidents du travail et de l'Inspection centrale du travail. Le Comité prend note des informations détaillées concernant la Stratégie nationale 2013-2020 pour la sécurité et la santé des travailleurs, ainsi que les institutions, projets et publications y afférents. Le Comité demande que le prochain rapport indique les résultats obtenus dans la réalisation de la Stratégie nationale 2013-2020.

Le rapport indique également que le Réseau national pour la santé et la sécurité au travail, qui réunit l'Inspection centrale du travail et les principaux acteurs de ce secteur, a soutenu les campagnes promotionnelles de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (OSHA).

Le Comité constate l'existence d'une politique nationale dont l'objectif consiste à encourager et préserver une culture de prévention en matière de sécurité et de santé au travail.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le rapport indique que les organismes fédéraux sont chargés, d'une manière générale, de la protection des travailleurs, à la fois pour tous les salariés du secteur privé, les agents de la fonction publique fédérale et le personnel affecté à des postes gérés par le Gouvernement fédéral, les *Länder* et les collectivités locales. Les *Länder* (états fédérés) ont compétence pour adopter et faire respecter les décrets d'application relatifs à la protection des travailleurs du secteur agricole et sylvicole, ainsi que les textes de loi relatifs à la protection de la santé et de la sécurité du personnel des *Länder* et des collectivités locales. Dans la sphère fédérale (entreprises privées, fonction publique fédérale et personnel géré par le Gouvernement fédéral et les collectivités locales, à l'exception du secteur agricole et sylvicole), les activités de contrôle sont exercées par les services de l'Inspection du travail (Loi fédérale de 1993 relative à l'Inspection du travail (*Bundesgesetz über die Arbeitsinspektion, ArbIG*)). Dans le secteur agricole et sylvicole, ce sont les neuf inspections du travail agricole et sylvicole, qui relèvent chacune d'un *Land*, qui sont compétentes (leurs activités sont régies par des textes de loi adoptés par les *Länder*). Le personnel des *Länder*

et des collectivités locales est couvert par des organismes distincts, chargés de veiller au respect de la réglementation relative à la santé et à la sécurité des travailleurs.

Le rapport indique que la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs repose sur la loi autrichienne relative à la protection des travailleurs (*ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, ASchG)*. Les dispositions relatives à la santé et à la sécurité des travailleurs ont pour objet de limiter les risques d'accidents, de maladies professionnelles, de problèmes de santé liés au travail et de préjudices durables pour la santé. L'employeur est tenu de veiller à la santé et à la sécurité des salariés dans tous les aspects de leur travail et de prévenir les risques professionnels, réputés couvrir les risques physiques et mentaux, y compris le stress, les agressions et la violence au travail (loi de 2012 portant modification de la loi relative à la protection des travailleurs et de la loi relative à l'Inspection du travail). Selon le rapport, l'employeur doit évaluer les risques psychosociaux, établir un plan d'action et prendre des mesures pour prévenir ces risques psychosociaux ainsi que les risques physiques. L'évaluation des risques doit être réactualisée lorsque surviennent des cas de stress psychologique lié au travail. Pour réaliser ladite évaluation, l'employeur est incité à solliciter l'aide d'experts (psychologues en entreprise, experts en matière de sécurité, médecins du travail, etc.).

En réponse à une question du Comité (Conclusions 2013), le rapport indique que l'organisation de la prévention des risques professionnels n'a pas été concernée par les amendements à la loi n° 450/1994 adoptés au cours de la dernière période de référence.

Le rapport explique que plus d'une centaine de projets ont été lancés et menés à bien dans le cadre de la Stratégie 2007-2012 pour la sécurité et la santé au travail ou sont en cours d'exécution au titre de la Stratégie 2013-2020 pour la sécurité et la santé des travailleurs. Il ajoute que plus de 40 documents ont été publiés et que de nombreuses réunions consacrées à la finalité et aux buts de ladite Stratégie ont eu lieu afin d'attirer l'attention sur cette question.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations relatives à l'organisation de la prévention des risques professionnels pour les travailleurs employés au service des administrations des *Länder* et des communes, ainsi que pour les travailleurs du secteur agricole et sylvicole. Le rapport indique que les mêmes niveaux et normes de protection s'appliquent aux agents des services publics employés par les *Länder* et les collectivités locales et à ceux qui travaillent pour le Gouvernement fédéral ; il fournit, pour illustrer la situation dans les neuf *Länder*, des informations communiquées par les autorités de Basse-Autriche. Le Comité relève que la loi de 1998 relative à la protection des agents de la fonction publique en Basse-Autriche a été modifiée en 2014 afin d'inclure le stress psychologique dans les risques et de prévoir l'affectation de psychologues en entreprise.

S'agissant des secteurs agricole et sylvicole, le rapport indique que la loi relative au travail agricole (*(Landarbeitsgesetz, LAG),* Journal officiel fédéral n° 287/1984) a été intégrée dans la législation des *Länder*. Ce texte pose les principes relatifs à la prévention des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs du secteur agricole et du secteur sylvicole (obligations générales des employeurs, identification et évaluation des risques, mise en place de mesures de santé et de sécurité, principe de prévention des risques, etc.). Tous ces principes ont été coulés dans le Code du travail agricole de chacun des *Länder*. Le Comité renvoie au rapport pour une description détaillée de la législation en la matière.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations sur la manière dont l'Inspection du travail développe une culture de sécurité et de santé au travail auprès des employeurs et des travailleurs et partage son expérience dans la mise en œuvre d'instructions, de mesures préventives et de consultations. Le rapport indique en réponse que les initiatives déployées par l'Inspection du travail pour développer une culture de santé et sécurité au travail auprès des entreprises sont détaillées dans la loi relative à l'Inspection du travail (section 3). Cela fait partie des tâches

qu'accomplissent régulièrement les inspecteurs lors de leurs activités de contrôle, d'inspection et de conseil des entreprises.

Le Comité considère que des mesures sont prises en matière de prévention des risques professionnels, de sensibilisation et d'évaluation des risques liés au travail, ainsi que d'information et de formation des travailleurs. Il note également que les inspecteurs du travail s'attachent à développer une culture de santé et de sécurité parmi les employeurs et les travailleurs et s'acquittent de leur obligation de partager les connaissances acquises au fil de leurs inspections en matière de risques et de prévention des risques, dans le cadre de leurs activités de prévention.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les modalités d'engagement des structures complémentaires telles que *Humanware* aux côtés des autorités publiques. Le rapport indique en réponse que *Humanware* est une société de conseil en gestion qui aide les entreprises à évaluer les risques de stress psychologique et a mis au point à cet effet un outil dont elle a la propriété exclusive, IMPULS-Test 2 Professional. Le rapport fait en outre état de la publication, en collaboration avec le Réseau autrichien pour la promotion de la santé au travail, d'un guide intitulé « Santé mentale – Mise en œuvre combinée de la loi relative à la protection des travailleurs, de la loi fédérale relative à la protection des salariés et des principes de promotion de la santé au travail aux fins d'évaluation du stress psychologique en milieu professionnel ».

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'une coopération entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entreprises, et demandé des informations sur les modalités de consultation des organisations professionnelles au niveau des *Länder*. Le rapport indique que la législation des *Länder* correspond à celle en vigueur au niveau fédéral, ce qui garantit aux travailleurs l'application de dispositions similaires que ce soit au titre des lois relatives à la protection des employés de l'administration fédérale et des collectivités locales, des lois adoptées par les *Länder* sur les organes représentatifs du personnel ou des codes du travail agricole. Le rapport donne, pour illustrer la situation dans les neuf *Länder*, des informations émanant des autorités de Basse-Autriche. Le Comité renvoie au rapport pour un description détaillées.

Le rapport contient aussi des informations sur les activités du Conseil consultatif pour la protection des travailleurs, qui s'est réuni à quatre reprises durant la période de référence. Les dispositions légales régissant le droit des comités d'entreprise d'être parties aux discussions relatives à la protection de la santé (tant psychologique que physique) et de la sécurité n'ont pas changé pendant cette période. Les services de l'Inspection du travail doivent tenir dans chaque *Land*, au moins deux fois par an, des consultations avec les instances juridiquement habilitées à représenter les employeurs et les travailleurs afin de débattre des questions relevant de leur domaine de compétence.

Le Comité constate que les partenaires sociaux sont consultés lors de la conception et de la mise en œuvre de la politique de santé et de sécurité au travail.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche 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 l'Autriche.

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

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2013) le cadre général de la réglementation et considéré que les règlements relatifs à la santé et à la sécurité au travail satisfaisaient à l'obligation générale prévue par l'article 3§2 de la Charte, qui exige de couvrir la grande majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2.

La loi n° 450/1994 du 17 juin 1994 relative à la protection des travailleurs, qui constitue le dispositif juridique fondamental en matière de sécurité et de santé au travail, a été modifiée durant la période de référence pour donner la possibilité supplémentaire de demander la constitution d'une unité de protection anti-incendie et d'un comité d'hygiène et de sécurité, et pour préciser le rôle de l'expert en matière de prévention. Le rapport énumère la liste des textes législatifs et réglementaires édictés et/ou modifiés au cours de la période de référence, par exemple, la loi modifiant le droit du travail et le droit social (Journal officiel n° 94/2014 du 16 décembre 2014), modification de l'ordonnance régissant les lieux de travail et de l'ordonnance régissant les délégués à la sécurité (Journal officiel fédéral II n° 324/2014), des modifications à l'ordonnance régissant la documentation des compétences, l'ordonnance régissant la documentation des compétences dans la préparation et l'organisation des travaux de scène et d'éclairage et l'ordonnance régissant la formation des agents de sécurité (Journal officiel n ° 210/2013), ordonnance régissant la protection des travailleurs au moyen d'un équipement de protection individuelle (Journal officiel fédéral II n° 77/2014), ordonnance régissant la protection électrique (Journal officiel fédéral n° 33 / 2012), ordonnance régissant les blessures par piqûre d'aiguille (Journal officiel fédéral n° 16/2013).

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). Selon le rapport, les modifications apportées à la loi relative à la protection des travailleurs (Journal official fédéral I n° 118/2012) visent à offrir une prévention plus efficace contre le stress et les risques d'ordre psychologique qui se traduisent par une pression physique excessive pour les travailleurs. Le rapport ajoute qu'il a été clairement précisé que les risques pouvant entraîner un stress psychologique doivent également être examinés et appréciés dans le cadre de l'évaluation des risques.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Niveaux de prévention et de protection

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le rapport suivant indique les normes internationales ou communautaires que les textes législatifs et réglementaires édictés et/ou modifiés au cours de la période de référence visent à transposer. Le rapport indique qu'à la suite de la modification de la loi relative à la protection des travailleurs qu'a entraîné l'adoption de la loi portant réforme du droit du travail et du droit social (Journal officiel fédéral I n° 94/2014 du 16 décembre 2014), les décrets d'application concernant les unités de protection anti-incendie et les délégués à la sécurité – respectivement le décret régissant les lieux de travail (*Arbeitsstättenverordnung, AStV*) et le décret régissant les délégués à la sécurité *(Verordnung über die Sicherheitsver-*

trauenspersonen, SVP-VO) – ont été modifiés à leur tour. Les nouvelles dispositions ont été publiées au Journal official fédéral II n° 324/2014 et ont pris effet le 1er janvier 2015.

S'agissant de l'établissement, de la modification et de l'entretien des postes de travail, des décrets ont notamment été pris concernant les équipements de protection individuels des travailleurs (Journal officiel fédéral II n° 77/2014), le suivi médical au travail (Journal officiel fédéral II n° 26/2014), la protection contre les risques liés électriques (Journal fédéral officiel II n° 33/2012), le respect des prescriptions en matière de protection des travailleurs ainsi que la preuve de la conformité des procédures d'agrément dans le secteur des transports (Journal fédéral officiel II n° 17/2012).

Protection contre les substances et agents dangereux

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le rapport suivant indique les normes internationales ou communautaires que les textes législatifs et réglementaires édictés et/ou modifiés au cours de la période de référence visent à transposer. Le rapport indique que plusieurs textes législatifs et réglementaires ont été remaniés – loi relative à la protection des travailleurs, loi relative à la protection de la maternité (nouvelles dispositions en vigueur depuis le 1er juin 2015), décret régissant les interdictions et restrictions en matière d'emploi des jeunes et décret régissant l'étiquetage – afin de donner effet à la directive 2014/27/EU qui a adapté cinq directives portant sur la santé et la sécurité des travailleurs (signalisation de sécurité et/ou de santé au travail, sécurité et santé des travailleuses enceintes, protection des jeunes au travail, protection contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail, protection contre l'exposition à des agents cancérigènes au travail) au nouveau système de classification et d'étiquetage des substances et mélanges (Règlement CLP).

Le rapport ajoute que, dans le but de mettre en œuvre la directive 2014/27/EU, le Gouvernement fédéral envisage de prendre un nouveau décret modifiant la réglementation en matière d'étiquetage précisant les risques de santé et de sécurité, ainsi que les décrets concernant les agents biologiques et la protection des travailleurs contre les risques d'atmosphères explosives.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les mesures adoptées au niveau national, et le cas échéant au niveau de certains autres *Länder*, notamment en vue d'appliquer la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm^3. Il a également demandé si des mesures étaient envisagées en vue d'interdire la production et la vente d'amiante ainsi que de produits en contenant. Dans sa réponse, le rapport indique qu'en Autriche, les travaux au contact de l'amiante sont encadrés par une législation qui intègre les dispositions générales de la loi relative à la protection des travailleurs, le décret régissant les équipements de protection individuels ainsi que le décret de 2011 fixant les valeurs limites d'exposition à l'amiante et autres dispositions particulières y relatives. Aux termes du décret de 2014 régissant le suivi médical des travailleurs, les personnels exposés à l'amiante doivent subir un examen mesurant leur aptitude aux tâches qu'il est envisagé de leur confier et faire l'objet de contrôles de suivi. Le décret relatif à l'étiquetage fait obligation de signaler la présence d'amiante sur le lieu de travail. Pour protéger la vie et la santé des travailleurs exposés à l'amiante, une réglementation particulière vient s'ajouter à la législation générale. Le Comité prend note des informations détaillées concernant les mesures prises au plan national et au niveau des *Länder*. Il relève dans le rapport que le taux de concentration d'amiante actuellement autorisé est de 0,1 fibre/cm^3 (cette limite vaut pour l'amiante chrysotile et amphibole, et plus précisément l'actinolite, l'amosite, la crocidolite et la trémolite).

Le rapport indique que les deux décrets de 2003 régissant l'un, les substances chimiques et, l'autre, l'amiante sont entrés en vigueur le 1er janvier 2004, interdisant ainsi la

commercialisation et l'utilisation de fibres d'amiante. En pratique, l'application des dispositions relatives à la commercialisation de substances et préparations contenant de l'amiante aboutit à interdire toute vente d'amiante (y compris celle présente dans des préparations et produits finis). Le Comité note que ce sont les services de police administrative qui sont chargés de veiller au respect de cette réglementation et qui font ici office d'autorité de contrôle.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le rapport indique que la directive 2006/117/EURATOM relative à la surveillance et au contrôle des transferts de déchets radioactifs et de combustible nucléaire usé a été mise en œuvre par le décret régissant le transfert de déchets radioactifs (Journal officiel fédéral II n° 22/2015, modifiant le décret paru au Journal officiel fédéral II n° 47/2009).

Le Comité 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).

A la lumière des informations ci-dessus, le Comité estime que les niveaux de prévention et de protection contre les substances et agents dangereux sont conformes à la Charte.

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

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013 et XIX-2 (2009)), le Comité a demandé des informations sur les mesures prises pour résorber le taux élevé d'accidents du travail au sein de la catégorie des travailleurs temporaires. Il a également demandé des informations sur les modalités de consultation des travailleurs temporaires et intérimaires en matière de sécurité et de santé au travail.

Le rapport précise que la loi autrichienne relative à la protection des travailleurs s'applique aux personnes occupant un emploi salarié. Cette catégorie englobe tous ceux qui travaillent dans le cadre d'un contrat de travail ou de formation, y compris les travailleurs temporaires ou intérimaires. Ladite loi fait expressément obligation à l'employeur ou à l'entreprise qui a recours aux travailleurs précités de veiller à ce que les salariés soient correctement informés des risques qu'ils courent en termes de santé et de sécurité et des mesures de prévention mises en place ; il doit aussi donner aux intéressés des instructions appropriées en la matière. Les dispositions de cette loi qui ont trait à la protection des travailleurs s'appliquent aussi à la surveillance médicale des travailleurs temporaires ; des examens visant à s'assurer de leur aptitude au travail et des contrôles de suivi sont ainsi requis pour certaines activités professionnelles. Le Comité prend note des obligations particulières imposées aux agences de travail temporaire. Il constate aussi que ni la loi relative à la protection des travailleurs ni celle relative aux agences de travail temporaire (Journal official fédéral n° 196/1988, telle que modifiée) n'établissent de distinction entre les salariés titulaires d'un contrat de travail temporaire et ceux engagés à durée indéterminée, les deux textes faisant référence, sans aucune exception, à « l'emploi » de travailleurs ou de salariés. Les relations de travail temporaires entrent par conséquent dans le champ d'application de ces deux lois.

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013) concernant le taux élevé d'accidents du travail parmi les travailleurs temporaires, le rapport indique qu'aucune mesure particulière n'a été prise à cet égard durant la période considérée.

Autres catégories de travailleurs

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions XVI-2 (2003), XVIII-2 (2007), XIX-2 (2009) et 2013) que la protection des travailleurs indépendants par la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail ne couvrait pas tous les travailleurs, tous les lieux de travail et tous les secteurs d'activité, comme l'exige la Charte. Le rapport indique que tant les pouvoirs publics que les partenaires sociaux considèrent qu'il n'est pas nécessaire d'adopter de nouvelles mesures législatives. Il ajoute que les entreprises et les travailleurs indépendants sont dans leur grande majorité assujettis à la législation industrielle et commerciale. Le code industriel autrichien comprend des règles spécifiques qui protègent les titulaires d'une licence d'exploitation. Des dispositions spéciales existent par ailleurs en faveur des travailleurs indépendants du secteur des mines et du bâtiment (voir les Conclusions 2013). La loi relative à la protection des travailleurs s'applique également aux travailleurs indépendants lorsqu'ils effectuent des tâches aux côtés de ceux qu'ils emploient (voir également les Conclusions XVI-2 (2003)). Le rapport souligne que l'on peut ici se demander si le fait de durcir la réglementation serait compatible avec la liberté du commerce et de l'artisanat inscrite dans la Constitution autrichienne.

Le rapport indique en outre que la Chambre économique fédérale autrichienne et la Chambre de l'agriculture, qui représentent les intérêts des commerçants et des exploitants agricoles autrichiens, ainsi que les organismes d'assurance sociale qui s'occupent des travailleurs indépendants et des agriculteurs, proposent un large éventail de formations et de services d'information qui permettent de répondre aux besoins des travailleurs indépendants en termes de santé et de sécurité. Selon le rapport, la Caisse d'assurance sociale des agriculteurs prodigue des conseils en matière de sécurité et assure la promotion de la santé par le truchement d'une même structure administrative baptisée « Sécurité et santé ».

Le Comité prend note des programmes, initiatives, ateliers et cours organisés à l'intention des petites et moyennes entreprises en vue d'améliorer la prise en compte des questions sanitaires sur les lieux de travail.

Enfin, le rapport fait état d'une étude réalisée par l'université de Brême, qui a mis en évidence le niveau élevé de protection qu'offre aux travailleurs indépendants la réglementation autrichienne en matière de santé et de sécurité (ce pays étant classé en tête de liste).

Le Comité conclut que la situation concernant les travailleurs indépendants est désormais conforme à l'article 3§2.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité demande des informations sur toute modification de la situation qu'il a précédemment conclue conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Autriche est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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 l'Autriche.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a constaté précédemment (Conclusions XIX-2 (2009) et 2013) que, dans la mesure où le nombre important d'accidents du travail mortels publié intégrait les accidents de trajet et n'établissait pas le délai maximal dans lequel le décès était réputé lié à l'accident, la situation était en réalité conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

Le rapport indique que le nombre d'accidents du travail (hors trajet) a globalement diminué (93 152 en 2012 ; 89 502 en 2014) par rapport à la précédente période de référence. Le nombre d'accidents a également baissé dans les secteurs de l'agriculture et de la sylviculture (6 216 en 2012 ; 5 677 en 2014), alors qu'il a augmenté dans celui des transports (2 964 en 2012 ; 3 667 en 2013). Ces tendances sont corroborées par la baisse du nombre d'accidents du travail non mortels ayant occasionné au moins quatre jours civils d'absence du travail en Autriche, publié par EUROSTAT (67 025 en 2012 ; 65 418 en 2014). Selon les données EUROSTAT, le taux d'incidence standardisé d'accidents du travail non mortels pour 100 000 travailleurs était de 1 902,54 en 2012 et de 1 806,04 en 2014. Le Comité note que ce taux est quasiment identique au taux moyen enregistré pour les 28 pays de l'Union européenne à la fin de la période de référence (1 717,15 en 2012 ; 1 642,09 en 2014).

Le rapport indique que les taux d'accident les plus élevés (pour 10 000 salariés) ont été enregistrés en 2014 dans les secteurs de la construction (696), de la distribution d'eau, de l'assainissement, de la gestion des déchets et de la dépollution (559), ainsi que dans les activités de services administratifs et de soutien (441).

Selon le rapport, le nombre d'accidents du travail mortels a également baissé, de 100 en 2012 à 65 en 2014, mais il a augmenté dans les secteurs de l'agriculture et de la sylviculture (de 68 en 2012 à 92 en 2014) et des transports (de 0 en 2012 à 8 en 2013). Le taux d'incidence des accidents du travail exprimé en nombre d'accidents pour 10 000 travailleurs (nombre d'accidents du travail reconnus comme tels rapporté au nombre moyen annuel de personnes assurées contre les accidents (x 10 000)) a été ramené de 313,5 en 2012 à 300,3 en 2014. Le Comité constate aussi que, selon les données d'Eurostat, le nombre d'accidents mortels a diminué (144 en 2012 ; 126 en 2014). Le taux d'incidence standardisé d'accidents du travail mortels pour 100 000 travailleurs, qui était de 4,42 en 2012 est tombé à 3,96 en 2014. Le Comité note que le taux d'incidence standardisé en Autriche reste plus élevé que la moyenne calculée pour les 28 pays de l'UE (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014).

Selon le rapport, le nombre de maladies professionnelles a légèrement baissé pendant la période de référence, de 1 189 en 2012 à 1 175 en 2014. Le nombre de maladies ayant conduit au décès du travailleur a augmenté, passant de 91 en 2012 à 99 en 2014. Le rapport ajoute qu'en 2014 les cas de maladie professionnelle les plus nombreux, en valeur absolue, ont été relevés dans les secteurs de l'industrie (504), de la construction (194), ainsi que dans celui du commerce de gros et de détail, de l'entretien et de la réparation de véhicules à moteur et motocycles (80). Le Comité relève également dans la base de données MISSOC qu'une liste de 53 maladies professionnelles a été dressée par le législateur autrichien.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la situation des travailleurs immigrés. Le rapport indique qu'aux termes de la loi sur l'Inspection du travail (*Arbeitsinspektionsgesetz, ArbIG*), les travailleurs immigrés sont considérés comme des salariés ordinaires, de sorte qu'il n'existe pas de statistiques distinctes pour cette catégorie de la population.

Le Comité constate l'évolution globalement positive du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Activités de l'Inspection du travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations relatives à l'autorité compétente pour effectuer les visites de contrôle auprès des travailleurs employés par les *Länder* et les collectivités locales, les institutions religieuses, ainsi qu'auprès des employés de maison. Le rapport indique que, depuis le 1er juillet 2012, le champ des compétences de l'Inspection du travail a été élargi pour couvrir les lieux et sites de travail qui étaient auparavant du ressort de l'Inspection des transports. Les données statistiques, encore différenciées en 2012 et 2013, ont été combinées à partir de 2014.

Le rapport explique qu'il existe un système de contrôle propre à la fonction publique (loi fédérale relative à la protection des salariés, loi relative à l'Inspection du travail et loi fédérale relative à la représentation du personnel). La législation de chaque *Land* précise quelles instances (commissions de protection des employés de la fonction publique) sont en charge des agents, avec les services administratifs du *Land*. Les dispositions pertinentes figurent dans les lois relatives à la protection des agents des *Länder* et des collectivités locales et les décrets d'application édictés ou publiés au niveau des *Länder*. Toutes les dispositions légales applicables en la matière peuvent être consultées sur le site web du Système d'information juridique (RIS). Pour ce qui est du personnel des « institutions religieuses », le rapport indique qu'en vertu de la loi de 1993 relative à l'Inspection du travail, ses services n'ont pas compétence pour inspecter les lieux de prière rattachés aux églises et communautés religieuses reconnues par la loi ; ces lieux ne sont pas soumis au contrôle exercé par l'Etat sur la main-d'œuvre. Les institutions administratives, les établissements de protection sociale et les organismes de bienfaisance, ainsi que les structures éducatives, relèvent toutefois de la compétence de l'Inspection du travail. Les lieux de prière ne sont pas exclus du champ d'application de la loi relative à la protection des travailleurs, dont les dispositions s'appliquent par conséquent à ceux qui y travaillent (sauf pour ce qui concerne la réglementation régissant les lieux de travail). Les dignitaires religieux des églises et communautés religieuses reconnues par la loi ne sont pas considérés comme des salariés (article 2§1 de la loi relative à la protection des travailleurs). Pour ce qui est des travailleurs domestiques, le rapport indique que la situation de l'Autriche est d'ores et déjà en grande partie conforme à la Convention n° 189 de l'OIT sur les travailleuses et travailleurs domestiques (2011), mais que certains amendements doivent encore être adoptés (en matière de temps de travail et d'inspection). Le rapport ajoute qu'un projet de loi visant à lever tous les obstacles à la ratification de la Convention a été rédigé en 2015.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des chiffres relatifs aux effectifs des corps d'inspection du travail, aux infractions constatées par les corps d'inspection spécialisés, aux amendes infligées et leur montant global, ainsi qu'aux suspensions d'activités ordonnées. Le rapport indique en réponse que, depuis le 1er juillet 2012, l'Inspection des transports a été intégrée dans l'Inspection centrale du travail, au ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des consommateurs. Cette unité est composée de deux services qui comptent 28 agents. Le rapport ajoute que les effectifs des services de l'Inspection du travail (personnel de gestion, de terrain et administratif) étaient de 418 personnes en 2012 et 413 en 2015. Sur la période comprise entre 2011 et 2014, les services de l'Inspection en charge de l'agriculture et de la sylviculture établis dans les bureaux des gouvernements des *Länder* ont employé 16 inspecteurs. Selon ILOSTAT, le nombre d'inspecteurs du travail s'élevait à 312 en 2012 et 329 en 2014, soit une proportion de 0,8 inspecteur pour 10 000 salariés en 2012, 2013 et 2014. Le Comité demande que le prochain rapport explique la différence entre le nombre d'inspecteurs du travail communiqué par le rapport et celui d'ILOSTAT. Il demande également des informations sur le nombre d'inspecteurs affectés au contrôle de l'application

des textes législatifs et réglementaires relatifs à la santé et à la sécurité au travail, en faisant clairement la distinction entre le personnel administratif et celui chargé des contrôles.

Le rapport indique que le nombre de visites effectuées par l'Inspection du travail sur des lieux de travail (y compris les bureaux de l'administration fédérale), des chantiers de construction et des sites de travail extérieurs a augmenté, passant de 57 971 en 2012 à 61 204 en 2015. D'autre part, le nombre de visites réalisées par l'Inspection des transports (1 108 en 2012 ; 1 309 en 2013) et par les services en charge de l'agriculture et de la sylviculture (1 964 en 2012 ; 2 329 en 2014) continue de progresser. Le nombre de travailleurs couverts par les visites de contrôle est proportionnel au nombre de visites effectuées, et affiche donc une hausse pour ce qui est de l'Inspection du travail (42,9 % en 2012 ; 56,1 % en 2015). Le nombre de travailleurs couverts par les visites de l'Inspection des transports (29 % en 2013 et 38 % en 2010) et par les services en charge de l'agriculture et de la sylviculture (63 753 en 2012 ; 59 407 en 2014) a baissé comparativement à la précédente période de référence.

Le rapport ajoute que le nombre d'infractions constatées par l'Inspection du travail a considérablement augmenté (94 872 en 2012 ; 116 481 en 2015) ; sont également en hausse les infractions constatées par l'Inspection des transports (3 671 en 2012 ; 3 821 en 2013) et par les services en charge de l'agriculture et de la sylviculture (11 en 2012 ; 14 en 2014). Le nombre d'injonctions écrites s'est accru tant en ce qui concerne l'Inspection du travail (23 164 en 2012 ; 29 582 en 2015) que l'Inspection des transports (247 en 2012 ; 530 en 2013) et les services en charge de l'agriculture et de la sylviculture (1 344 en 2012 ; 1 457 en 2014). Le nombre d'infractions signalées par l'Inspection du travail aux autorités administratives ou judiciaires (2 055 en 2012 ; 1 995 en 2015) est globalement stable, tout comme celui transmis par l'Inspection des transports (0 en 2012 ; 2 en 2013) et les services en charge de l'agriculture et de la sylviculture (1 en 2012 et en 2013 ; 0 en 2014). Le Comité note que le montant global des amendes requises a augmenté (3 965 746 € en 2012 ; 4 255 970 € en 2014) durant la période de référence et que celui des amendes effectivement prononcées a légèrement baissé (2 580 862 € en 2012 ; 2 573 304 € en 2014). Il demande que le prochain rapport donne plus de détails sur les mesures prises par les services de l'Inspection du travail (procès-verbal avec demande de rectification, amendes par type d'infractions – légères, graves et lourdes – suspension des activités, transmission au parquet en vue de poursuites pénales).

Le Comité considère, à la lumière du nombre de visites de contrôle, de la proportion de travailleurs couverts et du niveau des mesures de suivi, que l'inspection du travail est efficace.

Conclusion

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

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 l'Autriche.

Le Comité a examiné précédemment (Conclusions 2013) le cadre juridique général des services de médecine du travail et a conclu que la situation était conforme aux prescriptions de l'article 3§4 de la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur l'accès auxdits services des travailleurs n'entrant pas dans le champ d'application de la loi n° 450/1994, notamment ceux des secteurs régis par la législation des *Länder* ou encore des secteurs agricole ou sylvicole.

S'agissant de l'accès aux services de médecine du travail dans les secteurs de l'agriculture et de la sylviculture, le rapport indique qu'aux termes de l'article 94 de la loi relative à l'agriculture, l'employeur est tenu soit d'engager un médecin qualifié dans le cadre d'un contrat de travail (médecin du travail interne), soit de faire appel à un médecin du travail externe ou à un centre de médecine du travail. Le médecin du travail doit être consulté pour toute question qui touche à la préservation ou à la promotion de la santé au travail, en particulier lors de l'aménagement de lieux de travail et de l'acquisition, de la mise en place ou de la modification d'équipements ou de processus de travail. Tous les salariés peuvent demander au médecin du travail d'effectuer régulièrement des examens médicaux en rapport avec les risques qu'ils courent en termes de santé et de sécurité sur leur lieu de travail.

S'agissant de l'accès aux services de médecine du travail dans la fonction publique, le rapport indique que les dispositions en la matière figurent, au niveau fédéral, dans la loi fédérale relative à la protection des salariés *(Bundes-Bedienstetenschutzgesetz, B-BSG)* et, au niveau des Länder, dans les textes de loi relatifs à la protection des agents de la fonction publique. Les normes de protection applicables aux salariés du secteur public et à ceux du secteur privé sont identiques. Toutes les dispositions de loi pertinentes peuvent être consultées sur le site web du Système d'information juridique (RIS).

Le rapport indique qu'aux termes de la modification apportée à la loi relative à la protection des travailleurs (*ArbeitnehmerInneschutzgesetz*, ASchG) entrée en vigueur le 1er janvier 2013, l'article 4§6 dispose à présent qu'en plus d'un responsable de la santé et de la sécurité et d'un médecin du travail, l'employeur peut faire appel à d'autres spécialistes (chimistes, toxicologues, ergonomes et, surtout, psychologues en entreprise) afin d'évaluer les risques auxquels sont exposés ses salariés sur le lieu de travail. Cette nouvelle disposition, qui donne des exemples de spécialistes dont l'employeur peut solliciter le concours, souligne qu'il convient d'accorder une place particulière aux psychologues en entreprise lorsqu'il s'agit d'évaluer le stress psychologique. Selon le rapport, les psychologues en entreprise ne sont pas considérés comme des experts en matière de prévention (seuls les responsables de la santé et de la sécurité et les médecins du travail le sont). Le Comité prend note des circonstances particulières dans lesquelles l'employeur peut consulter un psychologue et des études médicales que doivent suivre les médecins du travail.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur l'accès aux services de médecine du travail pour les travailleurs temporaires, intérimaires ou employés à durée déterminée, les travailleurs indépendants ou à domicile et les employés de maison. Le rapport indique qu'aux termes de l'article 2§1 de la loi relative à la protection des travailleurs, toutes les dispositions relatives à la santé et à la sécurité au travail s'appliquent à l'ensemble des travailleurs, quel que soit leur contrat de travail (permanent, temporaire ou intérimaire). L'employeur est tenu de garantir la protection de la santé et de la sécurité de son personnel, de prendre financièrement en charge les examens visant à mesurer leur aptitude au travail et les contrôles de suivi, et de veiller à ce qu'il soit

correctement informé des risques qu'il court en termes de santé et de sécurité et des mesures de prévention mises en place. Le Comité demande des informations détaillés sur l'accès aux services de médecine du travail pour les travailleurs indépendants, les employés de maison et les travailleurs à domicile.

Le Comité prend note des informations détaillées concernant l'examen médical préalable à la réembauche des travailleurs temporaires, intérimaires ou employés à durée déterminée.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé le nombre de travailleurs suivis par les services de médecine du travail et le taux de couverture par lesdits services auprès des employeurs. Le rapport indique que le Département de prévention de la Commission nationale des accidents du travail (*AUVAsicher*) propose des services de santé aux travailleurs des entreprises comptant moins de 50 salariés. Le nombre de salariés ayant accès à ces services a légèrement augmenté (1 521 530 en 2012 ; 1 594 764 en 2014), tout comme le nombre de ceux qui en ont effectivement bénéficié (891 032 en 2012 ; 920 839 en 2014). Le pourcentage de salariés couverts par les services précités par rapport à l'ensemble des travailleurs susceptibles de bénéficier du dispositif a baissé (58,6 % en 2012 ; 57,7 % en 2014). Le rapport ajoute qu'il n'existe pas de statistiques concernant les différentes catégories de travailleurs des autres entreprises.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche 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 l' Autriche.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité relève dans le rapport que l'espérance de vie à la naissance était de 81,3 ans en 2014 (moyenne pour les deux sexes) ; en 2010, elle était de 80,91 ans. Il note également que, d'après l'OMS, l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 81,5 ans en 2015. Selon Eurostat, l'espérance de vie moyenne à la naissance dans l'UE-28 était estimée à 80,9 en 2014 et à 80,6 en 2015.

Le rapport indique que le taux de mortalité (nombre de décès pour 1000 habitants) était de 9,2 en 2014 et est resté stable comparativement à la précédente période de référence (9,2 en 2010).

Il ajoute que les statistiques montrent que le nombre de décès liés à la toxicomanie ont continué de reculer ces dernières années en Autriche.

Il précise en outre que la mortalité infantile a baissé depuis la dernière période de référence : en 2014, son taux était de 3 décès pour 1 000 naissances vivantes, alors qu'il était de 3,9 en 2010. La mortalité maternelle est demeurée relativement stable, avec un taux de 1,2 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2014, contre 1,27 en 2010. Le Comité prend note des principales causes de mortalité infantile et de mortalité maternelle énumérées dans le rapport.

Accès aux soins de santé

Le Comité prend note des informations que contient le rapport concernant le nombre d'établissements hospitaliers, de pharmacies, d'agents hospitaliers et de sages-femmes recensés durant la période de référence.

Le rapport indique que, selon l'Office autrichien des statistiques, les dépenses de santé se sont élevées au total à 36,253 milliards d'euros en 2014, soit 11,0 % du PIB. Elles ont progressé en moyenne de 5 % par an sur la période 1990 – 2014.

La Comité a précédemment pris note des conventions périodiques passées entre le Gouvernement fédéral et les autorités des Länder concernant l'organisation et le financement des soins de santé (sur la base de l'article 15a de la Constitution fédérale – Bundes-Verfassungsgesetz, B-VG). La précédente convention couvrait la période 2008 – 2013 (Conclusions 2013). Selon le rapport, des négociations étaient en cours pour l'établissement d'une nouvelle convention devant entrer en vigueur début 2017.

Le rapport fait référence au Plan sanitaire structurel (ÖSG) initialement adopté en 2006, qui devait servir de plan-cadre pour réaliser une structure de soins de santé intégrés. La quatrième révision du plan ÖSG (2012), qui s'étend jusqu'à l'horizon 2020, représente une nouvelle avancée majeure sur la voie d'une planification globale de l'ensemble du système de soins de santé. Le rapport ajoute que le plan sanitaire structurel fait actuellement l'objet d'une révision et mise à jour portant sur l'ensemble du document et que de nouvelles dispositions, qui concernent en particulier le traitement ambulatoire des patients, vont y être intégrées. La version révisée devrait prendre effet début 2017. Le plan national ÖSG et les plans structurels régionaux en matière de soins de santé (*Regionale Strukturpläne Gesundheit, RSG*) qui s'en inspirent définissent les spécifications, les valeurs de référence ainsi que les critères de qualité à prendre en compte lors de la planification afin de s'assurer que les soins de santé soient dispensés dans le cadre d'une structure régionalement équilibrée qui ait été pensée et réalisée (puis ultérieurement adaptée) pour répondre aux besoins de chaque région.

Le rapport indique par ailleurs que l'Autriche a, fin 2014 et courant 2015, accru et diversifié sa capacité d'accueil pour les patients nécessitant une prise en charge psychiatrique d'urgence en régime hospitalier (y compris dans les hôpitaux de jour), notamment dans les services de psychiatrie générale, de traitement des troubles addictifs et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il signale que les services psychiatriques implantés en milieu hospitalier ont été progressivement décentralisés afin que les patients puissent être soignés plus près de leur domicile. Ce processus de décentralisation est pratiquement chose faite dans les Länder de Basse et Haute Autriche et à Salzbourg ; il n'est pas encore terminé dans les autres Länder. Le rapport précise toutefois que le projet consistant à multiplier dans tout le pays les services de soins psychiatriques pour enfants et adolescents en milieu hospitalier et en régime ambulatoire avance lentement, en raison essentiellement d'un nombre toujours insuffisant de spécialistes dans ces disciplines ; l'une des mesures prises pour y remédier a été d'augmenter les capacités de formation en la matière. Le Comité demande à être tenu informé de l'offre de services de soins de santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures permettant de favoriser la guérison des patients qui en sont atteints.

S'agissant des listes d'attente et de la gestion des délais d'attente dans les systèmes de soins de santé, le Comité a précédemment noté que, pour les interventions chirurgicales non urgentes et les tests invasifs destinés à la pose d'un diagnostic en milieu hospitalier, un système de gestion des listes, lisible et transparent pour les patients, a été mis en place. Ce système résulte d'une modification de la loi fédérale sur les hôpitaux et les sanatoriums (Bundesgesetz über Kranken- und Kuranstalten, KAKuG). Il a été imposé que la législation des Länder fixe les critères relatifs aux procédures et à l'organisation des listes d'attente (Conclusions 2013). Le rapport indique que, depuis, l'obligation faite à l'article 5a de la loi KAKuG a été respectée dans tous les Länder et que des dispositions pertinentes ont été prevues dans leurs legislations relatives au système hospitalier. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les temps d'attente effectifs.

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 dépenses de santé à la charge des patients).

A la question de savoir si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou intégrité physique, le rapport répond que la législation ne subordonne la reconnaissance d'une modification de l'identité de genre à aucune obligation de cette nature.

Le Comité note que, selon l'Indice européen 2015 des consommateurs de soins de santé (EHCI), l'Autriche n'interdit pas l'avortement, mais que les interruptions de grossesse ne sont pas pratiquées dans le système de santé publique. La même source indique qu'il n'existe pas de statistiques officielles sur les interruptions de grossesse. Le Comité rappelle qu'en cette matière, une fois que les Etats ont adopté une législation autorisant l'avortement dans certaines situations, ils sont tenus d'organiser leur système de santé de manière à garantir que l'exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de santé dans le contexte de leurs fonctions n'empêche pas les patients d'accéder aux services auxquels ils ont droit en vertu de la législation applicable (Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen (IPPF EN) c. Italie, réclamation n° 87/2012, décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013, par. 69, et Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) c. Italie, réclamation n° 91/2013, décision sur le bien-fondé du 12 octobre 2015, paragraphes 166 et 167). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les conditions qui entourent l'interruption de grossesse en Autriche et sur les mesures prises par les autorités autrichiennes pour rendre effectif l'accès des femmes aux services d'avortement.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l’Autriche 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 l' Autriche.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport concernant les mesures et actions engagées en vue d'améliorer les connaissances des citoyens en matière de santé. En décembre 2014, la Commission fédérale de Santé a adopté des « Recommandations pour la mise sur pied de la plateforme autrichienne sur les connaissances en matière de santé » (*Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz, ÖPGK*) ; ladite plateforme a été dotée d'un bureau de coordination en 2015, financé par le Fonds pour une Autriche saine (*Fonds Gesundes Österreich*).

Le rapport rappelle que ce Fonds, qui est chargé de mettre en œuvre la loi fédérale sur les mesures et initiatives pour la promotion et l'information sanitaire (*Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information*), a poursuivi la mission qui lui a été confiée d'améliorer les connaissances des citoyens en matière de santé par un travail d'information et de sensibilisation ainsi que par des actions ciblées de communication dans tous les grands domaines. En 2015, le Fonds et le ministère fédéral de la Santé ont lancé conjointement une campagne de prévention du tabagisme, organisée pour et avec des enfants et adolescents. Le Comité demande des informations sur les activités menées par le Fonds et sur les domaines auxquels il touche concrètement.

Le Comité prend note des mesures stratégiques mises en œuvre dans le cadre du Plan d'action autrichien pour la nutrition (Nationaler Aktionsplan Ernährung, NAP.e), dont l'un des grands volets consiste à suivre en permanence la situation et les habitudes alimentaires du pays. Le ministère fédéral de la Santé distribue gratuitement de la documentation qui aide la population à avoir une alimentation saine et à respecter les recommandations nutritionnelles (la pyramide alimentaire, par exemple).

Le Comité prend note de différentes campagnes d'information et de sensibilisation menées durant la période de référence. Il retient notamment la campagne « Notre cantine » lancée par le ministère fédéral de la Santé pour améliorer les en-cas et repas proposés aux enfants en milieu scolaire, la campagne « La rougeole, ce n'est pas un jeu d'enfant » (Masern sind kein Kinderspiel) qui a cherché à mettre en avant les risques associés à cette maladie et à accroître de taux de vaccination au sein de la population autrichienne, les spots publicitaires et autres actions de relations publiques destinés à faire connaître la nouvelle réglementation relative à l'achat à l'étranger, via Internet, de médicaments en vente libre, la nouvelle édition du Livre blanc sur l'alcool en Autriche (Handbuch Alkohol – Österreich), ainsi que l'initiative menée conjointement avec l'UE intitulée « Réduire les dommages liés à l'alcool ».

Sur la question de l'éducation à la santé en milieu scolaire, le rapport indique qu'un bureau de coordination pour la promotion de la santé dans les établissements scolaires a été créé au ministère fédéral de l'Education et de la Condition de la femme, sur la base des résultats du projet « Une école saine » (Gesunde Schule) et des objectifs santé adoptés par le Gouvernement fédéral autrichien en 2012, bureau qui a défini la stratégie du ministère en la matière.

Dans le cadre du projet « Une école saine », les établissements d'enseignement agricole (instituts d'études supérieures agricoles, écoles professionnelles agricoles et lycées agricoles) bénéficient d'un soutien sur le long terme et participent activement à cette initiative dont l'objectif est d'intégrer globalement et progressivement les questions de santé dans la vie scolaire de tous les jours.

Consultation et dépistage des maladies

Dans sa précédente conclusion, le Comité a pris note des services de consultation et de dépistage auxquels ont accès les femmes enceintes et les enfants, en ce compris les bilans de santé effectués en milieu scolaire (Conclusions 2013).

Concernant le dépistage de la population dans son ensemble, le rapport contient des chiffres actualisés sur le nombre de personnes qui bénéficient de check-up gratuits : elles ont été 950 940 en 2014, ce qui indique une tendance à la hausse. Par ailleurs, 187 102 femmes ont pris part au programme d'examens gynécologiques. Le rapport indique qu'en moyenne, le nombre de bilans de santé réalisés à titre préventif en Autriche a augmenté.

Le rapport explique que toute personne âgée de plus de 18 ans et résidant en Autriche, qu'elle soit ou non couverte par l'assurance maladie, peut obtenir un tel bilan une fois par an. Il précise que les conditions d'accès des non-assurés audit bilan ont été modifiées au 1er janvier 2016 (hors période de référence) ; désormais, ce droit ne s'applique plus aux personnes qui sont admises à bénéficier de ces examens préventifs dans un établissement de soins ou si, en vertu du Règlement (CE) 883/2004 et/ou d'un accord intergouvernemental, elles relèvent, pour les soins de santé, d'un autre Etat.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche 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 l'Autriche.

Environnement sain

Le Comité prend note des diverses mesures prises par l'Autriche pour donner effet aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur relatives à la réduction des risques que présentent les produits chimiques et les polluants pour l'environnement, à la gestion des déchets, à la gestion de l'eau, à la pollution de l'air, au changement climatique, ainsi qu'aux modes de transport écologiques et sains.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité prend note des nouvelles mesures antitabac qui sont entrées en vigueur pendant la période de référence. La loi sur le tabac (Tabakgesetz, TabakG) amendée en 2015 étend l'interdiction générale de fumer aux chapiteaux qui accueillent des spectacles et, d'une manière générale, aux locaux des clubs qui proposent des activités s'adressant également à des jeunes. En outre, la loi s'applique désormais aux espaces extérieurs des établissements scolaires et des structures de garderie. En plus des produits tabagiques classiques, les produits dits connexes (produits à base de plantes, cigarettes électroniques, pipes à eau, etc.) sont eux aussi régis à présent par les dispositions relatives à l'interdiction de fumer et à la protection des non-fumeurs.

Le rapport ajoute qu'une interdiction universelle de consommer en tout lieu public aussi bien les produits tabagiques que les produits connexes sera instaurée à compter du 1er mai 2018 (hors période de référence). Les établissements de l'ensemble du secteur de la gastronomie et de la restauration, hormis les hôtels et structures d'hébergement, ne pourront proposer aucune salle séparée pour les fumeurs. Le Comité demande à être informé de l'évolution des mesures anti-tabac.

Le Comité prend note des mesures préventives et des initiatives déployées durant la période de référence, notamment la mise en place d'une ligne info-service pour les fumeurs, d'un numéro d'assistance téléphonique pour les personnes désireuses d'arrêter de fumer, ou encore la campagne YOLO « Vis ta vie. Ne fume pas. », qui cible les adolescents âgés de 10 à 14 ans. S'agissant du nombre de fumeurs, le rapport indique qu'en 2014, 27 % des hommes (- 1 % comparativement à 2006-2007) et 22 % des femmes (+3 %) fumaient quotidiennement. Entre 2006 et 2014, la proportion de jeunes femmes (15-24 ans) fumant quotidiennement a reculé ; néanmoins, en 2014, une jeune femme sur cinq dans la tranche d'âge des 15-19 ans fumait et ce taux était de 29 % pour les 20-24 ans. Le tabagisme chez les femmes âgées d'au moins 25 ans était plus répandu qu'il ne l'était, toutes tranches d'âge confondues, en 2006. Le pourcentage de fumeurs chez les jeunes hommes (15-19 ans) a baissé entre 2006 et 2014 (il a été ramené de 26 % à 22 %), mais a augmenté de 4 % parmi les hommes âgés de 25 à 29 ans.

Le rapport fait état de l'adoption par le Conseil des Ministres, en février 2016 (hors période de référence), d'une stratégie nationale de prévention des addictions, qui couvre également la consommation d'alcool. Les unités plus spécialement chargées de ces questions dans les Länder y sont également associées par le truchement du groupe de travail pour la prévention des addictions (Arbeitsgemeinschaft für Sucht-vorbeugung) et coopèrent avec les établissements scolaires et diverses structures qui s'occupent de la prise en charge des addictions au plan local et régional essentiellement. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des statistiques concernant la consommation d'alcool.

Le Comité prend note dans le rapport des textes de loi et politiques relatives à l'usage de drogues. Il relève ainsi l'adoption, durant la période de référence, d'une loi et d'un règlement relatifs aux « nouvelles substances psycho-actives » (anciennement désignées sous le

vocable de « produits chimiques de recherche » ou « drogues légales ») (loi NPSG, parue au Journal officiel I n° 146/2011, et règlement NPSV, publié au Journal officiel I n° 146/2011). Entrés en vigueur en 2012, ces dispositifs visent à limiter au maximum la circulation desdites substances et les dangers qui résultent de leur utilisation en les soumettant à des mesures de contrôle spécifiques.

Les données montrent qu'après une hausse en 2004, l'utilisation des drogues à haut risque a une nouvelle fois marqué le pas et a commencé à baisser régulièrement à partir de 2009. Au vu des dernières estimations, l'Autriche compterait entre 28 et 29 000 consommateurs de drogues à haut risque (associant généralement plusieurs substances), dont des opiacés.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport indique que la législation autrichienne (loi sur les maladies épidémiques – *Epidemiegesetz*) exige de signaler les principaux cas de maladies infectieuses telles que définies par la loi précitée. Les cas de maladies épidémiques observés au plan national doivent être communiqués par voie électronique au Système de notification épidémiologique (*Epidemiologisches Meldesystem – EMS*). Ceux qui concernent des maladies infectieuses doivent être notifiés non seulement aux autorités nationales, mais aussi aux instances de l'UE. Aussi les données nationales sont-elles compilées une fois par an et transmises au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations à jour sur le programme national de vaccination, ainsi que sur le taux de couverture vaccinale (Conclusions 2013).

Le rapport indique qu'un nouveau programme de vaccination a été mis en place début 1998 en vue de donner à tous les enfants de moins de 15 ans vivant en Autriche la possibilité de se faire administrer les vaccins jugés essentiels au regard de la santé publique sans que les tuteurs légaux de l'enfant aient à débourser quoi que ce soit. Ce programme couvre les maladies évitables grâce aux vaccins que peuvent contracter les enfants et adolescents. Le rapport explique par ailleurs quels types de vaccins sont gratuits et recommandés aux enfants dans le cadre du programme de vaccination. Outre ceux que prévoit ledit programme, toute personne qui n'est pas immunisée (c.-à-d. qui n'a pas été vaccinée par deux fois ou a contracté la maladie) peut obtenir gratuitement le vaccin ROR (rougeole, oreillons et rubéole), et ce dans le souci de combler les éventuelles lacunes qui subsisteraient au sein de la population en termes de vaccination. Les femmes qui viennent d'accoucher bénéficient de surcroît d'une attention spéciale ; s'il s'avère qu'elles n'ont pas l'antigène du virus de la rubéole, le vaccin ROR leur est également administré. Le rapport ajoute que la vaccination se fait sur une base volontaire en Autriche.

Le rapport affirme que, depuis l'entrée en vigueur du programme, le taux de vaccination pour les maladies infantiles les plus courantes a considérablement progressé. Plus de 90 % des enfants nés dans années couvertes par la période de référence ont reçu le vaccin hexavalent. La vaccination ROR a elle aussi dépassé, dans la majorité des Länder, le taux de 80 %. Ces dernières années, face à la recrudescence de cette maladie chez les jeunes adultes, le vaccin contre la coqueluche a été ajouté au programme de vaccination en milieu scolaire. Le rapport contient par ailleurs des informations sur le programme de vaccinations générales prévues pour les nouveau-nés et les enfants en bas âge, pour les enfants et adolescents scolarisés, ainsi que pour les adultes.

Le Comité prend note également des informations qui figurent dans le rapport concernant la situation observée en Autriche pour ce qui est du VIH/Sida.

Accidents

Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport concernant les mesures mises en place pour prévenir les accidents de la route, les accidents domestiques et les accidents survenant durant les loisirs.

Le rapport décrit les mesures et initiatives déployées dans le cadre du Programme de sécurité routière. De nombreuses mesures et campagnes de sensibilisation à la sécurité routière ont été déployées en 2014 au plan national ou régional pour appuyer la stratégie sur laquelle repose ledit Programme. Selon le rapport, d'importants progrès avaient déjà été réalisés grâce au premier Programme autrichien de sécurité routière (2002-2010).

Le Programme en cours (2011-2020) a été rendu public en février 2011 et s'est fixé pour objectifs de réduire de 50 % le nombre de morts sur les routes d'ici 2020, de 40 % le nombre de blessés graves, et de 20 % le nombre d'accidents ayant entraîné des dommages corporels. Il sera supervisé tout au long de son exécution par le Conseil consultatif autrichien de la sécurité routière (Groupe d'experts sur la circulation routière). L'évaluation à mi-parcours du Programme réalisée en 2015 montre que des évolutions positives sont intervenues depuis 2000. Le rapport fait état d'un certain nombre de modifications apportées par le Programme 2011-2020 dans le secteur de la sécurité routière : instauration d'un taux d'alcoolémie de 0,1‰ pour tous les chauffeurs de bus assurant des transports scolaires, interdiction pour les poids lourds d'emprunter la voie de gauche sur une autoroute comportant trois voies de circulation ou plus, adoption de nouvelles lois permettant de procéder à des mesures de contrôle sur des sections routières, et adoption de nouvelles normes concernant les sièges pour enfant dans les voitures.

Le rapport indique qu'en 2012, le ministère fédéral de la Santé a lancé un programme de prévention des accidents domestiques et des accidents survenant durant les loisirs et que les mesures qu'il prévoit seront mises en œuvre au niveau intersectoriel. Le Comité demande à être tenu informé des mesures prises et de l'évolution du nombre d'accidents de la route, d'accidents domestiques et d'accidents survenant durant les loisirs.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche 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 l'Autriche.

En ce qui concerne les **prestations familiales et les prestations de maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives, respectivement, aux articles 16 et 8§1.

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale autrichien. Il note qu'il continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivant) et qu'il repose sur un financement collectif, en ce qu'il est alimenté par des cotisations (employeurs, salariés, État) et par le budget de l'État.

D'après le rapport, 99 % de la population est couverte par le régime d'assurance maladie obligatoire. Depuis la mise en place du dispositif instituant un revenu minimum versé sous condition de ressources, ses bénéficiaires sont également couverts par le régime d'assurance maladie obligatoire. L'assurance contre les accidents couvre quasiment 100 % de la population active, y compris les enfants scolarisés et les étudiants, à l'exception de certaines professions libérales (par exemple, les auteurs, les avocats et les ingénieurs civils), qui peuvent cependant souscrire une assurance volontaire. En 2015, 3 807 725 personnes en moyenne étaient directement couvertes par une assurance pension (dont 3 141 363 étaient salariées et 566 362 étaient travailleurs indépendants), 6 264 402 personnes étaient couvertes par une assurance contre les accidents du travail et 3 134 986 personnes étaient couvertes par l'assurance-chômage, dont 16 721 travailleurs indépendants. De plus, 1 373 280 personnes percevaient des prestations de vieillesse en 2015. Le Comité demande que le prochain rapport indique le pourcentage d'assurés par rapport à la population active totale, y compris les travailleurs indépendants, pour les différentes prestations versées en remplacement des revenus et rappelle que ces données doivent être régulièrement fournies dans chaque rapport afin de permettre l'évaluation de l'étendue de la couverture personnelle effective.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté annuel s'élevait à 23 260 € en 2015, ou 1 938 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'élevait à 11 630 € par an, ou 969 € par mois. Le seuil de 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 775€ par mois

Prestations de vieillesse : d'après le rapport, le régime d'assurance pension prévu par la loi ne prévoit pas le versement sans conditions d'une pension minimum aux personnes ayant dépassé un certain âge. Cependant, le complément différentiel (Ausgleichszulage) servi sous conditions de ressources s'adresse aux personnes qui, en principe, sont admises au bénéfice d'une pension. Cela signifie que les pensions faibles peuvent être suppléées par le complément différentiel en cas d'indigence financière. En 2015, le montant de référence des compléments différentiels était de 872,31 € pour les personnes seules et de 1 307,89 € pour les couples. Bien que le niveau de la pension minimum de vieillesse se situe entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté défini par Eurostat, le Comité relève dans le rapport que le complément différentiel est versé quatorze fois dans l'année, ce qui porte le montant minimum annuel de la pension à 12 212 €, soit au-delà du seuil de pauvreté. La situation est, par conséquent, conforme à la Charte. Il en va de même **des prestations de maladie et d'invalidité**, y compris lorsqu'une incapacité de travail est la conséquence d'un **accident de travail** ou d'une **maladie professionnelle**.

Prestations de chômage : le Comité a précédemment noté (Conclusions 2013) que le système de sécurité sociale autrichien consistait en deux piliers qui garantissaient que personne ne soit contraint de vivre avec un revenu minimum inférieur au seuil de pauvreté : l'assurance chômage et le revenu minimum garanti assurent en effet un revenu minimum d'un niveau suffisant. Lorsque les prestations de chômage (*Arbeitslosengeld*) sont inférieures au niveau minimum garanti fixé dans le land, le bénéficiaire peut percevoir un complément au titre de l'aide à l'emploi (*Notstandshilfe*), de façon à ce que ses prestations atteignent au moins ce niveau minimum. Le rapport précise que le montant minimum alloué en 2015 aux personnes seules ou aux parents isolés était de 827,82 €, ce qui correspond approximativement à 43 % du revenu médian ajusté. Le rapport précise toutefois que d'autres prestations peuvent être accordées par les länder, notamment des allocations-logement. Par ailleurs, le Comité relève dans le MISSOC que les allocations de chômage et les aides à l'emploi peuvent être cumulées avec d'autres prestations liées à l'emploi telles que l'aide spéciale (*Sonderunterstützung*), l'allocation de transition (*Übergangsgeld*), l'allocation de formation continue (*Weiterbildungsgeld*), l'allocation de transition après un emploi à temps partiel pour les travailleurs âgés (*Übergangsgeld nach Altersteilzeit*) et l'allocation de reconversion (*Umschulungsgeld*). Les prestations peuvent aussi être cumulées avec un revenu provenant d'un emploi mineur d'un montant maximum de 405,98 € par mois. Compte tenu des différentes allocations pouvant compléter les allocations de chômage, le Comité considère que leur niveau est suffisant. Il relève d'après Missoc que la durée de paiement des prestations de chômage, qui dépend de la durée d'affiliation et de l'âge de l'intéressé, est comprise entre 20 semaines, pour une durée d'affiliation de 52 semaines sur une période de deux ans, jusqu'à 78 semaines. Des prorogations sont possibles, lorsque l'intéressé participe à certaines mesures de formation ou de réinsertion professionnelle. L'aide à l'emploi est versée jusqu'à 52 semaines. S'agissant de la période initiale pendant laquelle un travailleur peut refuser une offre d'emploi qui ne lui convient pas sans pour autant perdre son droit aux allocations de chômage, le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2013), dans lesquelles il a jugé la situation conforme à la Charte (au cours des cent premiers jours de chômage, le fait de proposer un emploi différent de celui que l'intéressé occupait auparavant est jugé déraisonnable dès lors que cela lui compliquerait singulièrement la tâche de trouver ensuite du travail dans le secteur d'activité qui était le sien).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche est conforme à l'article 12§1 de la Charte.

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 l'Autriche.

Le Comité constate que l'Autriche n'a pas ratifié le Code européen de sécurité sociale. Par conséquent, faute de pouvoir prendre en considération d'autres sources, telles que les résolutions du Comité des Ministres sur la conformité des Etats liés par le Code européen de sécurité sociale, il lui faut faire sa propre évaluation en se fondant sur les informations fournies dans le rapport.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum), soit au moins six des neufs parties du Code, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux et la vieillesse pour trois).

Le Comité relève que l'Autriche a accepté les parties II, IV, V, VII et VIII de la Convention n°102 qui concernent respectivement les soins médicaux, les prestations de chômage, les prestations vieillesse, les prestations familiales et les prestations de maternité. A la suite de la ratification de la Convention n°128 de l'OIT (l'Autriche a accepté la partie III sur les prestations vieillesse) et conformément à l'article 45 de la Convention, la Partie V (prestations vieillesse) de la Convention n°102 a cessé de s'appliquer.

Le Comité note que le Rapport 2017 de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT ne mentionne aucune observation ni demande directe à l'intention du Gouvernement concernant les Convention n^{os} 102 et 128.

Le Comité rappelle qu'afin de pouvoir déterminer si le système de sécurité sociale est maintenu à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code, il lui faut apprécier les informations relatives aux branches couvertes, au champ d'application personnel et au niveau des prestations versées.

Le Comité renvoie à l'appréciation formulée au titre de l'article 12§1, dont il ressort que le système de sécurité sociale autrichien continue de couvrir la totalité des risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail / maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Il tient compte de l'appréciation portée quant au champ d'application personnel et au caractère suffisant des prestations en Autriche, jugés conformes à l'article 12§1, et renvoie à la conclusion selon laquelle la situation de l'Autriche est également conforme à l'article 12§3.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche 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 l'Autriche.

Il prend note des modifications apportées à la législation pendant la période de référence et renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale autrichien.

En ce qui concerne les prestations familiales et les prestations de maternité, le Comité renvoie à ses conclusions relatives, respectivement, aux articles 16 et 8§1.

S'agissant des autres branches de la sécurité sociale, le Comité prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence. Le rapport mentionne en particulier les améliorations suivantes :

- l'augmentation, pendant la période de référence, des taux de base ouvrant droit à un complément différentiel de pension (2,7 % en 2012, 2,8 % en 2013, 2,4 % en 2014, 1,7 % en 2015) et du niveau des pensions (2,7 % en 2012, 1,8 % en 2013, 1,6 % en 2014, 1,7 % en 2015) ;
- l'extension des prestations pour longue maladie aux travailleurs indépendants (loi de 2012 sur la modification de l'assurance sociale – *Sozialversicherungs-Änderungsgesetz* 2012, Journal officiel fédéral I n° 123/2012) ;
- l'extension de la liste des maladies professionnelles couvertes par l'assurance contre les accidents du travail (les troubles vasculaires induits par les vibrations, les lésions causées par la pression, les maladies chroniques de la gaine tendineuse et péri-tendineuse, les insertions musculaires et tendineuses et la rhinopathie ont été inclus) ;
- une réforme du système de pension d'invalidité, avec la mise en place d'une allocation de réadaptation (loi portant modification à la loi sociale de 2012 – *Sozialrechts-Änderungsgesetz* 2012), Journal officiel fédéral I n° 3/2013). La nouvelle allocation vise à encourager la réadaptation et le recyclage et s'applique aux personnes ayant une incapacité temporaire de travail d'au moins six mois. Elle s'adresse également aux personnes non admises au bénéfice de prestations d'invalidité au motif que leur invalidité n'est pas permanente, mais dont l'invalidité temporaire d'au moins six mois a été confirmée, et qui ne sont pas en mesure de suivre les programmes de réinsertion professionnelle ;
- l'adoption, en janvier 2014, d'un règlement (loi de 2013 portant réforme du droit du travail – *Arbeitsrechts-Änderungsgesetz* 2013), Journal officiel fédéral I n° 138/2013) permettant aux salariés de prendre un congé à temps complet ou à temps partiel, en accord avec leur employeur, pour s'occuper d'un proche, et de bénéficier d'une allocation tout en conservant leur assurance maladie (prise en charge par le Gouvernement fédéral) ;
- à compter de juillet 2015, les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui ont besoin d'un appareil orthodontique peuvent en bénéficier à titre de prestation en nature sans obligation pour l'assuré d'acquitter un ticket modérateur ou de contribuer à son coût ;
- l'adoption de mesures de dégrèvement fiscal en faveur des personnes qui s'occupent d'un enfant handicapé et souhaitent souscrire une auto-assurance, et la création d'un régime non contributif d'auto-assurance destiné aux personnes qui s'occupent de membres de leur famille (loi de 2015 portant modification à la loi sociale – *Sozialrechts-Änderungsgesetz* 2015), Journal officiel fédéral I n° 162/2015) ;
- l'extension de la couverture d'assurance complète aux participants à certains programmes de bénévolat, tel que précisé dans la loi relative au bénévolat ;
- la création d'une allocation d'assistance temporaire (*Überbrückungsgeld*) destinée aux travailleurs du bâtiment au chômage qui, en 2015, étaient proches de l'âge de la retraite et ne pouvaient plus travailler en raison d'une maladie ;

- la prise en compte de certaines périodes dans le calcul de la durée minimum d'emploi– depuis 2015, certaines périodes, comme les périodes de service militaire ou de service civil de remplacement, ou de congé de soutien familial en cas d'hospitalisation, sont prises en compte dans le calcul de la durée du précédent emploi. Les périodes ainsi créditées sont aussi prises en compte dans le calcul des 156 semaines d'emploi couvert par l'assurance chômage, qui ouvrent droit à 30 semaines d'allocations de chômage.

Le Comité relève également dans le rapport qu'à la suite d'une importante réforme administrative entrée en vigueur en janvier 2014, et d'une décision constitutionnelle adoptée en décembre 2014, les recours concernant l'octroi des allocations de chômage sont désormais suspensifs. Depuis 2014, l'instance compétente en matière de recours concernant l'assurance chômage n'est plus le Service public de l'emploi : cette responsabilité a été transférée aux juridictions administratives. De plus, plusieurs organes de recours en matière d'assurance santé et accident ont été supprimés fin 2013 et le réexamen des décisions administratives dans ce domaine incombe à présent au Tribunal administratif fédéral.

Le Comité prend note, par ailleurs, de l'adoption de certaines mesures restrictives, notamment :

- le non-remboursement de certains dépistages et bilans de santé (loi d'accompagnement du budget 2016 (*Budgetbegleitgesetz* 2016), Journal officiel fédéral I n° 144/2015) ;
- la restriction de l'accès à certains régimes de retraite, à savoir : 1) au régime de retraite anticipée (en 2013, 38 années d'assurance étaient requises, nombre qui a été porté à 40 ans à compter de 2017), 2) au régime de retraite nécessitant une longue période d'assurance (*Hacklerregelung* – l'âge de départ à la retraite a été porté à 62 ans pour les hommes et les femmes) et 3) au régime de retraite nécessitant une longue période d'assurance réservé aux travailleurs manuels (l'âge minimum et la durée de cotisation ont été augmentés).

Le rapport fait aussi état de mesures entrées en vigueur hors période de référence concernant le calcul du montant des allocations de chômage et la mise en place d'une retraite partielle. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur leur mise en œuvre et leur impact.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche 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 l'Autriche.

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 par des mesures unilatérales.

Le Comité rappelle que, compte tenu de la législation de l'UE régissant la coordination des systèmes de sécurité sociale des États membres de l'UE, fondée sur les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, tels que modifié par le règlement (UE) n° 1231/2010, les États Membres de l'UE assurent, en principe, l'égalité de traitement entre, d'une part, leurs nationaux et, d'autre part, les ressortissants des autres États Membres de l'UE ou de l'EEE, les apatrides, les réfugiés résidant sur le territoire d'un État Membre qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou plusieurs États Membres, les membres de leur famille et leurs survivants, ainsi que les ressortissants de pays tiers, les membres de leur famille et leurs survivants, à condition qu'ils résident légalement sur le territoire d'un État Membre et qu'ils se trouvent dans une situation dont tous les éléments ne se 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 de 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 l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale quand ils résident légalement sur leur territoire (Conclusions XVIII-1 (2006)). Pour ce faire, ils doivent soit conclure avec eux des accords bilatéraux soit prendre des mesures unilatérales.

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les autres États parties qui ne sont pas membres de l'UE ou ne font pas partie de l'EEE, le Comité relève dans le rapport que la situation n'a pas changé au cours de la période de référence. Il a noté dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013) que l'Autriche n'avait toujours pas conclu d'accord avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, la Fédération de Russie et l'Ukraine. Il demande que le prochain rapport indique s'il est envisagé de conclure de tels accords et si tel est le cas, dans quels délais.

S'agissant des mesures unilatérales prises par l'Autriche, rien dans le rapport n'indique que de telles mesures aient été prises ou soient prévues. Le Comité réitère donc sa conclusion de non-conformité sur ce point.

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 l'Autriche subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant réside sur son territoire.

Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. En l'absence d'informations, le Comité comprend que la situation n'a pas changé et, par conséquent, réitère sa conclusion de non-

conformité sur ce point. Il demande, par ailleurs, que chaque rapport donne à l'avenir des informations sur l'état de la législation en vigueur ou la pratique.

Droit à la conservation des avantages acquis

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2006 à 2013), le Comité a demandé si le principe de la conservation des avantages s'appliquait aux ressortissants de tous les pays. Le rapport confirme que les pensions sont exportables dans tous les pays, sans exception.

Le Comité considère, par conséquent, que la situation est conforme s'agissant de la conservation des avantages acquis, y compris dans le cas de ressortissants d'autres États parties qui ne seraient couverts par aucun accord.

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

Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. Le Comité considère, par conséquent, que la situation n'a pas changé et reitère sa conclusion, dans laquelle il a considéré la situation conforme à la Charte sur ce point. Il demande, par ailleurs, que chaque rapport donne à l'avenir des informations sur l'état de la législation en vigueur ou la pratique.

Conclusion

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

- l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie 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 l'Autriche.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Dans la mesure où l'Autriche n'a pas accepté l'article 23 de la Charte, le Comité examine le montant de la pension non contributive servie à une personne âgée seule et sans ressources sous l'angle de la présente disposition. Il renvoie à sa conclusion au titre de l'article 12§1 et note que, d'après le rapport, en cas d'indigence, le montant de la pension est majoré et porté au « taux de référence des compléments différentiels ». En 2015, ce taux était de 872,31 € pour une personne seule. Bien que le niveau minimum de la pension de vieillesse se situe entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté établi par Eurostat, le Comité relève dans le rapport que le complément différentiel est versé quatorze fois dans l'année, de sorte que le niveau minimum annuel de la pension s'élève à 12 212 €, soit un montant supérieur au seuil de pauvreté (11 630 €).

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, pour apprécier le niveau de l'assistance sociale au cours de la période de référence, des éléments suivants :

- Prestation de base : selon la base de données MISSOC, le barème minimum (Mindeststandards) de l'aide était de 827,82 € pour une personne seule.

Le Comité prend note des informations provenant des différents *Länder*.

Basse Autriche : les montants minima sont ajustés chaque année de façon à atteindre le taux de référence des compléments différentiels prévu par le régime d'assurance pension, et sont versés en douze mensualités annuelles. Les prestations minimales servies sous condition de ressources comprennent les allocations de subsistance et les allocations-logement. Pour bénéficier de telles prestations, l'intéressé doit fournir un document attestant du montant de ses frais de logement, lesquels ne doivent pas être couverts par des prestations servies à un tiers. En outre, le Gouvernement verse une fois par an aux personnes dans le besoin une allocation de chauffage, d'un montant de 120 € par ménage en 2015/2016.

Haute-Autriche : les prestations d'assistance sociale ont pour but de prévenir la détresse sociale (soutien préventif) et de subvenir aux besoins essentiels. Le revenu minimum et les prestations d'assistance sociale servis sous condition de ressources sont versés par le Land de Haute Autriche et par les institutions régionales d'assistance sociale. La loi de Haute-Autriche relative au revenu minimum prévoit un droit légal à l'assistance, permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier d'une aide pour assurer leur subsistance et leur logement, de soins de santé et d'un soutien dans les domaines de l'éducation et de l'emploi.

Tyrol : la loi tyrolienne relative au revenu minimum établit une distinction entre les prestations de base et les autres prestations. Les premières visent à subvenir aux nécessités vitales et aux besoins en matière de logement. Les autres désignent, par exemple, les aides à l'éducation. Le Comité note qu'en 2015, le revenu minimum s'élevait à 620,87 €. Ce montant était complété par un versement spécial de 74,50 € par trimestre. Par ailleurs, l'allocation-logement accordée aux personnes sollicitant une assistance couvrait les dépenses habituelles de loyer, les charges, les frais de chauffage et les taxes. Elle était fixée en fonction des prix normalement pratiqués sur le marché local. En cas de difficultés exceptionnelles, une aide supplémentaire pouvait être octroyée dans le cadre du système de revenu minimal, sous la forme d'une aide à l'éducation, d'un soutien financier d'un montant maximum de 126 € par mois ou d'un versement unique d'un montant maximum de 1 508 €.

En réponse à la question du Comité concernant le niveau global de l'assistance, le rapport précise que le système de revenu minimum garantit un revenu minimum couvrant les besoins essentiels et les frais de logement. Au montant de base s'ajoute une somme correspondant aux frais de logement tels qu'attestés par le justificatif fourni. En 2015, les personnes dans le besoin percevaient 620,87 € au titre du revenu minimum, auxquels s'ajoutait une allocation de subsistance et de logement couvrant les frais supportés pour vivre dans un logement convenable et les charges locatives, de façon qu'elles n'aient pas à utiliser leur allocation de subsistance pour régler leurs dépenses de chauffage. Les dépenses exceptionnelles indispensables (par exemple les dépenses liées à l'obtention d'un logement) sont aussi prises en charge. Le rapport précise par ailleurs que 124 € étaient versés à titre d'argent de poche et 74,50 € par trimestre à titre de versement spécial. D'après le rapport, si l'on additionne le revenu minimum, l'allocation-logement et les prestations additionnelles, la somme obtenue peut dans certains cas dépasser le seuil de pauvreté établi par Eurostat.

Vorarlberg : le Comité note que le montant du revenu minimum continue de se fonder sur le taux de référence des compléments différentiels. En 2014, l'allocation de subsistance pour une personne seule s'élevait à 623 €, tandis que l'allocation-logement (loyer et charges) pouvait atteindre 560 €, ce qui signifie, d'après le rapport, que les deux allocations cumulées pouvaient dépasser la valeur du seuil de risque de pauvreté.

Vienne : le revenu minimum versé à une personne majeure comprend un montant de base affecté aux besoins en matière de logement, qui représente 25 % dudit revenu. Il est également possible de bénéficier d'une aide locative à condition de justifier de dépenses de logement plus élevées, cette dernière étant plafonnée à 103 €. Par conséquent, le montant total de l'assistance peut atteindre 941 €. D'après le rapport, combiné avec les autres prestations, le montant du revenu minimum versé sous condition de ressources peut atteindre la valeur du seuil de pauvreté dans certains cas, mais pas d'une manière générale et pas dans toutes les situations.

- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat) : il était estimé à 969 € en 2015.

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant les divers types de prestations servies en complément de l'assistance de base par les autorités de différents *Länder*. Il note que leur montant total peut parfois atteindre, voire dépasser le seuil de 50 % du revenu médian ajusté. Cependant, même si le Comité n'exclut pas que le montant total des prestations versées à un bénéficiaire de l'assistance sociale peux parfois atteindre 50 % du revenu médian ajusté, il cependant considère qu'il n'est pas établi, au vu des informations disponibles, que toute personne dans le besoin se voie accorder une assistance sociale d'un niveau suffisant. Le Comité conclut que, dans le cas similaire de l'Autriche, le droit à un niveau suffisant d'assistance sociale n'est pas garanti à toutes les personnes dans le besoin.

Droit de recours et assistance judiciaire

Début 2014, le système autrichien de mécanismes de recours a été modifié. Dans le cadre de la réforme des juridictions administratives menée en 2012, les tribunaux administratifs indépendants ont été remplacés par les cours administratives des *Länder* (*Landesverwaltungsgerichte*), qui sont désormais les seules instances de recours administratif compétentes en ce qui concerne l'application des lois fédérales par l'exécutif du *Land*. La création de ces cours administratives a aussi modifié les compétences au regard de la loi relative au revenu minimum. Ce sont ces dernières qui statuent dorénavant en dernier recours dans les procédures contre les décisions prises en vertu de la loi relative au revenu minimum par les autorités administratives compétentes (*Bezirk-shauptmannschaften*).

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 leur 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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a jugé la situation non conforme à la Charte, au motif que les ressortissants d'États n'appartenant pas à l'EEE qui résidaient légalement en Autriche étaient soumis à une condition de durée de résidence pour pouvoir bénéficier de l'assistance sociale.

Le rapport indique à cet égard qu'au Tyrol et dans le Vorarlberg, les ressortissants d'autres États parties à la Charte sociale jouissent d'une égalité de statut avec les citoyens autrichiens. La Carinthie ne fait pas de distinction en fonction de la nationalité. Toute personne autorisée à séjourner dans le pays pour plus de quatre mois a droit au revenu minimum versé sous condition de ressources. En Styrie, des prestations d'assistance sociale sont accordées à toute personne admise à séjourner sur le territoire pendant plus de trois mois.

Cependant, selon les statuts de cinq *Länder*, l'admission au bénéfice des prestations est liée aux droits que confère la résidence permanente en Autriche ; autrement dit, une période de résidence de cinq ans est en principe requise. Afin d'offrir un filet de sécurité, tous les textes législatifs et réglementaires des *Länder* contiennent une clause de force majeure pour les étrangers, qui concerne également les ressortissants des pays signataires de la Charte sociale. Le Comité note qu'à Vienne, aux termes de l'article 39 par. 2 de la loi relative au revenu minimum, les non-ressortissants qui ne jouissent pas de l'égalité de traitement et sont autorisés à séjourner en Autriche pendant plus de trois mois peuvent bénéficier du revenu minimum servi sous condition de ressources en raison de leur situation personnelle, familiale ou économique afin d'éviter qu'ils ne sombrent dans la précarité sociale.

Le rapport ajoute que le solde migratoire pour l'ensemble des ressortissants de pays tiers a plus que décuplé entre 1996 et 2014 (2 983 personnes contre 29 902 personnes). Compte tenu de ces chiffres, ouvrir le système à de nouveaux groupes de personnes n'est, d'après le rapport, pas envisageable.

Le Comité rappelle qu'au sens de l'article 13§1, l'égalité de traitement doit être garantie dès l'instant où l'étranger est admis à résider légalement sur le territoire d'une Partie contractante. 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 droit aux prestations d'assistance, y compris les garanties de ressources, ne doit pas être limité par la loi aux nationaux ou à certaines catégories d'étrangers et que les critères appliqués dans la pratique à l'octroi des prestations ne doivent pas être fondés sur la nationalité. L'égalité de

traitement implique également que des conditions supplémentaires – comme la durée de résidence – ou plus difficiles à remplir ne doivent pas leur être imposées.

Le Comité comprend que dans certains *Länder*, l'égalité de traitement avec les nationaux n'est garantie qu'aux ressortissants des autres États parties qui bénéficient du statut de résident permanent, ce qui implique qu'ils doivent avoir séjourné sur le territoire pendant cinq ans. Par conséquent, il renouvelle son précédent constat de non-conformité.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans ses précédentes conclusions relatives à l'article 13§4 (Conclusions XIX-2, 2013), le Comité a considéré que la situation concernant l'accès des étrangers en situation irrégulière à l'assistance sociale et médicale d'urgence était conforme à la Charte.

D'après le rapport, l'article 18 de la loi fédérale relative aux structures hospitalières et aux établissements de cure (*Bundesgesetz über Kranken- und Ku-ranstalten, KAKuG*) fait obligation à chaque Land d'assurer à toute personne sans ressources qui nécessite une des soins hospitaliers une prise en charge adéquate. L'article 23 de ce même texte dispose que nul ne peut se voir refuser les premiers soins dans un hôpital public.

À cet égard, il n'est fait aucune distinction qui serait fondée sur la nationalité ou le statut d'étranger : 'en cas d'urgence, une prise en charge médicale est donc garantie à tous les non-ressortissants qui séjournent en Autriche.

Les personnes placées en rétention dans l'attente d'une expulsion doivent elles aussi pouvoir bénéficier des soins médicaux nécessaires dans la même mesure que ce qui est décrit ci-dessus, même si cela suppose qu'elles soient remises en liberté en raison de leur état de santé.

Les *Länder* ont l'obligation de prendre soin de tous autres non-ressortissants qui nécessiteraient protection et e soutien.

La protection sociale de base comprend l'hébergement dans des structures adaptées respectant la dignité humaine et permettant de préserver l'unité familiale, des denrées alimentaires suffisantes, de l'argent de poche mensuel, des services médicaux et des soins de santé, des soins infirmiers le cas échéant, des services d'information, de conseil et d'aide sociale pour étrangers, une prise en charge des dépenses de transport (notamment les frais de transport scolaire), des mesures de structuration de la vie quotidienne, des prestations pécuniaires ou en nature permettant d'obtenir les vêtements nécessaires, etc.

L'accent est mis plus particulièrement sur l'identification des groupes qu'il convient d'entourer d'une protection spéciale, ladite protection devant être accordée dès l'entretien initial avec les services de sécurité ou l'interrogatoire mené par l'Office fédéral autrichien de l'immigration et de l'asile (*Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl, BFA*).

Conclusion

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

- le droit à un niveau suffisant d'assistance sociale n'est pas garanti à toutes les personnes dans le besoin ;
- dans certains *Länder*, les ressortissants en situation régulière originaires d'États n'appartenant pas à l'EEE doivent satisfaire à une condition de durée de résidence de cinq ans pour avoir droit à l'assistance sociale.

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 l'Autriche.

D'après le rapport, les dispositions applicables interdisent toute discrimination à l'encontre des bénéficiaires du revenu minimum ou de prestations d'assistance sociale versés sous conditions de ressources. Il ne doit être porté atteinte ni directement, ni indirectement aux droits politiques et sociaux de ces personnes. Ce serait contraire au principe d'égalité entre tous les citoyens, consacré par la Constitution fédérale autrichienne (article 7 de la loi constitutionnelle fédérale (*Bundes-Verfassungsgesetz*) et par l'article 2 de la loi fondamentale relative aux droits généraux des citoyens autrichiens (*Staatsgrundgesetz über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger*, Journal Officiel Impérial n° 142/1867). Ce principe garantit à tous les citoyens le droit constitutionnel à l'égalité de traitement devant la loi et exclut les privilèges fondés sur la naissance, le sexe, la fortune, la classe ou la religion. Il incombe à la Cour constitutionnelle de veiller à ce que ces principes soient respectés dans la législation. Toute décision non conforme à la loi peut faire l'objet d'un recours.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche 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 l'Autriche.

D'après le rapport, à l'exception des mesures actives en faveur de l'emploi, la responsabilité de la plupart des services sociaux incombe aux Länder et aux autorités locales et municipales.

D'après le rapport, s'agissant des services auxquels la loi ouvre droit, les autorités responsables de l'assistance sociale doivent conseiller et orienter les personnes qui sollicitent une aide en fonction de leur situation et autant que nécessaire pour répondre aux objectifs de l'assistance sociale, de manière à ce que tout manquement à ces obligations puisse faire l'objet d'un recours portant sur des services auxquels la loi permet de prétendre.Le Comité demande quelle est la situation des services auxquels la loi n'ouvre pas de droit.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Il demande que le prochain rapport indique dans quelle mesure ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche 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 l'Autriche.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

D'après le rapport, l'article 18 de la loi fédérale relative aux structures hospitalières et aux établissements de cure (*Bundesgesetz über Kranken- und Ku-ranstalten, KAKuG*) fait obligation à chaque Land d'assurer à toute personne sans ressources qui nécessite une des soins hospitaliers une prise en charge adéquate. L'article 23 de ce même texte dispose que nul ne peut se voir refuser les premiers soins dans un hôpital public. À cet égard, il n'est fait aucune distinction qui serait fondée sur la nationalité ou le statut d'étranger : 'en cas d'urgence, une prise en charge médicale est donc garantie à tous les non-ressortissants qui séjournent en Autriche.

Les services d'assistance sociale peuvent par ailleurs octroyer aux non-ressortissants qui ne jouissent pas de l'égalité de traitement et ne sont pas autorisés à séjourner en Autriche des prestations permettant d'assurer leur subsistance, une assistance en cas de maladie et une aide aux femmes enceintes ou aux femmes placées en détention si cela s'avère nécessaire compte tenu de leur situation personnelle, familiale ou économique afin de leur éviter de sombrer dans la précarité sociale.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche 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 l'Autriche.

Organisation des services sociaux

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la situation des services sociaux dans chacun des neuf Länder.

Le Comité rappelle que l'article 14§1 garantit le droit au bénéfice des services sociaux généraux. Ce droit doit s'appliquer potentiellement à l'ensemble de la population, et l'offre de services sociaux doit viser toute personne en situation de dépendance, en particulier les groupes vulnérables et les individus confrontés à un problème social. Les services sociaux doivent par conséquent être accessibles à toutes les catégories de la population qui pourraient en avoir besoin. Le Comité a identifié les groupes suivants : enfants, personnes âgées, personnes handicapées, jeunes en difficulté, jeunes délinquants, minorités (migrants, Roms, réfugiés, etc.), sans-abri, alcooliques et toxicomanes, femmes battues et anciens détenus (Conclusions 2009 – Observation interprétative de l'article 14§1).

Le Comité rappelle que les services sociaux englobent en particulier les services d'orientation, de conseils, de réadaptation et autres formes de soutien assurés par des travailleurs sociaux, les services d'aide à domicile (assistance aux tâches ménagères, hygiène personnelle, livraison de repas), la prise en charge dans un établissement de séjour et le secours social d'urgence (foyers d'accueil) (Conclusions 2005, Bulgarie).

Le rapport indique qu'en Autriche, la réglementation régissant les services sociaux ainsi que la création, la gestion et le fonctionnement des maisons de retraite et hospices sont du ressort des Länder. Les textes de loi qui encadrent l'assistance sociale dans chacun des neuf Länder prévoient la mise en place des services de conseil et d'accompagnement personnel jugés nécessaires pour prévenir les situations de crise d'ordre personnel ou familial, y apporter une solution ou en atténuer les effets. Figurent notamment au nombre des services proposés les soins à domicile pour les malades, l'assistance familiale, l'aide ménagère, les consultations générales et spécialisées, les services visant à favoriser les contacts sociaux et à encourager la participation à la vie culturelle, les services de relève ou de dépannage pour les familles qui s'occupent de personnes âgées ou handicapées, ou encore l'accueil dans des foyers gérés par les services d'assistance sociale. Les services d'orientation et de consultation en matière d'assistance sociale sont principalement confiés à des organismes relevant des administrations locales et aux départements spécialisés des administrations provinciales. Il en va de même pour les services destinés aux personnes handicapées ; chaque dossier est ici examiné individuellement par une équipe composée d'experts médicaux, de représentants de l'Office fédéral des services sociaux et d'aide aux personnes handicapées, de représentants des caisses de sécurité sociale et de représentants du Service public de l'emploi. S'agissant des services auxquels la loi ouvre droit, les autorités responsables de l'assistance sociale doivent conseiller et orienter les personnes qui sollicitent une aide en fonction de leur situation et autant que nécessaire pour répondre aux objectifs de l'assistance sociale, de manière à ce que tout manquement à ces obligations puisse faire l'objet d'un recours portant sur des services auxquels la loi permet de prétendre. Il n'existe en revanche pas de droit de recours direct pour l'orientation et les conseils prodigués dans le cadre d'une intervention du secteur privé – le système autrichien ne s'accommoderait pas d'un tel droit. Les services qu'il prodigue sont placés sous le contrôle des autorités de tutelle (un numéro d'appel d'urgence peut ainsi être joint en cas de problèmes d'aide à domicile) ou d'autres instances habilitées à recevoir des plaintes (services de médiation, etc.). Des services sociaux sont par ailleurs assurés par de nombreux organismes privés, tels que les partis politiques, les communautés et congrégations religieuses, ou encore des groupes d'intérêt partiellement financés par des fonds publics.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé à recevoir des informations sur la situation dans les neuf Laender disant que, si l'information nécessaire n'a pas été fourni dans le prochain rapport, il n'y aura rien à montrer que la situation est conforme à la Charte. Le rapport donne, à titre d'exemples visant à illustrer la situation des neuf Länder, des exposés sur cinq d'entre eux (la Basse-Autriche, la Haute-Autriche, le Tyrol, le Vorarlberg et Vienne). Le Comité réitère sa demande de recevoir des informations spécifiques sur la situation également dans les quatre autres Laender. Le Comité, ainsi, malgré les informations supplémentaires fournies conclut que il n'y aura rien à montrer que la situation est conforme à la Charte en ce qui concerne l'organisation des services sociaux adaptés aux besoins de deux à un manque d'information.

Accès égal et effectif

Le rapport explique que, dans le Land de Vienne, les Autrichiens, les ressortissants des Etats appartenant à l'EEE ainsi que les ressortissants de pays tiers jouissent en principe d'une égalité d'accès aux divers services sociaux. Quiconque sollicite une aide peut obtenir des informations et conseils d'ordre général, quelle que soit sa nationalité. Le Comité demande à cet égard si ce même principe s'applique dans chacun des neuf Länder.

Le rapport indique que les Länder peuvent adapter leur offre de services en fonction des besoins régionaux (en mettant sur pied, par exemple, des dispositifs et plans de développement axés sur les besoins). Le Fonds mis en place par la loi sur le financement des soins de longue durée (PFG) a été institué par le Gouvernement fédéral dans le but de permettre aux Länder et municipalités d'allouer des subventions spécifiques qui puissent contribuer à étoffer l'offre de services infirmiers et d'assistance au vu de l'évolution de la demande. Les crédits obtenus auprès du Fonds de financement des soins de longue durée peuvent avoir des affectations diverses et variées : a) services infirmiers et d'assistance mobiles ; b) services infirmiers et d'assistance entièrement institutionnels ; c) services de prise en charge de jour ; d) prise en charge temporaire dans des structures d'accueil résidentiel ; e) gestion de la prise en charge ; f) formules de logement alternatives ; g) mesures d'accompagnement portant sur l'assurance qualité ; h) projets novateurs. Ces services sont proposés dans tous les Länder, mais leur forme varie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé la situation de l'Autriche non conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif que les usagers des services sociaux ne pouvaient pas saisir une instance indépendante dans chacun des neuf Länder dans les cas urgents de discrimination et d'atteinte à la dignité humaine. Le Comité relève dans le rapport qu'un droit de recours a été institué dans huit des neuf Länder (Vienne, Carinthie, Styrie, Tyrol, Haute et Basse Autriche, Vorarlberg et Salzbourg). Il demande ce qui a été prévu dans le dernier Land – le Burgerland – pour déposer une plainte ou saisir une instance indépendante en cas de discrimination ou de non-respect de la dignité humaine revêtant un caractère d'urgence.

Qualité des services

Le Comité rappelle que les ressources des services sociaux doivent être à la hauteur de leurs responsabilités et suivre l'évolution des besoins des usagers, ce qui suppose que le personnel soit qualifié et suffisamment nombreux, que les décisions soient prises au plus près des usagers, et qu'il y ait des mécanismes permettant de vérifier l'adéquation des services, tant publics que privés.

Selon le rapport, l'importance qualitative et quantitative des services offerts, de même que leur structure organisationnelle, varient d'une région à l'autre. Cela tient en partie au fait que l'Autriche comprend un Land totalement urbain dans sa structure (Vienne) et huit autres Länder qui n'ont qu'un petit nombre de zones urbanisées relativement peu étendues. Pour autant, dans la totalité des neuf Länder, les autorités locales soumettent les prestataires publics et privés de services sociaux à des inspections et contrôles de qualité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Autriche n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que, dans les neuf Laender, les services sociaux sont organisés de telle manière qu'ils sont adaptés aux besoins.

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 l'Autriche.

Le rapport indique que l'octroi de subventions publiques constitue le principal moyen utilisé pour encourager la participation d'organismes privés à la création et à l'exécution de services sociaux. L'efficacité d'un certain nombre d'entre eux passe impérativement par une interaction entre ces structures privées et le régime d'assistance sociale. Le rapport prend l'exemple du service de livraison de repas à domicile que proposent plusieurs Länder, dont l'organisation résulte d'accords de coopération conclus dans le cadre dudit régime entre les organismes publics et privés d'aide sociale, accords aux termes desquels le bureau d'aide sociale finance le service en question et l'organisme privé fournit le personnel et assure la livraison des repas, dans le respect de principes prédéfinis.

Le Comité comprend que, pour aider les associations bénévoles et les organismes privés à mettre en place des services sociaux de qualité, la solution première qui a été retenue est de leur allouer des subventions publiques. Il note l'entrée en vigueur, le 30 juillet 2011, de la loi fédérale sur le financement à long terme des soins (*Pflegefondsgesetz, PFG*), qui représente le fondement juridique sur lequel repose l'octroi de subventions aux Länder en vue de la mise en place et de l'extension des offres d'aide et de prise en charge dans le système de soins de longue durée sur la période 2011-2014. Les modifications apportées le 6 août 2013 à ce texte ont permis de poursuivre le financement en 2015 et 2016.

Le rapport ajoute que le Gouvernement fédéral apporte, par le biais de ce financement, une importante contribution aux coûts auxquels les Länder et les collectivités régionales doivent faire face pour la mise sur pied, le développement et l'expansion de l'offre de soins infirmiers et de soins d'assistance sur le long terme. Pour la période 2011-2016, les fonds alloués à cet effet se sont élevés au total à 1,335 milliard d'euros.

Le Comité rappelle que l'article 14§2 fait également obligation aux Etats parties d'encourager les individus et les organisations à participer au maintien des services, par exemple en engageant des initiatives visant à renforcer le dialogue avec la société civile dans les secteurs de la politique sociale touchant aux services sociaux. Au nombre de ces initiatives figurent notamment celles visant à encourager la représentation de groupes spécifiques d'usagers dans des instances où les pouvoirs publics sont également représentés, ainsi que celles qui cherchent à favoriser la consultation des usagers sur des questions relatives à l'organisation de divers services sociaux et à l'aide qu'ils offrent. Le Comité demande à ce sujet que le prochain rapport rende compte des initiatives spécifiques mises en place dans les différents Länder en vue d'encourager la responsabilisation, la représentation et la consultation des usagers sur des questions relatives à l'organisation de divers services sociaux et à l'aide qu'ils offrent.

Conclusion

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

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

AZERBAIDJAN

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Azerbaïdjan, qui a ratifié la Charte le 2 septembre 2004. L'échéance pour remettre le 10e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Azerbaïdjan l'a présenté le 7 février 2017.

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).

L'Azerbaïdjan a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté les articles 3, 12, 13, 23 et 30.

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

Les Conclusions relatives à l'Azerbaïdjan concernent 5 situations et sont les suivantes :

– 3 conclusions de non-conformité : articles 11§1, 11§3 et 14§1.

En ce qui concerne les 2 autres situations relatives aux articles 11§2 et 14§2, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par l'Azerbaïdjan en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de corriger cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

* * *

*

De plus, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des enfants et des adolescents à la protection – interdiction du travail des enfants soumis à l'instruction obligatoire (article 7§3),
- droit des enfants et des adolescents à la protection – protection spéciale contre les dangers physiques et moraux (article 7§10),
- droit des travailleuses à la protection de la maternité – interdiction des travaux dangereux, insalubres ou pénibles (article 8§5),
- droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement – participation à la vie professionnelle (article 27§1),
- droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement – congé parental (article 27§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté les conclusions suivantes :

- 2 conclusions de conformité : articles 7§10 et 8§5,

- 3 ajournements : articles 7§3, 27§1 et 27§2.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),

- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 – travail librement entrepris (article 1§2),
- droit au travail – orientation, formation et réadaptation professionnelles (article 1§4),
- droit à l'orientation professionnelle (article 9),

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

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

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 l'Azerbaïdjan.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité relève que, d'après l'OMS, l'espérance de vie moyenne à la naissance (pour les deux sexes) a baissé depuis la période de référence précédente, puisqu'elle était de 72,7 ans en 2015 contre 73,8 ans en 2011. L'espérance de vie moyenne demeure peu élevée par rapport aux autres pays européens (la moyenne pour les 28 États membres de l'Union européenne était de 80,6 ans en 2015).

Le Comité note, d'après les données de la Banque mondiale, que le taux de mortalité était de 6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (5,9 en 2011 et 6,3 en 2007, comme le Comité l'a noté dans ses Conclusions 2013).

Le Comité a précédemment noté que les maladies cardiovasculaires et le cancer sont toujours les principales causes de décès pour les hommes et pour les femmes, suivis par les maladies des systèmes digestif et respiratoire. La prévalence de la tuberculose a légèrement diminué, mais reste un problème de santé majeur (Conclusions 2013). Le Comité a à plusieurs reprises demandé quelles mesures étaient prises pour lutter contre ces causes de mortalité (Conclusions 2009 et 2013). Le rapport fournit des informations sur les mesures prises dans le cadre du Plan d'action de lutte contre la tuberculose 2011, et mentionne la Stratégie nationale de lutte contre les maladies non infectieuses pour la période 2015-2020, qui prévoit que le Centre national d'oncologie réalise des examens de détection précoce du cancer dans le cadre d'un programme de dépistage. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre de ces actions et les résultats obtenus en termes de mortalité, ainsi que sur les mesures prises pour lutter contre les autres causes de mortalité.

Le rapport indique les taux de mortalité infantile suivants : 10,8 pour 1000 naissances vivantes en 2013 ; 10,2 en 2014 ; et 11 en 2015 (contre 10,8 en 2011 et 12,1 en 2007, comme le Comité l'a noté dans ses Conclusions 2013). D'après Eurostat, la moyenne enregistrée dans les 28 pays de l'Union européenne était de 3,7 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013-2014. La même source indique que la mortalité infantile en Azerbaïdjan s'élevait à de 10,8 en 2012 et 2013, et à 9,7 en 2014.

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, le rapport indique les taux de morbidité maternelle suivants : 14,5 pour 100 000 naissances vivantes en 2013, 14,6 en 2014 et 14,4 en 2015 (le rapport précédent indiquait un taux de 15,3 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2011).

Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11 §1 au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle étaient insuffisantes (Conclusions 2013).

Le Comité prend note des mesures prises pour améliorer la situation, notamment le Programme national pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile (2014-2020), qui a permis de renforcer la capacité financière et technique des centres médicaux chargés du suivi des mères et de leurs enfants dans les villes et les districts (*rayons*), et d'améliorer leur dotation en médicaments et équipements médicaux. Le rapport indique en outre que des cours de formation destinés au personnel intervenant dans les unités de périnatalité ont été organisés dans de grands hôpitaux du pays et à l'étranger ; des protocoles cliniques et des instructions méthodiques ont été développés ; le registre unique des femmes enceintes mis en place en 2014 a été amélioré ; les établissements médicaux qui ont des unités de soins prénataux dans les régions ont été équipés en matériel informatique ; des programmes spécifiques ont été développés, notamment un programme d'allaitement et un projet de « dépistage précoce des formes sévères d'insuffisances cardiaques chez les nouveau-nés ».

Le Comité relève que le représentant de l'Azerbaïdjan au Comité gouvernemental a indiqué que d'importantes mesures ont été prises depuis quelques années pour améliorer la qualité de la protection maternelle et infantile. Le taux de mortalité infantile a ainsi pu être ramené de 15,5 décès pour 1000 naissances vivantes en 2003 à 10,8 en 2013. Le taux de mortalité maternelle a reculé de 18,5 à 14,5 pour 100 000 naissances vivantes durant la même période (rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013).

Le Comité prend note des réformes engagées et des mesures prises pour réduire les taux de mortalité maternelle et infantile. Il demande à être informé de la mise en œuvre de ces mesures et de leur impact sur la baisse des taux de mortalité maternelle et infantile, et demande des données à jour sur l'évolution des taux de mortalité et sur tout développement dans ce domaine. Entre temps, le Comité maintient sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Accès aux soins de santé

Le Comité a précédemment noté qu'en vertu de la Constitution, les citoyens ont droit à la protection de leur santé et à bénéficier de services médicaux. La loi relative à la protection de la santé de la population, tout comme le programme de réforme du financement de la santé, insistent également sur l'importance qu'il y a à faire en sorte que tous les citoyens puissent accéder aux soins de santé. Le Comité a demandé à être informé de la mise en œuvre des réformes récemment menées dans le secteur de la santé et si elles ont eu un impact positif sur l'espérance de vie, la mortalité et la qualité de vie (Conclusions 2013). Le rapport ne contenant aucune information à ce sujet, le Comité renouvelle sa question.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que les établissements médicaux rattachés au ministère de la Santé et financés par l'État fournissent des services médicaux gratuits à la population depuis le 1er février 2008. Par ailleurs, en application de la décision n° 38 du 7 mars 2005 du Conseil des ministres, une liste de médicaments gratuits a été établie (Conclusions 2013). Le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur le contenu et la portée des services de santé publics et précise notamment s'ils suffisent à répondre aux enjeux de santé publique. Le rapport indique que le nombre de médicaments préparés sur la base de la liste des médicaments gratuits a été revu en 2013 et qu'ils sont désormais au nombre de 184. Par ailleurs, des enveloppes budgétaires sont désormais prévues pour la mise en œuvre de programmes nationaux ciblés et 11 programmes nationaux assurent la fourniture de médicaments gratuits aux patients.

Le Comité a précédemment noté que la répartition moyenne du personnel médical dans le pays masque d'importantes disparités régionales, dans la mesure où il est difficile de recruter et de maintenir du personnel dans les zones rurales. Il a demandé à être tenu informé de toute mesure qui aurait été prise pour qu'il y ait suffisamment de professionnels de santé dans les zones rurales (Conclusions 2013). Le rapport ne fournit aucune information sur le sujet. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données à jour sur les établissements médicaux et les professionnels de la santé, en distinguant entre zones urbaines et zones rurales, et par régions.

Le Comité rappelle que le droit à l'accès aux soins de santé exige que les modes d'accès aux soins n'entraînent pas des retards indus dans la fourniture des soins. Il a à plusieurs reprises demandé des informations sur les modalités de gestion de listes d'attente ainsi que des données statistiques sur les délais d'attente moyens pour obtenir des soins médicaux (Conclusions 2009 et 2013). Le rapport ne contenant aucune information à ce sujet, le Comité réitère sa question et souligne que si le prochain rapport ne contient pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé s'il existait des structures de réadaptation pour les toxicomanes et quel était l'éventail des possibilité et traitements offerts (Conclusions 2009 et 2013). Le rapport indique que le Plan d'action n° 116 du 7 novembre

2014 sur la mise en œuvre du Programme pour le traitement, la réadaptation et la réinsertion des toxicomanes a été approuvée et que le chantier de construction du nouveau Centre républicain de narcologie, qui devrait abriter un département de réadaptation, a démarré. Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de ce Plan d'action, en particulier des structures de réadaptation, et de son impact sur la prévention et la baisse de la consommation de drogues. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte aux motifs que le budget alloué aux soins de santé était manifestement plus bas que dans les autres pays européens (Conclusions 2009) et que les dépenses de santé publique, en valeur absolue ou en pourcentage du PIB, demeuraient peu élevées (Conclusions 2013). En ce qui concerne les dépenses de santé en pourcentage du PIB, il ressort du rapport qu'elles sont demeurées stables pendant la majeure partie de la période de référence, puisqu'elles ont représenté 0,9 % du PIB en 2008 et 2011 (en 2008, les pays de l'Union européenne ont consacré 8,3 % de leur PIB en moyenne aux dépenses de santé). Le présent rapport indique que la part du budget de l'État consacrée à la santé augmente tous les ans. De 335 millions de manats en 2008, elle est passée à 669 millions en 2013, à 725 millions en 2014 et à 777 millions en 2015. Le Comité note que le représentant de l'Azerbaïdjan au Comité gouvernemental a indiqué que l'enveloppe budgétaire allouée à la santé publique en 2014 a été multipliée par 13 depuis 2004. Ce montant équivaut à 1,8 à 2 % du PIB et devrait être encore augmenté. Le Comité relève que, d'après l'OMS, les versements directs des ménages ont représenté 72,08 % du montant total des dépenses de santé en 2014. Il note également que la moyenne de l'OCDE pour les dépenses de santé représentait 8,9 % du PIB en 2013. Bien que le rapport indique que les fonds publics alloués aux soins de santé ont augmenté depuis 2004, le Comité note que ces fonds sont manifestement plus bas que le budget alloué aux soins de santé dans les autres pays européens. Le Comité maintient donc son constat de non-conformité sur ce point.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de services de soins de santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures de rétablissement.

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).

Le Comité prend note des observations présentées par Transgender Europe et l'ILGA (Région Europe) concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent cycle de contrôle, dont il ressort que l'Azerbaïdjan fait partie des pays qui subordonnent la reconnaissance juridique de l'identité de genre à une stérilisation. Le Comité demande des informations à ce sujet, en particulier si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Azerbaïdjan n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle sont insuffisantes ;
- les dépenses de santé publique sont trop faibles.

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 l'Azerbaïdjan.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport sur les campagnes de sensibilisation et d'information sur un mode de vie sain, une alimentation saine, le tabac, la drogue, réalisées durant la période de référence, notamment dans les établissements scolaires. Des activités de formation et des conférences ont été organisées à l'intention du personnel médical et des éducateurs/formateurs sur des sujets tels que la santé génésique des adolescents.

Concernant l'éducation à la santé dans les établissements scolaires, le Comité a déjà relevé dans ses conclusions précédentes qu'un cours axé sur les aptitudes personnelles et sociales était proposé dans le cadre des programmes scolaires, que les questions relatives aux modes de vie sains et à l'éducation sexuelle y étaient abordées (Conclusions 2009) et que ce cours porte également sur la sécurité routière, l'alimentation saine et la prévention des infections sexuellement transmissibles. (Conclusions 2013).

Le Comité rappelle que les États doivent assurer que : l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires ; les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif ; la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante ; il faut en particulier s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique ; une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (*International Centre for the Legal Protection of Human Rights (INTERIGHTS) c. Croatie*, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, §§46 – 47). Le Comité demande que le prochain rapport précise si et comment l'éducation sexuelle et génésique est dispensée dans les écoles en Azerbaïdjan.

Consultation et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que chaque femme bénéficiait de soins médicaux spécialisés gratuits en cours de grossesse et à la naissance de l'enfant (Conclusions 2013). Compte tenu des taux élevés de mortalité infantile et maternelle relevés dans la Conclusion relatif à l'article 11§1, le Comité demande si ce droit gratuit est mis en pratique. Il demande des informations actualisées sur la fréquence des contrôles médicaux et la proportion de femmes couvertes, ainsi que sur l'efficacité de ces examens. Le Comité réserve sa position sur ce point.

De plus, le Comité a pris note que des examens médicaux annuels sont organisés pour tous les enfants scolarisés (Conclusions 2009). Des examens médicaux gratuits pour les enfants et les adolescents sont organisés dans les établissements de soins de santé publics. Le Comité a précédemment noté qu'en 2011, 98,5 % des élèves de Bakou ont bénéficié d'examens médicaux approfondis et a demandé si le taux de couverture était aussi élevé ailleurs dans le pays (Conclusions 2013). Le rapport ne contenant aucune information à ce sujet, le Comité souhaite connaître la proportion d'élèves couverts par les examens médicaux dans tout le pays, en particulier dans les zones rurales.

Concernant les programmes de dépistage disponibles, le Comité a précédemment noté qu'un dépistage de masse de la tuberculose est organisé en application d'une ordonnance du ministère de la Santé de 2001 (Conclusions 2013). Le Comité a demandé s'il existe d'autres programmes de dépistage, notamment du cancer et du VIH (Conclusions 2013).

Le rapport indique que le système de santé actuel permet de dépister les infections par le VIH. Des tests de dépistage sont réalisés en toute confidentialité et de manière anonyme au Centre républicain de lutte contre l'infection par le VIH et dans ses 10 laboratoires régionaux, dans les laboratoires agréés du Centre d'hygiène et d'épidémiologie, au Centre de lutte contre l'infection par le VIH de la République autonome du Nakhitchevan et dans 48 centres volontaires de dépistage et de conseil dans les régions. Des tests de dépistage initial de l'infection par le VIH sont également réalisés dans les laboratoires de diagnostic spécialisés des établissements de santé. Afin d'améliorer l'accessibilité à ce type de services, des services mobiles d'examen et de conseil volontaires ont été mis en place dans tout le pays. À la suite de ces mesures, le nombre de dépistages du VIH a progressé d'année en année pour atteindre 777 000 en 2015, contre 429 000 en 2011.

Concernant le dépistage du cancer, le rapport indique qu'en vertu du décret présidentiel du 23 décembre 2015 sur la Stratégie nationale de lutte contre les maladies non infectieuses (2015-2020), le Centre national d'oncologie lance régulièrement des programmes de dépistage précoce des maladies oncologiques.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le dépistage concernant les autres causes principales de décès.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Azerbaïdjan.

Environnement sain

Le Comité a précédemment pris note des différents règlements et textes de loi mentionnés dans le rapport concernant la réduction des risques environnementaux, en particulier dans les domaines de la qualité de l'air, de la salubrité de l'eau, de la gestion des déchets, du bruit, des radiations ionisantes et de la sécurité alimentaire (Conclusions 2013). Toutefois, il a noté que malgré les mesures prises et la mise en œuvre de plusieurs projets environnementaux, les niveaux de pollution atmosphérique demeurent élevés et que la distribution d'eau potable continue de poser problème dans de nombreuses parties du pays (Conclusions 2013). Le Comité a demandé à être tenu informé de la mise en œuvre des mesures et de la réglementation mentionnées dans le rapport, ainsi que des niveaux de pollution atmosphérique et des cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire, en précisant s'ils ont augmenté ou diminué pendant la période de référence (Conclusions 2013). Le rapport ne fournit aucune information sur le sujet. Le Comité réitère sa question et souligne qu'en l'absence d'informations à ce propos dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif que la législation n'interdisait ni la mise sur le marché ni l'utilisation de l'amiante (Conclusions 2009 et 2013).Il a précédemment noté qu'un projet de loi en la matière a été élaboré et soumis aux instances concernées pour commentaires, mais qu'il n'a pas encore été adopté (Conclusions 2013). Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Le Comité relève dans une autre source (« Asbestos Global. Asbestos Bans and Regulation ») que l'Azerbaïdjan fait partie des pays qui n'ont toujours pas interdit l'amiante ni réglementé son utilisation. En conséquence, le Comité réitère sa précédente conclusion de non-conformité.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Concernant le tabac, le Comité a précédemment noté qu'il est interdit de fumer dans les établissements médicaux, les établissements scolaires et les universités. Cependant, il n'y a pas de législation antitabac concernant les bars, les restaurants, les pubs, les transports publics et les bureaux fermés (Conclusions 2013). Le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'état de la législation concernant les environnements sans tabac et les mises en garde sanitaires sur les emballages des produits du tabac et si la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac sont interdits dans tout le pays.Le rapport devrait aussi donner des indications sur la prévalence du tabagisme (Conclusions 2013).

Le Comité prend note, dans le rapport, de la législation applicable concernant les mises en garde sanitaires figurant sur les paquets de tabac, le design et la vente des produits du tabac, ainsi que la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac

D'après le rapport, la prévalence du tabagisme chez les adultes (15 ans et plus) était de 18,2 % (hommes : 35,9 % ; femmes : 0,0 %) (année/période non précisée). Le Comité relève dans le dernier Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2017) que la prévalence estimée de fumeurs chez les 15 ans et plus était de 21,3 % (homme : 43,5 % ; femmes : 0,3 %) en 2015. La même source indique que la prévalence de fumeurs était de 7,3 % chez les jeunes (13-15 ans).

S'agissant des environnements non-fumeurs, le Comité relève dans ce même Rapport de l'OMS (profil par pays : Azerbaïdjan) qu'il n'existe toujours pas de législation antitabac pour

les bureaux fermés et les lieux de travail, les bâtiments gouvernementaux, les restaurants, les cafés, les pubs et les bars, les transports publics.

Le Comité rappelle que les mesures antitabac revêtent une importance particulière pour ce qui est du respect de l'article 11, étant donné que le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans les pays développés. Pour être efficace, toute politique de prévention doit restreindre l'offre de tabac par une réglementation de la production, de la distribution, de la publicité et des prix (Conclusions XVII-2 (2005), Malte). Doivent notamment être prévues l'interdiction de vendre du tabac aux jeunes (Conclusions XVII-2, Portugal), l'interdiction de fumer dans les lieux publics (Conclusions 2012, Andorre), y compris les transports, et l'interdiction de la publicité par voie d'affichage et dans la presse écrite (Conclusions XV-2 (2001), Grèce). Le Comité apprécie l'efficacité de ces mesures à la lumière des statistiques de la consommation de tabac. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les tendances du tabagisme (chez les adultes et les jeunes), ainsi que sur les mesures prises pour prévenir et réduire la consommation du tabac. Entre temps, il réserve sa position sur ce point.

Le Comité a demandé à plusieurs reprises des informations sur les politiques relatives à la consommation d'alcool et de drogue (Conclusions 2009 et 2013).

Le Comité prend note des statistiques détaillées sur la consommation d'alcool révélées par une étude de 2011 fournies dans le rapport. Il note qu'en 2014, 9,4 personnes sur 100 000 souffraient d'alcoolisme chronique et de psychose alcoolique et que 13,4 personnes sur 100 000 étaient toxicomanes. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données actualisées sur la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que sur les tendances de consommation.

Le rapport indique que le Plan d'action n° 116 du 7 novembre 2014 sur la mise en œuvre du Programme pour le traitement, la réadaptation et la réinsertion des toxicomanes a été approuvée et que le chantier de construction du nouveau Centre républicain de narcologie, qui devrait abriter un département de réadaptation, a démarré. Des formations dans le domaine du traitement et de la réadaptation des toxicomanes destinées aux spécialistes du Centre républicain de narcologie ont été organisées dans d'autres pays, dont la Russie, le Bélarus et le Kazakhstan. Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre du plan d'action, et plus précisément de son impact sur la prévention et la baisse de la consommation de drogues.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité a précédemment noté que le Programme national de vaccination de l'Azerbaïdjan couvre dix maladies : tuberculose hépatite B, poliomyélite, diphtérie, coqueluche, tétanos, rougeole, rubéole, oreillons et depuis 2011, Haemophilus influenzae de type B (Conclusions 2013).

S'agissant de la surveillance épidémiologique des maladies infectieuses, le rapport indique qu'un système électronique d'observation des maladies a été mis en place en 2010 afin d'améliorer les procédures de collecte, de traitement et d'analyse des données sur les maladies contagieuses, ainsi que pour renforcer l'observation des épidémies et des épizooties.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que le nombre de cas de tuberculose a légèrement progressé entre 2008 et 2011, de 4186 à 4893 cas, et a demandé à être tenu informé des mesures prises pour lutter contre la tuberculose (Conclusions 2013).

Le rapport contient des informations sur les mesures prises dans le cadre du Plan d'action de lutte contre la tuberculose 2011, notamment : la fourniture d'équipements modernes de diagnostic, l'augmentation du nombre de cabinets de soins médicaux pour les traitements ambulatoires, la création d'unités spécialisées dans le traitement des formes de tuberculose résistantes aux médicaments et nécessitant une hospitalisation, la formation du personnel

médical. Le rapport indique également que le nombre de cas de tuberculose a reculé depuis 2011 et que les décès dus à la tuberculose sont passés de 4,2 à 3,9 % pour 100 000 personnes.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les taux de couverture de la vaccination.

Accidents

Le Comité a précédemment rappelé qu'en vertu de l'article 11§3, les États sont tenus de prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs. Le Comité a à plusieurs reprises demandé des informations sur les mesures prises pour faire baisser les décès et blessures par accidents, ainsi que sur l'évolution du nombre d'accidents (Conclusions 2009 et 2013). Dans sa conclusion précédente, le Comité a souligné qu'en l'absence d'informations à ce sujet dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point (Conclusions 2013).

Compte tenu de l'absence, dans le rapport, d'informations sur ce point, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte, au motif qu'il n'est pas établi que des mesures appropries ont été prises pour prévenir les accidents.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Azerbaïdjan n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte aux motifs que :

- la législation n'interdit ni la mise sur le marché ni l'utilisation de l'amiante ;
- il n'est pas établi que des mesures appropriées aient été prises pour prévenir les accidents.

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 l'Azerbaïdjan.

Organisation des services sociaux

Le Comité renvoie à la Conclusions précédente (Conclusions 2013) de l'Azerbaïdjan, qui précise qu'aux termes de la loi sur les services sociaux approuvée par le décret présidentiel n° 600 du 14 mars 2012, toute personne en situation de besoin doit bénéficier de services sociaux de qualité répondant aux normes modernes en la matière. Le texte définit quatre catégories de services sociaux : services à domicile, services semi-fixes (de jour), services permanents et services de consultation et d'assistance.

Le rapport précise que le cadre conceptuel pour le développement de l'Azerbaïdjan, « Azerbaïdjan 2020 : une vision pour l'avenir », approuvé par le décret présidentiel n° 800 du 29 décembre 2012, fixe parmi ses priorités l'élargissement du réseau et des types de centres qui fournissent des services sociaux. Depuis 2013, plusieurs projets à vocation sociale élaborés par le ministère du Travail et de la Protection sociale de la République d'Azerbaïdjan ont été mis en œuvre dans les régions afin de fournir des services sociaux aux groupes vulnérables, de favoriser leur insertion sociale et d'aider leurs familles. Entre 2013 et 2015, 95 projets de réinsertion sociale destinés aux enfants et aux adolescents ayant des besoins particuliers et à leur familles, ainsi qu'aux personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale, ont été mis en oeuvre par plusieurs ONG dans différentes villes et régions. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre de ces projets et sur les résultats obtenus.

Le rapport précise que de nouveaux services sociaux mobiles sont organisés par les services des villes et des districts de la Caisse nationale de protection sociale, sous l'égide du ministère du Travail et de la Protection sociale, à l'intention des personnes âgées qui vivent seules, des personnes handicapées et des personnes atteintes d'une maladie grave conformément au règlement relatif à la prestation de services (mobiles) à domicile, approuvé par la décision n° 108 du 22 avril 2014 du Conseil des ministres de la République d'Azerbaïdjan (entre l'entrée en vigueur de ce texte et le 1er juillet 2016, 1 253 travailleurs sociaux ont fourni des services sociaux mobiles à 11 901 personnes âgées et handicapées).

Accès égal et effectif

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a jugé que les critères d'admission des étrangers résidant légalement et travaillant régulièrement dans le pays au bénéfice des services sociaux étaient trop restrictifs en raison d'une condition de durée de résidence excessive (cinq ans). Par conséquent, il a conclu à la non-conformité de la situation, au motif que l'accès des ressortissants des autres États parties aux services sociaux était subordonné à une condition de durée de résidence excessive.

Le rapport précise qu'aux termes de l'article 3 de la loi de la République d'Azerbaïdjan relative aux services sociaux, les citoyens azerbaïdjanais qui ont besoin de services sociaux, les étrangers qui résident de manière permanente en Azerbaïdjan et les apatrides sont admis au bénéfice des services sociaux sur un pied d'égalité, indépendamment de leur origine ethnique, de leur religion, de leur handicap, de leur âge, de leur orientation sexuelle et de leurs opinions politiques. Cependant, le rapport ne répond pas à la question posée par le Comité, qui renouvelle par conséquent sa conclusion de non-conformité.

Qualité des services

Le Comité rappelle que les ressources des services sociaux doivent être à la hauteur de leurs responsabilités et suivre l'évolution des besoins des usagers. Cela suppose que :

- le personnel soit qualifié et suffisamment nombreux ;

- les décisions soient prises au plus près des usagers ;
- des mécanismes soient mis en place pour vérifier le caractère adéquat des services, tant publics que privés.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur ces trois éléments. Il a également demandé quelles étaient les qualifications exigées pour le personnel des services sociaux, quel était le ratio effectifs/usagers et comment étaient contrôlés les services sociaux fournis par des prestataires privés.

Le rapport précise qu'aux termes de la loi relative aux services sociaux, la qualité des services sociaux est placée sous le contrôle direct du ministère du Travail et de la Protection sociale. Le Comité demande si ledit ministère contrôle aussi les services sociaux fournis par des prestataires privés.

Le rapport souligne que des exigences opérationnelles minimales ont été arrêtées par décret ministériel, conformément au programme de travail conjoint pour la réforme du système de protection de l'enfance (2014 – 2015) adopté par le ministère du Travail et de la Protection sociale de la République Azerbaïdjan et le bureau de représentation de l'Unicef en Azerbaïdjan, dans l'objectif de réglementer les activités de plusieurs centres de services sociaux et d'améliorer la qualité des services fournis. À cet égard, le Comité demande quel type d'exigences sont demandées et si elles s'appliquent à tous les systèmes de protection sociale.

Le rapport fait état d'un certain nombre d'activités et de mesures destinées à améliorer la qualité des services sociaux fournis à différentes catégories de personnes vulnérables (jeunes en mauvaise santé, enfants handicapés, personnes âgées, anciens détenus, victimes de la traite des êtres humains). Le rapport fait aussi mention de plusieurs projets : a) un projet lancé en 2015 dans le cadre du programme TAIEX sur l'apprentissage des pratiques internationales concernant la fourniture de services sociaux aux enfants délaissés, aux anciens détenus et aux personnes âgées ; b) un projet de jumelage sur l'amélioration des services sociaux destinés aux personnes ayant des besoins particuliers et l'amélioration de la capacité institutionnelle des divisions structurelles du ministère intervenant dans le domaine des services sociaux ; c) un projet de jumelage de deux ans (juin 2015 – juin 2017) sur le développement des services sociaux en Azerbaïdjan mené par l'Azerbaïdjan et les services concernés de la République d'Autriche à l'intention de différents groupes cibles, tels que les familles à faibles revenus, les personnes âgées, les anciens détenus et les victimes de violences domestiques. Ces projets visent également à promouvoir les bonnes pratiques en matière de services sociaux auprès des professionnels du domaine (conformément au modèle du travailleur social moderne), à améliorer l'accessibilité desdits services, à renforcer la formation des travailleurs sociaux et à étendre ces services à toutes les régions d'Azerbaïdjan. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre de ces projets, leurs résultats et leur suivi.

Le Comité note que le rapport ne répond pas à ses questions, notamment en ce qui concerne les qualifications exigées du personnel des services sociaux, le ratio effectif/usagers et le contrôle des services sociaux fournis par des prestataires privés et réitère donc ses questions et se réserve sa position à ce point. Si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien n'indiquerait que la situation est conforme à la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Azerbaïdjan n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte, au motif que l'accès des ressortissants d'autres États parties aux services sociaux est subordonné à une condition de durée de résidence excessive.

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 l'Azerbaïdjan.

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente (2009) pour une description générale du cadre juridique régissant la prestation de services sociaux par des organisations caritatives, tel que défini par la loi n° 894-1Q du 13 juin 2000. Selon cette loi, les collectivités locales sont invitées à travailler en coopération avec des organisations caritatives pour assurer la fourniture de services sociaux.

Dans sa précédente conclusion (2013), le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la participation de la population à la création et au maintien des services sociaux.

Le rapport précise que l'élargissement du réseau de centres de services sociaux est l'une des priorités du Cadre conceptuel pour le développement de l'Azerbaïdjan, « Azerbaïdjan 2020 : une vision pour l'avenir », approuvé par le décret présidentiel n° 800 du 29 décembre 2012. De plus, le rapport souligne qu'entre 2013 et 2015, des projets ad hoc ont été mis en œuvre par des ONG dans différentes régions dans les domaines prioritaires identifiés. Dans un premier temps, les projets ont porté sur deux principaux domaines prioritaires : la réinsertion sociale des enfants en mauvaise santé et l'aide aux familles d'adolescents en difficultés sociales. Par la suite, les domaines prioritaires ont été étendus de façon à inclure les services sociaux destinés aux personnes se trouvant en situation d'extrême pauvreté.

Le rapport précise qu'une commission d'homologation a été créée en application du Règlement relatif à l'homologation des centres non gouvernementaux d'assistance aux personnes victimes de violences domestiques, par la décision n° 89 du 25 avril 2012 du Conseil des ministres de la République d'Azerbaïdjan. Depuis son adoption, dix centres non gouvernementaux qui viennent en aide aux victimes de violences domestiques ont été homologués par la commission. À cet égard, le Comité demande si ces centres non gouvernementaux sont également opérationnels dans d'autres domaines des services sociaux.

Dans sa précédente conclusion (2013), le Comité a demandé si et comment le Gouvernement veillait à l'efficacité des services gérés par le secteur privé et vérifiait qu'ils soient accessibles à tous dans des conditions d'égalité et sans discrimination, à tout le moins à raison de la race, de l'origine ethnique, de la religion, du handicap, de l'âge, de l'orientation sexuelle et des opinions politiques.

Le rapport précise qu'aux termes de l'article 3 de la loi de la République d'Azerbaïdjan relative aux services sociaux, les citoyens azerbaïdjanais qui ont besoin de services sociaux, les étrangers qui résident de manière permanente en Azerbaïdjan et les apatrides sont admis au bénéfice des services sociaux sur un pied d'égalité, indépendamment de leur origine ethnique, de leur religion, de leur handicap, de leur âge, de leur orientation sexuelle et de leurs opinions politiques. Le rapport ne répond cependant pas à la question posée par le Comité et réitère donc sa question et se réserve sa position sur ce point. Selon le Comité, si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien n'indique que la situation est conforme à la Charte.

Le rapport précise que de nouveaux services sociaux mobiles sont organisés par les services des villes et des districts de la Caisse nationale de protection sociale, sous l'égide du ministère du Travail et de la Protection sociale, à l'intention des personnes âgées qui vivent seules, des personnes handicapées et des personnes atteintes d'une maladie grave conformément au règlement relatif à la prestation de services (mobiles) à domicile, approuvé par la décision n° 108 du 22 avril 2014 du Conseil des ministres de la République d'Azerbaïdjan (entre l'entrée en vigueur de ce texte et le 1er juillet 2016, 1 253 travailleurs sociaux ont fourni des services sociaux mobiles à 11 901 personnes âgées et handicapées).

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 3 - Interdiction du travail des enfants soumis à l'instruction obligatoire

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Azerbaïdjan en réponse à la conclusion selon laquelle il n'a pas été établi que les enfants encore soumis à l'instruction obligatoire bénéficient d'une période de repos ininterrompu d'au moins deux semaines pendant les vacances d'été.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015) le Comité a demandé si la période de repos libre de tout travail durait au moins deux semaines consécutives pendant les vacances d'été. Il a également demandé quelles étaient les périodes de repos pendant les autres congés scolaires. Le Comité relève à ce sujet dans le rapport que le travail des enfants soumis à l'instruction obligatoire est interdit même en période de vacances scolaires, conformément à la loi. Le Comité note que la décision n° 362 de 2014 du Cabinet des Ministres a apporté des modifications à la « Charte des établissements d'enseignement secondaire » qui réglemente les périodes scolaires et les vacances scolaires.

Toutefois, comme l'a relevé le Comité dans sa précédente conclusion, selon une autre source, en janvier 2011, 20 000 enfants travaillaient dans l'agriculture (Observation (CEACR) – adoptée 2014, publiée 104e session (2015), Convention sur l'âge minimum, 1973 (n° 138) – Azerbaïdjan (ratification : 1992). Aussi, afin d'être en mesure de déterminer si la situation est conforme aux prescriptions de la Charte, le Comité demande que des informations lui soient fournies sur la situation de fait relative au travail des enfants soumis à l'instruction obligatoire ainsi que des informations sur les enfants qui exercent une activité économique dans le cadre de l'économie parallèle en période de vacances scolaires. Dans l'attente, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 10 - Protection spéciale contre les dangers physiques et moraux

Protection contre le mauvais usage des technologies de l'information

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations fournies par l'Azerbaïdjan en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les enfants bénéficiaient d'une protection contre le mauvais usage des technologies de l'information.

Le Comité prend note des activités de sensibilisation menées par le Comité d'État pour la famille, la femme et l'enfant, telles que la formation sur la sécurité des enfants sur l'internet (30 septembre 2015). Le Comité note également que selon la loi du 29 avril 2016 portant modification à la loi relative aux télécommunications, les fournisseurs d'accès à internet sont tenus de sécuriser l'accès aux ressources d'information en ligne à la demande de leurs abonnés qui souhaitent protéger leurs enfants contre des informations susceptibles de nuire à leur santé ou à leur développement.

Selon le rapport, la protection des enfants contre les informations dangereuses pour leur santé et leur développement est régie par l'article 15 de la loi relative aux droits des enfants, tel que modifié. De plus, le Comité note que des instructions ont déjà été données au Président, afin qu'un projet de loi sur la protection des enfants contre le mauvais usage des technologies de l'information soit élaboré. Le Comité demande à être tenu informé de ce développement législatif.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Azerbaïdjan est conforme à l'article 7§10 de la Charte en ce qui concerne la protection contre le mauvais usage des technologies de l'information.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 5 - Interdiction des travaux dangereux, insalubres ou pénibles

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations fournies par l'Azerbaïdjan en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que la réglementation concernant les travaux dangereux, insalubres ou pénibles pour les femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant soit suffisante (Conclusions 2015, Azerbaïdjan).

En vertu de l'article 8§5, la législation nationale doit garantir aux femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant un niveau de protection suffisant contre tous les dangers connus pour leur santé et leur sécurité (Conclusions 2003, Bulgarie) : leur emploi à des travaux de sous-sol dans les mines doit être expressément interdit et certaines autres activités, notamment celles entraînant une exposition au plomb, au benzène ou aux rayonnements ionisants, aux hautes températures ou aux vibrations, ou encore aux agents viraux doivent être interdites ou strictement réglementées pour les femmes concernées en fonction des risques que comportent les tâches effectuées. La législation nationale doit prévoir la réaffectation, sans perte de salaire, des travailleuses enceintes ou qui allaitent si leurs tâches sont incompatibles avec leur état ; si cela s'avère impossible, les salariées concernées doivent pouvoir prendre un congé rémunéré. Elles doivent conserver le droit de reprendre ultérieurement leur poste initial (Conclusions 2005, Lituanie).

Le rapport rappelle que l'article 241 du Code du travail interdit d'employer des femmes à des activités pénibles ou dangereuses. Faisant suite à la demande du Comité, il produit la liste des activités qui leur sont interdites telle qu'établie par l'arrêté n° 170 de 1999 adopté en Conseil des Ministres. Le Comité note que les activités qui figurent sur cette liste sont interdites à toutes les femmes, et non pas seulement à celles qui sont enceintes ou allaitent leur enfant. D'autre part, il relève que la liste semble se référer exclusivement aux activités industrielles ; il demande par conséquent si des mesures de protection spécifiques ont été prévues pour les femmes enceintes ou allaitantes qui pourraient être exposées à des risques spécifiques dans d'autres contextes, tels que la fourniture de services médicaux, qui pourraient par exemple impliquer l'exposition à des agents viraux ou à des radiations ionisantes. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Le rapport indique également que l'article 243 du Code du travail contient un certain nombre de dispositions permettant de réaffecter les femmes enceintes et celles qui ont des enfants âgés de moins de 18 mois à des tâches plus légères. Ainsi, les femmes enceintes doivent se voir appliquer des normes de production ou de service moins exigeantes qui tiennent compte des recommandations médicales en la matière, ou être affectées à des tâches plus légères qui les préservent de tout contact avec des facteurs de production nocifs. Les femmes allaitantes qui ont du mal à concilier leurs obligations professionnelles et l'allaitement de leur enfant peuvent demander à l'employeur de les réaffecter à des tâches plus légères ou de faire en sorte qu'elles puissent allaiter leur enfant jusqu'à l'âge de 18 mois. En cas de réaffectation opérée pour les raisons indiquées dans l'article de loi précité, le salaire moyen de l'intéressée doit être maintenu. Il est interdit d'invoquer la grossesse ou l'allaitement pour minorer le salaire d'une travailleuse. Le Comité demande si, lorsqu'il s'avère impossible de les réaffecter à des tâches plus légères, les femmes concernées ont droit à un congé rémunéré. Il demande également si, en cas de réaffectation, les travailleuses peuvent réintégrer leur poste initial à la fin de la période durant laquelle elles bénéficient de la protection précitée.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 8§5 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l’Azerbaïdjan est conforme à l’article 8§5 de la Charte.

Article 27 - Droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement

Paragraphe 1 - Participation à la vie professionnelle

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Services de garde de jour d'enfants et autres modes de garde

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Azerbaïdjan en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que le nombre de places en garderie fût insuffisant (Conclusions 2015, Azerbaïdjan).

Dans sa conclusion précédente (2015), le Comité demandait des informations actualisées concernant la capacité des structures d'accueil préscolaire, ventilée par âge, ainsi que le nombre de demandes rejetées faute de place. Il demandait si les services étaient d'un coût abordable et de bonne qualité.

Le Comité relève que les informations communiquées sur les foyers pour enfants ne permettent pas d'apprécier les situations nationales au regard de la disposition pertinente. Ces informations devraient être fournies au titre de l'article 17§1 de la Charte. En ce qui concerne les services de garde de jour d'enfants, le Comité note que le Plan d'action sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale pour le développement de l'éducation, approuvé en 2015, prévoit l'établissement de structures éducatives préscolaires en vue d'atteindre un effectif de 90 % des enfants dans le cycle préscolaire. Le Comité demande que le prochain rapport réponde à ses questions susmentionnées et informe sur la mise en œuvre de cette stratégie et sur les résultats obtenus.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 27 - Droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement

Paragraphe 2 - Congé parental

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Azerbaïdjan en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que la législation prévoie un droit individuel non transférable à un congé parental pour chaque parent non isolé (Conclusions 2015, Azerbaïdjan). Il note d'après le rapport que l'article 117 du code du travail prévoit un congé parental de deux jours supplémentaires pour les pères isolés. Par ailleurs, aux termes de l'article 127, l'un des parents ou un autre membre de la famille a droit à un congé partiellement rémunéré pour s'occuper d'un enfant jusqu'à l'âge de trois ans. Le Comité demande si l'article 127 fait spécifiquement référence aux parents isolés ou à l'un des parents.

Le Comité juge important que les textes règlementaires nationaux confèrent aux hommes et aux femmes un droit individuel au congé parental pour naissance ou adoption. Afin de promouvoir l'égalité des chances et de traitement entre les hommes et les femmes, le congé devrait en principe être accordé à chaque parent et au moins une partie du congé devrait être non transférable. Le Comité demande que le prochain rapport confirme que le droit prévu à l'article 127 est un droit individuel des mères comme des pères (et non seulement des parents isolés) et demande si au moins une partie de ce droit est non transférable.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

BELGIQUE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Belgique, qui a ratifié la Charte le 2 mars 2004. L'échéance pour remettre le 11e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Belgique l'a présenté le 27 octobre 2016. Le Comité a reçu, le 29 mars 2017, des observations de "Service de la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'excluions sociale" exprimant son point de vue sur l'application des articles 11, 12, 13 et 30. Les commentaires du gouvernement sur les observations de "Service de la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'excluions sociale" ont été enregistrés le 28 avril 2017. Le 31 mars 2017, le Comité a reçu des observations de "Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration" exprimant son point de vue sur l'application des articles 3, 12, 13, 14 et 30. Le 31 août 2017, le Comité a reçu des observations de *Belgian Disability Forum* exprimant son point de vue sur l'application des articles 3, 11, 12, 13, 14 et 30.

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 Belgique a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 23.

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

Les Conclusions relatives à la Belgique concernent 18 situations et sont les suivantes :

– 12 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 3§4, 11§1, 11§2, 11§3, 12§1, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3 et 14§2,

– 4 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 12§4, 14§1 et 30.

En ce qui concerne les 2 autres situations, relatives aux articles 13§1et 13§4, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Belgique en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§2

- Nouvelle législation relative à la prévention des risques psychosociaux au travail entrée en vigueur le 1er septembre 2014. Il s'agit notamment de la loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996, de la loi du 28 mars 2014 modifiant le code judiciaire et la loi du 4 août 1996 et de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail ;
- Loi du 4 août 1996, telle que modifiée par la loi du 28 février 2014, concernant la prévention des risques psychosociaux au travail dont le stress, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. L'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail complète ces nouvelles dispositions. Loi du 26 février 2016 qui adapte les dispositions pénales du Code pénal social à ces nouvelles obligations ;
- Arrêté royal du 10 octobre 2012 qui fixe les exigences de base auxquelles les lieux de travail doivent répondre, notamment les règles générales sur l'aménagement, l'éclairage, l'aération, la température, les équipements sociaux dont les installations sanitaires, et les sièges de travail et de repos.

Article 3§3

En vertu de l'arrêté royal du 10 juillet 2013 portant exécution du chapitre 5 intitulé « Réglementation de certains aspects de l'échange électronique d'information entre les acteurs de la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale » du titre 5 du livre 1er du Code pénal sociale, modifié par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, les inspecteurs sociaux de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale sont habilités à établir leurs procès-verbaux de constatation d'infractions de manière électronique (e-PV).

Article 12§3

En matière de santé, des mesures ont été prises entre autres pour modérer les prix des médicaments et mieux protéger les personnes atteintes d'une affection chronique, notamment en étendant l'application obligatoire à ces personnes du régime du tiers-paya

Article 30

- En Flandre, le décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté a été modifié le 20 décembre 1013, ce qui a permis à l'Autorité flamande de subventionner les collectivités locales pour développer et soutenir les initiatives locales de lutte contre la pauvreté infantile ;
- En Wallonie, différentes mesures ont été prises depuis 2012 afin de mettre en place une approche globale et coordonnée qui puisse favoriser l'accès aux droits sociaux que constituent notamment l'emploi, le logement, la culture et l'assistance médicale. Le 10 septembre 2015, un premier plan transversal de lutte contre la pauvreté a été adopté, en vue d'apporter des réponses concrètes et efficaces à des difficultés précises rencontrées par les personnes qui risquent de se trouver en situation de pauvreté ;
- Le Gouvernement de la Communauté germanophone en 2013 a réalisé une étude concernant la pauvreté et la vulnérabilité sociale au sein de sa population et a mené en 2014 et 2015, sur la base de cette analyse, une action organisée en trois phases : (1) dégager les caractéristiques de la population visée par l'action sociale et de voir comment déployer le dispositif d'aide sur le territoire de la Communauté germanophone, en partant d' une comparaison avec la situation des autres Communautés de l'Etat fédéral belge ; (2) recueillir des données en faisant appel à un échantillon de situations tirées de la vie réelle (3) phase analytique, qui a permis à la Communauté germanophone d'établir un réseau d'action sociale ;
- L'Etat fédéral et les entités fédérées ont signé en 2014 un accord de coopération concernant le sans-abrisme et l'absence de chez-soi, qui vise à poursuivre, coordonner et harmoniser leurs politiques en vue de prévenir et combattre ces phénomènes.

* * *

*

Le prochain rapport que doit soumettre la Belgique 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.

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 30 octobre 2017.

* * *

*

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 Belgique.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé les résultats de la Stratégie nationale et de l'enquête sur l'état de la santé et de la sécurité au travail. Concernant les résultats de la Stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2008-2012, le rapport indique une diminution globale des accidents du travail de 10 % (objectif fixé – 25 %), un changement de comportement chez les travailleurs par la promotion d'une culture de prévention des risques, l'amélioration du fonctionnement des services de prévention, notamment quant aux PME. Le rapport tire en outre certains constats découlant de l'exécution de cette stratégie comme un manque d'engagement dans la stratégie, un cadre insuffisamment dessiné, un manque de structure dans la définition des objectifs et la mise en œuvre, un manque de communication à propos des objectifs stratégiques et opérationnels, et des pistes possibles relatives à la structure et au contenu de la nouvelle stratégie (l'employabilité durable par la qualité du travail, le renforcement des structures de prévention et de la culture de la prévention, etc.).

Le Comité prend note des résultats d'une étude réalisée en 2013 ayant pour but de présenter une évaluation de ladite Stratégie et un premier plan de la future stratégie nationale 2013-2020 détaillée dans le rapport. En outre, il prend note des principaux résultats d'une étude sur la qualité du travail et de l'emploi en Belgique effectuée par un consortium de chercheurs belges sur la base des informations recueillies par le biais de l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT-2010).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé les évolutions du cadre législatif et réglementaire intervenues en cours de période de référence, y compris si les politiques et les stratégies sont réexaminées périodiquement et, le cas échéant, adaptés en fonction de l'évolution des risques. Le rapport note que, sur la base de l'évaluation de la stratégie nationale 2008-2012, une nouvelle stratégie nationale 2016-2020 était en cours d'élaboration pendant la période de référence. Selon le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale de la Belgique, la Stratégie nationale belge en matière de bien-être au travail a été élaborée pour la période 2016-2020. Elle établit un certain nombre d'objectifs stratégiques et opérationnels et les actions à entreprendre pour les atteindre, et constitue la transposition belge du cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail 2014-2020. Néanmoins, la Stratégie a été introduite en dehors de la période de référence, par conséquent, le Comité l'examinera dans son prochain rapport.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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). Dans ce cadre, le Comité note que, selon le rapport, les risques psychosociaux au travail doivent être pris en compte dans la politique de prévention de l'entreprise suite à l'entrée en vigueur d'une nouvelle législation le 1er septembre 2014 (Moniteur belge le 28 avril 2014).

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations concernant l'évaluation et la gestion des risques professionnelles dans les secteurs non couverts par des guides sectoriels. Le rapport indique que l'employeur est chargé de la mise en place dans son entreprise du système dynamique de gestion des risques et de la réalisation de l'analyse des risques afin de déterminer les mesures de prévention appropriées. Cette analyse doit couvrir tous les domaines du bien-être au travail (santé, sécurité, aspects psychosociaux, ergonomie, hygiène du travail et aspects psychosociaux du travail). Selon le rapport, l'employeur a une obligation de résultats en termes de préventions. Le Comité prend note des méthodes d'analyse disponibles détaillées dans le rapport et de la manière dont l'identification, l'évaluation et la gestion des risques professionnels sont envisagées au sein des entreprises.

En réponse à la question du Comité concernant le rôle de l'Inspection du travail dans le développement de la culture de sécurité et de santé au travail et le partage des connaissances en matière de risques et de prévention acquises au fil des visites de contrôle et des activités de prévention (Conclusions 2013), le rapport détaille la culture liée au bien-être au travail que la Direction générale Contrôle du bien-être (DG CBE) essaie d'améliorer. Elle vise tous les travailleurs sous une forme de travail sous autorité de manière homogène sur l'ensemble du pays afin d'améliorer le bien-être au travail par des contrôles plus efficaces en collaboration avec les partenaires spécialisés. En outre, elle vise à améliorer le cadre légal et la formation des inspecteurs.

Le rapport indique également la création d'une cellule « formation » au sein de la DG CBE qui détermine les besoins de formation, établit les plans annuels de ces besoins et les plans de formations. En outre, il a été créé un réseau d'experts pour chaque domaine du bien-être et une Direction de la connaissance transversale pour les structures organisationnelles qui se penche sur l'interprétation et l'application de la réglementation et élabore des guides pour les inspecteurs. Selon le rapport, le temps restant est utilisé pour les campagnes d'inspections au niveau local et national avec une journée de formation préalable.

En réponse aux autres questions du Comité (Conclusions 2013), le rapport indique que l'article 33 de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail dispose que chaque employeur a l'obligation de créer un service interne pour la prévention et la protection au travail et de disposer d'au moins un conseiller en prévention. Ce même article précise que l'employeur peut remplir lui-même cette fonction dans les entreprises de moins de 20 travailleurs. D'après le rapport, cette obligation est respectée par les entreprises et les institutions et dans l'hypothèse où elle ne l'est pas, l'inspection Contrôle du bien-être au travail intervient en imposant la création d'un service interne.

Concernant des précisions sur les missions, les attributions et les activités des services de prévention et de protection, ainsi que sur les conditions dans lesquelles les employeurs s'acquittent de ces missions, attributions et activités dans les entreprises de moins de vingt salariés, le rapport indique que le rôle du service interne consiste à assurer la prévention et la protection en matière de bien-être au travail au sein de l'entreprise. Il doit assister l'employeur et les travailleurs dans l'élaboration de la politique de prévention de l'entreprise, participer à l'analyse des risques, y compris les risques psychosociaux au travail, et des causes de maladies professionnelles, donner un avis sur l'organisation des lieux de travail, élaborer les propositions quant à l'accueil, à l'information et la formation des travailleurs et assurer le secrétariat du Comité pour la prévention et la protection au travail. Si l'employeur ne dispose pas, au sein de l'entreprise, des compétences suffisantes pour effectuer toutes les missions dévolues au service interne, il doit, en plus, faire appel à un service externe de prévention et de protection au travail. Le Comité note que, d'après le rapport, cela ne dispense pas l'employeur de l'obligation d'avoir un service interne avec au minimum un conseiller. Le Comité prend note de la répartition des tâches entre le service interne et le service externe, en fonction de la taille de l'entreprise et les risques qui y sont présents.

Le Comité constate l'existence de mesures de prévention des risques et de sensibilisation des employeurs et des travailleurs au niveau de l'Etat, des Régions et des entreprises. Il relève également que la Direction générale Contrôle du bien-être participe au développement d'une culture de la santé et de la sécurité parmi les employeurs et les travailleurs et partage les connaissances concernant les risques professionnels et leur prévention qu'il a acquises lors de ses activités d'inspection. La situation est donc conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le Comité a examiné précédemment (Conclusions 2013) l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail et demandé des informations sur les modalités d'organisation de la recherche scientifique et technique en la matière ainsi que les modalités de participation des organismes publics. Le rapport indique que le Service public fédéral (SPF) Emploi, Travail et Concertation sociale possède un budget pour le financement des recherches en matière de santé et sécurité au travail. La Direction de la recherche sur l'amélioration des conditions de travail (DiRACT) gère les projets de recherche en ce qui concerne la définition des objectifs, réalisation d'un marché public, suivi du projet via un comité d'accompagnement, réception des rapports finaux et diffusion des résultats. Le rapport précise que les organismes qui participent aux marchés publics sont des universités ou des organismes de terrain (par exemple, des services externes de prévention et de protection au travail).

En réponse à la question du Comité concernant la formation des professionnels qualifiés en pratique (Conclusions 2013), le rapport indique que, conformément à l'arrêté royal du 17 mai 2007 relatif à la formation et au recyclage des conseillers en prévention des services internes et externes pour la prévention et la protection au travail, il existe différents niveaux de formation des conseillers en prévention. En outre, le rapport indique les résultats d'une évaluation des formations en matière de bien-être au travail, notamment celles destinées aux conseillers en prévention, réalisée en 2014. Le Comité prend note de ces informations détaillées et constate l'implication des autorités publiques dans la formation des professionnels qualifiés et la définition de programmes de formation.

Le rapport fait référence à plusieurs reprises au site internet du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, qui contient des informations très complètes relatives à la législation et à la règlementation en vigueur, aux résultats des projets de recherche, à la formation des conseillers en prévention interne et des spécialistes ainsi que des questions fréquemment posées en matière de bien-être au travail.

Le Comité constate l'existence d'un système visant à améliorer la sécurité et la santé au travail par la recherche, le développement et la formation.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), le rapport indique que la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs par les autorités publiques est effectuée moyennant la consultation du Conseil National du Travail (CNT) et du Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail (CSPPT) où ces organisations sont représentées. Les deux organismes peuvent remettre des avis sur demande ou d'initiative. Le CNT donne, entre autres, des avis sur la stratégie nationale en la matière. Il a ainsi été sollicité pour donner son avis dans le cadre de la stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2016-2020. Le CSPPT donne, entre autres, un avis sur demande du Ministère de l'Emploi concernant notamment des mesures relatives aux domaines décrits dans la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations concernant la consultation des organes compétents en la matière au sein des entreprises. En réponse, le rapport indique que le Comité pour la prévention et la protection au travail élu par les travailleurs émet des avis et formule des propositions sur la politique de

santé et de sécurité des travailleurs au sein de l'entreprise. En vertu de la loi du 4 août 1996, un tel comité doit exister dans chaque entreprise de moins de 50. Si aucun comité n'est élu, la délégation syndicale dans l'entreprise reprend le rôle et les missions du comité. S'il n'y a pas de délégation syndicale, l'employeur doit directement consulter ses travailleurs en matière de bien-être au travail. Le Comité prend note de la procédure de la participation directe détaillée dans le rapport qui est régie par l'arrêté royal du 3 mai 1999 relatif aux missions et au fonctionnement des comités pour la prévention et la protection au travail.

Le Comité constate que les organisations d'employeurs et de travailleurs sont consultées lors de la conception et la mise en œuvre de la politique de santé et de sécurité au travail.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 Belgique.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a réitéré que le rapport doit fournir des informations complètes et à jour des évolutions de la législation et de la réglementation, de l'État et le cas échéant des Régions, intervenues au cours de période de référence. En réponse, le rapport indique que la loi du 4 août 1996 sur le bien-être au travail a été modifiée par la loi du 15 mai 2014 en ce qui concerne les domestiques et les gens de maison. Il s'agit de l'article 2§4 (exclusion des domestiques et gens de maison) qui a été abrogé, néanmoins, selon le rapport, la nouvelle loi n'entrera en vigueur qu'à la date fixée par un arrêté royal (AR).

Le rapport présente également des textes législatifs et réglementaires entrés en vigueur, en matière de santé et de sécurité au travail, durant la période de référence. Ils portent notamment sur la surveillance de santé des travailleurs (AR du 3 avril 2013, du 20 février 2013, du 11 septembre 2013 et du 24 avril 2014), les services de prévention et de protection au travail (AR du 5 novembre 2012 et du 29 janvier 2013), les lieux de travail (AR du 10 octobre 2012, du 4 décembre 2012, du 28 mars 2014), les agents physiques (AR du 4 juin 2012), les agents chimiques et biologiques (AR du 9 mars 2014, du 27 mai 2014, 20 juillet 2015, 17 avril 2013) et les équipements de protection collective (AR du 30 août 2013).

Le Comité souligne qu'au titre 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). Dans ce cadre, le rapport indique la parution d'une nouvelle législation relative à la prévention des risques psychosociaux au travail pendant la période de référence qui est entrée en vigueur le 1er septembre 2014. Il s'agit notamment de la loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996, de la loi du 28 mars 2014 modifiant le code judiciaire et la loi du 4 août 1996 et de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail.

Le Comité considère que la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation générale prévue par l'article 3§2 de la Charte, qui veut que la grande majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 soient tout particulièrement couverts, selon les niveaux fixés par les normes internationales de référence.

Niveaux de prévention et de protection

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), le Comité a demandé des informations concernant les mesures législatives ou réglementaires en vigueur au niveau de l'Etat ou des Régions pour déterminer les niveaux de prévention et de protection contre les risques professionnels spécifiques à la mise en place, l'aménagement et l'entretien des postes de travail. En réponse, le rapport indique que la réglementation demandée est contenue dans l'arrêté royal du 10 octobre 2012 (Moniteur belge, le 5 novembre 2012) qui fixe les exigences de base auxquelles les lieux de travail doivent répondre, notamment les règles générales sur l'aménagement, l'éclairage, l'aération, la température, les équipements sociaux dont les installations sanitaires, et les sièges de travail et de repos. Le Comité note que cet arrêté royal s'applique à chaque lieu comprenant des postes de travail dans

l'entreprise, y compris tout autre lieu sur le terrain de l'entreprise auquel le travailleur a accès dans le cadre de son travail.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité note que, selon le rapport, 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 l'arrêté royal du 20 juillet 2015.

Le rapport indique également que la directive européenne 2009/161/UE du 17 décembre 2009 établissant une troisième liste de valeurs limites indicatives d'expositions professionnelle a été transposée en droit belge par l'arrêté royal du 9 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 11 mars 2002 relatif à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les mesures adoptées pour intégrer la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm^3 introduite par la Directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. En réponse, le rapport indique que la valeur limite d'exposition figure dans l'arrêté royal du 16 mars 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante. Le Comité prend note des mesures qui sont imposées pour maintenir le degré d'exposition le plus bas possible et en tous cas, pour qu'ils ne dépassent pas la valeur limité d'exposition.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions XVI-2, 2007, 2009 et 2013) que le niveau de prévention et de protection relatif aux radiations ionisantes dont bénéficient les travailleurs étaient conforme à l'article 3§2 de la Charte. 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).

Le Comité conclut que les niveaux de prévention et de protection relatifs à l'amiante et les radiations ionisantes dont bénéficient les travailleurs sont conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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.

Le rapport indique que le Code pénal social (Livre II) rassemble les incriminations relatives à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail. Il se base sur les dispositions de la loi du 4 août 1996 (Chapitre Vbis), telle que modifiée par la loi du 28 février 2014, concernant la prévention des risques psychosociaux au travail dont le stress, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. L'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail complète ces nouvelles dispositions. Les procédures individuelles sont ouvertes à l'ensemble des risques psychosociaux au travail. Le rapport indique également que les rôles des différents acteurs en matière de prévention et des mécanismes de prévention collectifs sont également fixés et que le statut de la personne de confiance est modifié. Le Comité note que la loi du 26 février 2016 (en dehors

de la période de référence) adapte les dispositions pénales du Code pénal social à ces nouvelles obligations.

Travailleurs temporaires

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que les travailleurs intérimaires bénéficiaient globalement des mêmes niveaux de protection et de surveillance de la santé que les travailleurs employés à durée indéterminée. Il a demandé les modalités d'organisation de la représentation des travailleurs intérimaires et de quelle manière les éventuelles infractions à l'arrêté royal du 15 décembre 2010 sont contrôlées et sanctionnées. En réponse, le rapport indique que le cadre légal concernant la mise au travail des intérimaires est réglé par la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à dispositions d'utilisateurs. Pendant la période de travail effectué en conformité avec les prescriptions de ladite loi par l'intérimaire, les règles de travail d'application sur place pour la réglementation sur le bien-être au travail sont valables et les sanctions de la loi bien-être s'appliquent également au travail intérimaire. Selon le rapport, les intérimaires sont représentés par les délégations de travailleurs du Comité pour la Prévention et la Protection au Travail de l'Utilisateur ayant pour but de détecter et de proposer tous les moyens et de contribuer à tout ce qui est entrepris pour favoriser le bien-être des travailleurs. Lorsqu'il n'y a pas un tel Comité au sein de l'entreprise, la délégation syndicale est chargée d'exercer les missions du comité. S'il n'existe ni comité, ni délégation syndicale dans l'entreprise, les travailleurs prennent directement part au traitement des questions concernant le bien-être.

L'arrêté royal du 15 décembre 2010 dispose que l'utilisateur doit demander l'avis du comité sur les fiches de poste de travail (voir Conclusions 2013) qui décrivent le poste de travail de l'intérimaire et les mesures de prévention prises. Sur cette base, les délégations de travailleurs donnent un avis sur les circonstances de travail relatives au bien-être de l'intérimaire. Lors de chaque visite d'inspections, l'inspecteur vérifie également si les prescriptions de l'AR du 15 décembre 2010 sont suffisamment bien appliquées et, en cas de manquement, réagit en fonction de la gravité des faits (un avis ou un avertissement oral, un avertissement écrit ou en imposant des mesures par la rédaction d'un pro-justitia). Le Comité prend note des aspects contrôlés dans ces cas particuliers et note qu'en 2011 (en dehors de la période de référence), 700 infractions à cet arrêté royal ont été constatées.

Autres catégories de travailleurs

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013, 2009, 2007 et XVI-2 (2005)), le Comité a conclu que la situation de la Belgique concernant le cadre juridique relatif à la protection des travailleurs indépendants était conforme à l'article 3§2. Le rapport indique que la loi du 15 mai 2014 modifiant la loi du 4 août 1996 en ce qui concerne les domestiques et les gens de maison a pour but de rendre applicable la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, aux travailleurs domestiques et au personnel de maison. Elle entrera en vigueur à une date qui doit encore fixée par arrêté royal. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations complètes et à jour sur ce point et notamment des informations mises à jour concernant l'entrée en vigueur de la loi précitée.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusions précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs au niveau des autorités publics et a demandé des informations actualisées sur la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs par les autorités publiques, spécifiquement sur l'étendue des risques professionnels couverts par la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail, les niveaux de prévention et de protection

accordés par ladite législation et réglementation, ainsi que l'application de cette législation et réglementation aux travailleurs en situation précaire.

En réponse, le rapport indique que la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs quant à la législation et la règlementation sur le bien-être au travail est effectuée par le biais de la consultation du Conseil National du Travail (CNT) et du Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail (CSPPT) où ces organisations sont représentées. Les deux organismes peuvent remettre des avis sur demande ou d'initiative. Le CNT donne, entre autres, des avis sur les projets de loi, sur certains projets de textes réglementaires ainsi que sur la stratégie nationale en la matière. Le CSPPT donne, entre autres, un avis sur demande du Ministère de l'Emploi concernant notamment les projets réglementaires et des mesures relatives aux domaines décrits dans la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Il remet également un avis sur les rapports rédigés par l'administration pour la Commission de l'UE concernant l'exécution pratique des directives sur le bien-être au travail.

Concernant la consultation des organes compétents en la matière au sein des entreprises, le rapport indique que le Comité pour la prévention et la protection au travail élu par les travailleurs émet des avis et formule des propositions sur la politique de santé et de sécurité des travailleurs au sein de l'entreprise (voir également la conclusion du Comité relative à l'article 3§1 de la Charte).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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 Belgique.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le rapport indique qu'en 2012, le Fonds des Accidents de Travail (FAT) a constaté une baisse de 7,7 % des accidents du travail dans le secteur privé, ce qui a été provoqué par la baisse de 8,6 % du nombre d'accidents sur le lieu de travail et de 1,5 % du nombre d'accidents sur le chemin du travail (22 013). Le nombre d'accidents du travail enregistrés sur le lieu du travail est passé de 135 118, dont il faut encore déplorer 67 décès des suites d'accident, à 121 195 en 2014, dont 59 décès des suites d'accident. Le taux de fréquence des accidents du travail des intérimaires continue à diminuer depuis 2000 et s'élève à 39,33 en 2015, ce qui signifie d'après le rapport, que l'augmentation de l'emploi d'intérimaires augmente plus vite que le nombre des accidents du travail. Le Comité note que les données chiffrées nationales prennent en compte une incapacité totale d'un jour au moins (hors jour de l'accident). Il prend également note des données chiffrées relatives aux accidents sur le lieu de travail pendant la période de référence selon le secteur d'activités économiques détaillées dans le rapport.

Selon les données chiffrées de l'EUROSTAT, en 2014, 65 587 (58 418 en 2012) accidents du travail non mortels ayant occasionné au moins quatre jours civils d'absence ont été enregistré en Belgique et le nombre d'accidents mortels s'est élevé à 52 (49 en 2012). Le taux d'incidence standardisé d'accidents du travail non mortels pour 100 000 travailleurs était de 1 724 en 2014 (2 197 en 2012). A ce propos, le Comité note que la moyenne dans les pays de l'Union européenne (UE-28) était de 1 642 en 2014 (1 717 en 2012). En ce qui concerne les accidents du travail mortels, le taux d'incidence standardisé était de 1,7 en 2014 (2,09 en 2012). La moyenne des autres pays de l'UE-28 était de 2,3 en 2014 (2,42 en 2012). Le Comité note que le taux d'incidence standardisé de la Belgique est similaire au taux moyen dans l'UE-28 à la fin de la période de référence.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé les mesures prises pour contenir le taux globalement élevé des accidents du travail et pour enrayer la recrudescence du nombre de cas de maladies professionnelles. En réponse, le rapport indique qu'afin de diminuer le taux des accidents de travail et de prévenir les maladies professionnelles, plusieurs textes réglementaires accompagnés des explications thématiques, guides et bonnes pratiques ont été publiés et fait référence aux sites internet qui contiennent cette information.

Quant aux maladies professionnelles, le rapport indique qu'il est difficile de présenter des statistiques qui pourraient confirmer les résultats des mesures prises pour enrayer la recrudescence du nombre de cas de maladies professionnelles. Le rapport indique que, d'un côté, les risques spécifiques ont besoin d'une longue période d'application de réglementation, d'un autre côté, les données chiffrées disponibles en cette matière sont basées sur le nombre de demandes d'indemnisations introduites et, suite à la publication d'une règlementation relative à la protection contre une maladie professionnelle, le nombre de cas de maladies professionnelles enregistrées a augmenté. D'après le rapport, une attention particulière a été prêtée aux risques émergents pendant la période de référence et notamment les troubles musculosquelettiques (TMS) et les risques psychosociaux. Le Comité prend note des mesures prises pour aider les entreprises à prévenir tous les risques professionnels.

Selon l'information du rapport statistiques 2015 du Fonds des maladies professionnelles auquel se réfère le rapport, le Comité note que 2 460 cas de maladies professionnelles ont été déclarés par le conseiller en prévention – médecin du travail en 2015.

Sur la base des données chiffrées de deux sources, le Comité constate que même si le nombre total d'accidents du travail a augmenté pendant la période de référence, les taux d'incidence standardisé d'accidents mortels et non mortels restent semblables ou inférieurs aux moyennes observées dans l'UE des 28. Le Comité conclut que la situation est conforme à l'article 3§3 de la Charte sur ce point.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité note que, d'après le profil national belge pour la sécurité et la santé au travail élaboré par la Belgique conformément aux recommandations de l'OIT (2015), la Direction générale Contrôle du bien-être au travail (DG CBE) est l'inspection du travail pour tout ce qui concerne la santé et la sécurité au travail des travailleurs. Elle regroupe les anciennes inspections technique et médicale et a pour but d'assurer, dans le secteur privé et public, le respect de la mise en œuvre des politiques en matière de bien-être au travail en jouant un rôle de conseil, de prévention et de répression.

Le rapport indique que l'application du nouveau Code pénal social depuis 2011 (Conclusions 2013), a un impact important sur le fonctionnement de la Direction générale Contrôle du Bien-être (CBE). Il est décidé le maintien de l'application de la norme ISO9001 et de l'objectif de sa certification. La CBE poursuit sa stratégie d'élaboration des procès-verbaux standards dans le cadre d'une campagne d'inspection. En outre, le rapport indique qu'en vertu de l'arrêté royal du 10 juillet 2013 portant exécution du chapitre 5 intitulé « Réglementation de certains aspects de l'échange électronique d'information entre les acteurs de la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale » du titre 5 du livre 1er du Code pénal sociale, modifié par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, les inspecteurs sociaux de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale sont habilités à établir leurs procès-verbaux de constatation d'infractions de manière électronique (e-PV).

Le Comité note que la CBE collabore à l'élaboration du e-PV avec d'autres SPF et services d'inspection, avec le Fonds des Accidents du Travail et le Fonds des Maladies Professionnelles en ce qui concerne le traitement des dossiers et avec un organisme belge d'accréditation – BELAC dans le cadre des agréments des Services externes pour la prévention et la protection au travail, des Services externes pour les contrôles techniques, des enleveurs d'amiante, de certains laboratoires agréés qui sont aussi accrédités.

Selon le rapport, le Collège des Procureurs généraux ne peut pas fournir de chiffres concernant le volume global des amendes pénales infligées en raison du manque d'un système informatique uniforme d'encodage des dossiers. En ce qui concerne le volume global des amendes administratives infligées, le nombre total d'infractions dressées par les inspections est passé de 830 en 2012 à 1 131 en 2015 ; le nombre d'infractions sanctionnées d'une amende pénale de 299 en 2012 à 259 en 2015 ; le nombre d'infractions en attente d'un avis définitif de l'Auditeur du travail de 145 en 2012 à 563 en 2015 ; le nombre d'infractions sanctionnées d'une amende administrative de 180 en 2012 à 84 en 2015, le nombre d'infractions sanctionnées d'un classement sans suite de 130 en 2012 à 51 en 2015 ; le nombre d'infractions restant à traiter par les juristes du Services EDC de 76 en 2012 à 174 en 2015.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la proportion de travailleurs couverts par les visites de contrôle effectivement réalisées au cours de la période de référence. En réponse, le rapport explique pourquoi les données chiffrées ne sont pas disponibles. Le Comité prend note de ces informations et note que, selon le rapport, lors de la sélection et de la préparation des campagnes d'inspection, les secteurs dans lesquels les travailleurs sont les plus vulnérables sont analysés en détails. Lors d'une visite d'inspection ou extension, les inspecteurs discutent avec les délégations de travailleurs ou quelques travailleurs sur le lieu de travail et, de ce fait, ils ne peuvent pas contrôler les situations de travail de tous les travailleurs.

En ce qui concerne des informations demandées sur les progrès réalisés pour réduire la durée des procédures judiciaires (Conclusions 2013), le rapport indique que, conformément à l'article 76 du Code pénal social, si le ministère public ne notifie pas à l'administration compétente pour infliger des amendes administratives sa décision quant à l'intentement ou non de poursuites pénales, d'une transaction ou d'une médiation dans les six mois à compter du jour de la réception du procès-verbal de constatation d'infraction, l'administration peut décider s'il y a lieu d'entamer la procédure d'amende administrative. Le Comité note que le délai moyen entre la renonciation par le Ministère public et la décision de l'administration infligeant une amende administrative est passé de 602 jours en 2012 à 595 en 2015. Néanmoins, des données chiffrées sur le laps de temps entre l'établissement du procès-verbal et la décision du Ministère public ne sont pas disponible.

Le Comité note que, d'après le profil national belge pour la sécurité et la santé au travail élaboré par la Belgique conformément aux recommandations de l'OIT (2015), le nombre d'inspecteurs du travail (de 162 en 2012 à 154 en 2014) et la proportion de travailleurs par inspecteur du travail (de 24 310 en 2012 à 24 034 en 2013) ont légèrement diminué au cours de la période de référence. Le nombre d'inspections par 100 000 travailleurs effectués (de 856 en 2012 à 931 en 2013) a augmenté, bien que le nombre total d'infractions ayant débouché sur une action en justice (de 245 en 2012 à 215 en 2014) et le nombre total d'infractions ayant débouché sur une amende administrative (de 17 en 2012 à 5 en 2014) aient diminué de manière significative.

Le Comité conclut qu'au regard des faibles effectifs dans le service de l'inspection compétent pour le contrôle du respect de la législation concernant la sécurité et la santé au travail, le système d'inspection du travail ne peut pas être considéré comme efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises afin de renforcer les effectifs de l'inspection du travail. Il demande également que le prochain rapport contienne des informations sur le nombre, en distinguant les effectifs administratifs et les effectifs d'inspection, d'inspecteurs assignés au contrôle de l'application de la législation et la règlementation de sécurité et de santé au travail ; le nombre de visites de contrôle général, thématique, inopiné consacrées exclusivement à la législation et à la règlementation de santé et de sécurité au travail ; l'application de la législation et la règlementation relative à l'inspection du travail sur l'ensemble du territoire national dans la pratique ; le détail, par type, des mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre, le nombre de mesures prises pour chaque type de mesures et les données chiffrées pour chaque année de la période de référence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que le système d'inspection du travail ne dispose pas des effectifs suffisants pour le contrôle adéquat du respect de la législation concernant la sécurité et la santé au travail.

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 Belgique.

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 données relatives au nombre de conseillers en prévention dans les services internes de prévention et de protection au travail et au taux de couverture des travailleurs par des services internes ou externes de santé au travail. En réponse, le rapport indique que fin 2011 (en dehors de la période de référence), il y avait 227 525 employeurs répartis sur 274 399 établissements, dont 205 873 entreprises possédaient moins de 20 travailleurs. En 2011 (toujours en dehors de la période de référence), 207 737 entreprises sont affiliées auprès de services externes de prévention et de protection au travail et 6 985 employeurs disposent au moins d'un conseiller en prévention possédant une formation complémentaire de niveau II (1 864 929 travailleurs).

Selon le rapport, le Service interne de prévention et de protection au travail (SIPP) peut comporter plusieurs conseillers, indépendamment de la taille de l'entreprise, des risques et du nombre de sièges ou d'unités techniques. En outre, il existe des SIPP communs qui regroupent et servent plusieurs employeurs.

Concernant les services externes de prévention et de protection au travail (SEPP), le rapport indique des catégories de conseillers en prévention suivants : sécurité du travail (167 personnes), ergonomie (45), hygiène du travail (33), psychosocial (154), médecine du travail (976) et autres (320).

En ce qui concerne la contradiction entre l'obligation de créer un service interne de prévention et de protection au travail et le recours quasi-généralisé aux services externes agréés observé dans la pratique (Conclusions 2013), le Comité renvoie à son évaluation dans le cadre de l'article 3§1 de la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les catégories de travailleurs exclus de la surveillance de la santé et notamment la situation des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile et des employés de maison. Le rapport présente les informations pour chaque catégorie de travailleurs exclus. En ce qui concerne les travailleurs indépendants, ils sont envisagés dans le cadre du bien-être au travail pour autant qu'ils se trouvent sur un même lieu de travail que d'autres travailleurs. Dans ce cas-là, ils sont tenus de coopérer à la mise en œuvre des mesures en matière de bien-être au travail, d'échanger des informations (sur les risques et les mesures prises en matière de santé et de sécurité) et de coordonner leurs interventions (il s'agit d'une obligation générale). De plus, la loi du 4 août 1996 règlemente les relations de travail avec les tiers (les sous-traitants indépendants) et celles dans le contexte des chantiers temporaires ou mobiles ; elle règle l'échange d'informations, la collaboration et la

coordination entre les différentes parties concernées et établit un système permettant à l'employeur-maître d'ouvrage de veiller à ce que la législation soit réellement appliquée par les sous-traitants indépendants. Les dispositions relatives au travail avec des tiers ne s'appliquent pas lorsque s'applique la coordination suivant les règles pour les chantiers temporaires ou mobiles. Ces règles prévoient que les indépendants qui effectuent eux-mêmes une activité sur les chantiers doivent respecter les dispositions en matière de bien-être au travail à l'instar des employeurs vis-à-vis de leur personnel.

Concernant les travailleurs à domicile, le rapport indique que la convention collective de travail n° 85 du 9 novembre 2005 concernant le télétravail applicable au secteur privé, et l'arrêté royal du 22 novembre 2006 relatif au télétravail dans la fonction publique fédérale administrative, prévoient que l'employeur informe le télétravailleur de la politique de l'entreprise en matière de santé et de sécurité au travail, notamment par rapport aux exigences relatives aux écrans de visualisation. Les services de prévention et de protection peuvent inspecter le lieu de télétravail avec l'accord du télétravailleur (s'il s'agit de son domicile).

Quant aux employés de maison, le rapport explique que l'article 2§4 excluant les travailleurs domestiques et les gens de maison du champ d'application de la loi sur le bien-être a été abrogé par la loi du 15 mai 2014 modifiant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Néanmoins, cette loi n'est pas encore en vigueur, un arrêté royal devra en fixer la date.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'accès au suivi médical des travailleurs de la fonction publique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 Belgique.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, d'après les données de l'OMS, l'espérance de vie à la naissance était de 81,1 ans en 2015. L'espérance de vie reste donc inférieure à celle de certains autres pays européens, mais a augmenté depuis la dernière période de référence (79,4 ans en 2009). Selon Eurostat, la moyenne pour les 28 États membres de l'Union européenne était de 80,6 ans en 2015.

Selon les statistiques de l'OMS, le taux de mortalité maternelle était de 7 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 – contre un taux de 8/100 000 en 2010. Le taux de mortalité infantile s'établissait à 3,3 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015 ; en 2010, il était de 3,6/100 000.

Le Comité relève dans le rapport que dans la Communauté flamande, les principales causes de décès chez les hommes sont le cancer du poumon, le suicide et la cardiopathie ischémique, tandis que chez les femmes, le cancer du sein est la principale cause de mortalité prématurée, suivie par le cancer du poumon et le suicide. Les accidents sur la route et le suicide figurent parmi les causes des décès qui surviennent à un âge relativement jeune ; les cancers et les cardiopathies (ischémiques) constituent en revanche d'importantes causes de décès à un âge plus avancé. Le Comité prend note des informations sur les principales causes de décès à l'égard de la communauté flamande. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les principales causes de décès précoce dans toutes les régions de la Belgique.

Accès aux soins de santé

Le rapport indique que, suite à la sixième réforme de l'Etat, les Communautés sont devenues compétentes, depuis le 1er juillet 2014, pour les soins aux personnes âgées, les services psychiatriques de longue durée et les services de réadaptation tels que la prise en charge des toxicomanes. L'éducation sanitaire et la prévention restent du ressort des Communautés.

Le Comité relève que, selon l'OCDE, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé (hors dépenses d'investissement) s'élevait en Belgique à 10,2 % en 2013, la moyenne des pays de l'OCDE étant quant à elle de 8,9 %. La même source précise que, si les frais à la charge des patients, à savoir 18 % des dépenses de santé, se situent juste en-deçà de la moyenne des pays de l'OCDE (19,5 %) et sont comparables à ceux observés en Finlande (19 %) et en Islande (18 %), ils demeurent plus importants que dans d'autres pays d'Europe occidentale comme l'Allemagne (14 %) et la France (7 %).

Sur la question des délais d'attente, le Comité a précédemment noté qu'un groupe de travail avait été chargé de mesurer les temps d'attente dans les hôpitaux et a demandé à être tenu informé des résultats de ses investigations (Conclusions 2013). Le rapport ne contenant pas de données concrètes sur les temps d'attente effectifs, le Comité demande que des informations à jour sur les temps d'attente figurent dans le prochain rapport. Il note que, selon l'Indice européen des consommateurs de soins de santé, qui mesure l'efficacité des systèmes de santé nationaux dans 35 pays européens, la Belgique occupait la cinquième position en 2015, derrière les Pays-Bas, la Suisse, la Norvège et la Finlande. D'après la même source, c'est en Belgique que les délais d'attente pour les soins de santé sont les plus courts en Europe – ainsi, le traitement d'un cancer démarre en moyenne moins de 21 jours après le diagnostic de la maladie.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé s'il existait des structures de réadaptation pour les toxicomanes et quel était l'éventail des possibilité et traitements offerts

(Conclusions 2013). Le rapport indique que dans la Communauté flamande, les centres pour toxicomanes accueillent des personnes qui souffrent d'une addiction aux drogues illégales, aux médicaments, à l'alcool et à certaines substances psychoactives. Certains centres s'adressent aux patients en situation de crise. Ils offrent différents types d'accompagnement ambulatoire ou résidentiel, afin de permettre la désaccoutumance, l'élimination de l'addiction et une meilleure intégration sociale. La durée des soins est limitée. L'assurance maladie peut intervenir financièrement dans ce programme. Dans la Communauté flamande, treize institutions ont conclu une convention pour le traitement des toxicomanes.

Le rapport indique par ailleurs que la Communauté germanophone dispose d'un service psychiatrique hospitalier. Certaines structures comme l'ASL (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung) et le SPZ (Sozial-psychologisches Zentrum) donnent des conseils pratiques et offrent un soutien psychologique aux toxicomanes. Lorsqu'une réadaptation s'avère nécessaire, les patients sont hospitalisés dans les structures de soins des pays voisins, la Communauté germanophone ne possédant pas de structures spécifiques. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la disponibilité des structures de réadaptation pour les toxicomanes et sur l'éventail des options et des traitements disponibles dans toutes les régions.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations 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 pour toutes les régions de la Belgique.

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 dépenses de santé à la charge des patients) pour toutes les régions de la Belgique.

Concernant le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a précédemment reçu de l'ILGA (International Lesbian and Gay Association) (Région Europe) un document dans lequel elle affirme que « en Belgique, ces personnes ont l'obligation de se faire stériliser pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre ». Il a demandé à ce sujet si, en Belgique, la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013).

Le Comité prend note des observations présentées par Transgender Europe et l'ILGA (Région Europe) concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent cycle de contrôle, dont il ressort que la Belgique fait partie des pays qui subordonnent la reconnaissance juridique de l'identité de genre à une stérilisation.

Le rapport précise que le Gouvernement fédéral s'est engagé en octobre 2014 à modifier la loi du 10 mai 2007 relative à la transsexualité conformément aux obligations internationales qui lui incombent sous l'angle des droits de l'homme. Les discussions portant sur ces modifications législatives sont en cours. Le rapport mentionne également un certain nombre de mesures et de progrès réalisés durant la période de référence en matière de protection des droits des personnes transgenres. Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport ainsi que dans d'autres sources, et demande des informations actualisées dans le prochain rapport.

Le Comité rappelle avoir dit, dans la décision sur le bien-fondé qu'il a rendue le 23 octobre 2012 concernant la réclamation collective n° 69/2011 *Defence of Children International* (DCI) c. Belgique, qu'il y avait violation de l'article 11§1 au motif que le droit à l'accès aux soins de santé pour les mineurs étrangers non accompagnés ainsi que pour les mineurs accompagnés en séjour irrégulier n'était pas garanti. La question du droit à l'accès aux soins

de santé pour les mineurs étrangers non accompagnés ainsi que pour les mineurs accompagnés en séjour irrégulier en Belgique est actuellement examinée par le Comité dans le cadre du processus de suivi de cette décision. Elle ne sera donc pas examinée dans la procédure des rapports pour ce cycle.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 Belgique.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité prend note des campagnes de promotion de la santé et prévention des maladies menées dans la Communauté flamande. L'Agence Soins et Santé conclut des conventions avec des organisations en vue de la réalisation des objectifs de santé. Par exemple, l'Agence Soins et Santé a conclu un mandat de gestion pour la période 2016-2020 avec l'Institut flamand pour la promotion de la santé et la prévention des maladies ("Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie") en vue d'assurer la promotion générale de la santé, et en particulier dans des domaines comme l'enseignement, le monde du travail et les administrations locales, aussi que la santé mentale pour la population en général et des groupes cibles spécifiques. La Communauté flamande compte aussi d'autres projets/actions/campagnes sur les thèmes du tabac, l'alcool, les drogues, médications psychoactives et autres addictions, prévention du suicide, alimentation et mouvement, et santé sexuelle.

En ce qui concerne la Communauté germanophone, le rapport décrit les campagnes de sensibilisation et mesures prises pour la prévention du tabagisme, en matière d'éducation sexuelle, d'hygiène bucco-dentaire, d'alimentation saine et de l'activité physique des enfants.

Le Comité demande des informations actualisées dans le prochain rapport sur les mesures d'éducation sanitaire et de sensibilisation à l'égard de toutes les régions de Belgique, y compris la Communauté francophone .

Consultation et dépistage des maladies

Le rapport présente de manière détaillée les principaux services de consultation et de dépistage tant en milieu scolaire que pour les autres groupes dans la Communauté flamande. Ce sont les centres d'encadrement des élèves (CLB) qui assurent des services de consultation et de dépistage en milieu scolaire pour les enfants de 5 à 18 ans. Les élèves de toutes les écoles sont accompagnés par un CLB. Les élèves, leurs parents et les écoles sont tenus de participer aux consultations générales et obligatoires et aux mesures prophylactiques.

Dans la Communauté germanophone, les consultations de nourrissons pour les enfants de 0 – 3 ans sont réalisées par le service Kaleido-DG et permettent de dépister des maladies ainsi que des retards développementaux pour la population cible. Les BMI des enfants de deux ans sont systématiquement évalués et s'il y a du surpoids, des mesures adaptées à chaque famille accompagnée sont prises (entretiens, bilan médicale, etc.). Depuis 2012, un dossier médical commun existe pour les consultations de nourrissons et les consultations de médecine scolaire ce qui permet une communication continue ainsi qu'un suivi médical efficace des enfants.

Le rapport fournit des informations détaillées sur les programmes de dépistage des maladies dans les différentes communautés. La Communauté germanophone propose un programme de dépistage du cancer du sein aux femmes de 50 à 69 ans. Elle propose également un programme de dépistage du cancer colorectal aux personnes âgées de 50 à 74 (hommes et femmes). Le rapport mentionne que dans la Communauté flamande, depuis mai 2016 (hors de la période de référence), chaque personne peut contrôler, par voie électronique, quand il peut se faire dépister et quels étaient les résultats des dépistages précédents.

Le Comité demande des informations actualisées dans le prochain rapport sur les programmes / mesures de conseil et de dépistage en ce qui concerne toutes les régions de Belgique, y compris la Communauté francophone.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 Belgique.

Environnement sain

Le Comité prend note du rapport des informations détaillées concernant le cadre légal et les mesures prises dans la période de référence par les différentes communautés.

Le Comité a demandé précédemment des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique, la contamination de l'eau potable et les intoxications alimentaires pendant la période de référence, afin d'évaluer si la tendance est à l'augmentation ou à la baisse (Conclusions 2013).

Le rapport indique que la Communauté flamande atteint bon nombre d'objectifs en ce qui concerne la qualité de l'air. Cependant, le Comité note que d'après les informations fournies par le rapport et les annexes, les valeurs conseillées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont encore hors de portée pour de nombreuses substances. Par exemple, en ce qui concerne la poussière fine, depuis 2014, les concentrations de PM10 sont inférieures aux valeurs limites européennes dans tous les endroits de mesurage, mais les valeurs conseillées par l'OMS sont dépassées partout. Le rapport indique que la qualité de l'eau potable au robinet est très bonne pour la période 2012-2014 et le pourcentage de conformité totale est supérieur à 99 %. Depuis 2011, une politique est menée dans la Communauté flamande autour de la problématique du plomb dans l'eau potable, en sensibilisant le consommateur sur la nécessité de garder l'installation intérieure exempte de plomb.

Le Comité prend note des informations sur la qualité de l'air en Wallonie – Bruxelles fournies dans les annexes au rapport. Il note qu'en 2014, la zone industrielle Engis enregistrait 40 dépassements de la limite journalière de 50 µg/m³. Le rapport indique que plusieurs campagnes de mesures ont été mises en place afin d'identifier les sources de ces dépassements et un comité d'accompagnements des industries est en place depuis 2015 afin de prendre les mesures adéquates pour réduire les émissions de particules. Le Comité demande d'être informé sur tout développement sur ce point.

Le rapport réitère que la Communauté germanophone n'est pas compétente pour le contrôle de la qualité de l'air. Ces mesures sont réalisées par la Région wallonne. La pollution de l'eau et les règles régissant le désamiantage sont également des compétences de la Région wallonne. Le rapport fournit des informations sur les campagnes de prévention et sensibilisation qui correspondent au cycle précèdent et dont le Comité a pris note dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations mises à jour concernant les mesures prises par la Communauté germanophone pour un environnement sain.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations mises à jour sur les niveaux de pollution atmosphérique, la contamination de l'eau potable et les intoxications alimentaires pendant la période de référence.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a demandé s'il était interdit de fumer dans les lieux publics et quelles étaient les restrictions imposées à la vente des produits du tabac et à la publicité pour lesdits produits (Conclusions 2009 et Conclusions 2013).

Le rapport indique qu'il est interdit de fumer dans les lieux publics fermés. La vente de tabac est interdite au moins de 16 ans et aussi interdite par internet. La publicité ou la promotion directe ou indirecte pour les produits du tabac est interdite à l'exception de l'affichage de la marque dans les librairies et les magasins de tabac. Par ailleurs, la Belgique applique l'ensemble des dispositions européennes en matière d'étiquetage et de réglementation des

ingrédients (directive 2014/40/UE transposé dans l'arrêté royal du 5 février 2016 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des produits du tabac).

Le rapport indique qu'on retrouve des taux similaires dans toutes les régions du pays, avec 24 % de fumeurs (soit 19 % de fumeurs quotidiens, 5 % de fumeurs occasionnels). La proportion de fumeurs quotidiens en 2013 (19 %) est restée stable depuis la dernière enquête de 2008 (18 %), mais elle a toutefois diminué par rapport aux enquêtes de 2004 (25 %) et 2001 (26 %).

S'agissant de l'alcool, le Comité a demandé des informations à jour sur la réglementation régissant la vente d'alcool, ainsi que les tendances de consommation (Conclusions 2013). Le rapport indique que la vente de bière et vin est interdite au moins de 16 ans et la vente d'alcool fort (spiritueux) est interdite au moins de 18 ans. La tendance de consommation est stable depuis 2000 (environ 11 litre d'alcool pur par personnes âgés de 15 ans et plus).

Le rapport mentionne que en 2013, 89 % des membres de la Communauté germanophone (âgés de 15 ans et plus) consomment actuellement de l'alcool, ce qui est un peu plus élevé qu'au niveau national (82 %). Les buveurs quotidiens sont quant à eux moins nombreux dans la Communauté germanophone (10 %) que dans le reste du pays (14 %).

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité a précédemment demandé quel est le taux de couverture vaccinale**.** Le rapport fournit les taux de couverture vaccinale au niveau fédéral en 2015 qui sont assez élevés avec des valeurs dépassant 95 % pour la plupart des vaccines.

Le rapport mentionne que les données annuelles collectées par le service Kaleido-DG indiquent que 72 % des élèves de la Communauté germanophone ont été vacciné selon le schéma prévu par Kaleido. Le taux des enfants vaccinés est donc en constante augmentation. Selon les estimations, sans tenir compte des enfants, qui, de nouveau selon leurs parents ont été vaccinés par leurs médecin généraliste, un taux de couverture d'environ 82 % peut être atteint.

Accidents

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents de la route.

Le rapport indique que l'accord gouvernemental prévoit que jusqu'à 2020, le nombre de tués dans des accidents de la circulation routière doit diminuer de moitié par rapport à 2010 (840 tués en 2010 contre 715 en 2014). Le Comité prend note du rapport des nombreuses mesures prises pour prévenir les accidents de la route comme, par exemple, la réforme du permis moto, un système de récidive plus sévère en permettant de punir une combinaison d'infractions graves (par exemple alcool et vitesse) depuis 1er janvier 2015, un contrôle plus efficace par les caméras fixes et radars modernes, des campagnes d'information dans les écoles primaires et secondaires, aussi que des stratégies de sensibilisation destinées à des groupes cibles spécifiques (motocyclistes, piétons, ceinture de sécurité).

Le rapport indique que dans la Communauté flamande, un Plan sécurité routière flamand 2012 – 2014 a été développé par le Domaine Mobilité et Travaux publics (MOW) contenant des actions sur quatre axes : éducation et sensibilisation, infrastructure et technologie, surveillance et réglementation, évaluation, enquête et monitoring.

En Wallonie – Bruxelles, l'Agence Wallonne pour la Sécurité Routière (AWSR) a été désignée par le Gouvernement wallon pour reprendre la compétence régionalisée d'information, de sensibilisation et de promotion de la sécurité routière. Le Comité prend note du rapport d'activité 2015 que tout au long de l'année 2015, l'AWSR a réalisé huit

campagnes de sensibilisation sur les thèmes majeurs de sécurité routière, a organisé de nombreuses actions vers les jeunes conducteurs et a lancé le label « BackSafe ».

Le Comité rappelle que dans sa décision sur le bien-fondé du 23 octobre 2012, Défense des Enfants International (DEI) c. Belgique, réclamation n° 69/2011, il a conclu qu'il y avait violation de l'article 11§3 au motif que la prévention des maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que des accidents n'était pas assurée pour les mineurs étrangers non accompagnés ainsi que pour les mineurs accompagnés en séjour irrégulier. Ces questions sont actuellement examinées par le Comité dans le cadre du processus de suivi de la décision susmentionnée. Elles ne seront donc pas examineés dans le processus des rapports pour ce cycle.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents domestiques et les accidents pendant les loisirs.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 Belgique. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, enregistrés le 29 mars 2017 ; des commentaires d'Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration, du 31 mars 2017 ; de l'addendum au rapport de la Belgique, transmis le 28 avril 2017 et des commentaires du Belgian Disability Forum asbl, du 31 août 2017.

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 XVIII-1 (2006)) pour une description du système de sécurité sociale belge. Il relève qu'il continue de couvrir la totalité des risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, famille, maternité, invalidité et survivant) et qu'il repose sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs, Etat) et par le budget de l'Etat.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité avait noté que la couverture personnelle était de 95 % de la population en ce qui concerne les soins de santé, 85 % des salariés en ce qui concerne les prestations familiales, que tous les salariés et les chômeurs étaient couverts en ce qui concerne les prestations de vieillesse. Il note d'après MISSOC que tous les salariés sont couverts par l'assurance obligatoire maladie, maternité, accidents du travail/maladies professionnelles, invalidité et chômage. Il demande néanmoins que le prochain rapport indique le pourcentage d'assurés par rapport à la population active totale, y compris les travailleurs indépendants, pour les différentes prestations versées en remplacement des revenus et rappelle que ces données doivent être régulièrement fournies dans chaque rapport afin de permettre l'évaluation de l'étendue de la couverture personnelle effective.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté équivalait à 21 654€ en 2015, soit 1804,50€ mensuels. Ainsi, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté était, sur base annuelle, de 10 827€ et, sur base mensuelle, de 902€. Le seuil de 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 722€ par mois

Indemnités de **maladie** : En réponse à la question du Comité, les autorités affirment dans le rapport que le montant mensuel minimum des prestations de maladie versées à un travailleur salarié célibataire correspondait à 2400€ jusqu'au premier jour du 7e mois d'incapacité de travail et 1520€ à partir du 7e mois. Pour un travailleur indépendant, l'indemnité forfaitaire s'établit à 1285€. Le Comité note que dès que le salaire n'est plus garanti par l'employeur (quinze jours pour les ouvriers, un mois pour les employés), la sécurité sociale verse 60 % du salaire (avec un plafond de 133€ par jour, au 1er avril 2015) pendant une durée maximale d'un an.

Prestations de **vieillesse** : d'après le rapport, la pension minimale garantie au 1er juin 2015 était de 16 844,72€ par an pour une personne avec famille à charge et 13 480,03€ pour une personne isolée. En outre, depuis 2014, un complément (pécule de vacances) est versé au mois de mai, d'un montant maximum de 885,07€ pour une personne avec famille à charge et de 708,04€ pour une personne isolée. Par ailleurs, le rapport indique que le montant de base de la garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa) a été revalorisé de 2 % avec effet au 1er septembre 2015 (voir aussi, sur ce point, l'article 13§1). S'agissant des commentaires d'Unia et Myria concernant les conditions défavorables d'accès à la pension

de vieillesse pour les travailleurs migrants, le Comité renvoie à son examen sous l'article 12§4.

Le rapport ne présente pas les montants minimums des autres prestations. Le Comité note d'après MISSOC (données 2015) que :

- pour la prestation d'**invalidité**, le montant minimum pour un travailleur régulier se situe entre 53,99€ et 37,05€ par jour, selon qu'il ait des personnes à charge ou pas ; pour un travailleur non régulier, les montants sont respectivement de 41,92€ et 31,44€ par jour ;
- pour les **accidents de travail et maladies professionnelles**, le montant de l'indemnité journalière en cas d'incapacité totale de travail correspond à 90 % du salaire de base divisé par 365 jours ;
- pour les allocations de **chômage**, un montant dégressif est accordé pendant une durée illimitée, sous conditions. Le Comité rappelle à ce propos avoir examiné le critère relatif à l'acceptation d'un « emploi convenable » et avoir considéré la situation conforme à la Charte (Conclusions 2013). Il note cependant, d'après les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, que les critères applicables en la matière ont été reformés en 2012 (arrêté ministériel du 28 décembre 2011) de façon restrictive : ainsi, la distance domicile-travail au-delà de laquelle il est possible de refuser une offre d'emploi a été portée de 25 à 60km ; en outre, la période initiale pendant laquelle le chômeur peut refuser une offre d'emploi non correspondant à ses compétences ou expériences antérieures, qui était de six mois, a été ramenée à trois mois pour les travailleurs de moins de 30 ans ayant moins de cinq ans de carrière, et à cinq mois pour les autres. Les bénéficiaires des allocations chômage perçoivent 65 % de leur dernière rémunération pendant les trois premiers mois de chômage et 60 % pendant les neufs mois suivants. Ensuite, des réductions ultérieures s'appliquent progressivement jusqu'à atteindre le seuil minimum de l'allocation journalière forfaitaire. Compte tenu du fait que cette allocation forfaitaire n'est versée qu'après 48 mois de chômage et qu'elle peut être cumulée avec des indemnités complémentaires ou des revenus occasionnels, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte. Le Comité prend note cependant des commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, selon lesquels la dégressivité affecte en particulier les cohabitants, et notamment les femmes (53 % des femmes chômeuses sont cohabitantes), dans la mesure où les montants moyens alloués après douze mois de chômage tombent en dessous du seuil de 50 % du revenu médian ajusté. Les restrictions introduites en 2014 à l'octroi de l'allocation d'insertion auraient abouti, selon le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, à l'exclusion de 29 021 personnes (en majorité, des femmes et des jeunes) pour la période de janvier à novembre 2015 inclus ; Unia et Myria, ainsi que le Belgian Disability Forum, signalent par ailleurs dans leurs commentaires que cette reforme pénalise en particulier les demandeurs d'emploi handicapés, qui doivent se tourner vers l'assistance sociale (revenu d'intégration). Dans l'addendum au rapport transmis en réponse à l'ensemble de ces commentaires, les autorités compétentes belges reconnaissent une augmentation de 9.3 % du nombre de demandeurs du revenu d'intégration, qui touche particulièrement les jeunes et les réfugiés et qui serait en partie liée à la reforme de 2014, mais aussi à d'autres causes, dont notamment l'augmentation du nombre de réfugiés. En ce qui concerne le revenu d'intégration, le Comité se réfère à son évaluation du système d'assistance sociale, sous l'article 13§1. Il demande néanmoins que le prochain rapport présente des données à jour concernant la mise en oeuvre de la réforme de 2014 et son impact par rapport au nombre de bénéficiaires des prestations de chômage et des allocations d'insertion et au niveau des prestations octroyées.

Le Comité rappelle que, pour être conforme à la Charte, le montant des prestations de sécurité sociale qui sont versées en remplacement des revenus 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. Le Comité demande que des données pertinentes à ce sujet (niveau minimum des prestations versées en remplacement des revenus pendant la période de référence) soient régulièrement fournies dans chaque rapport concernant l'article 12§1 afin de permettre au Comité d'évaluer la situation. En outre, le Comité demande que le prochain rapport précise les éventuelles prestations d'assistance sociale disponibles lorsque le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus dans le cadre du système de sécurité sociale est inférieur au seuil minimal de revenus garanti par le droit national. Des informations sont également attendues concernant ce seuil (Conclusions 2013, Introduction Générale).

Conclusion

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

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 Belgique.

La Belgique a ratifié le Code européen de sécurité sociale et son Protocole le 13 août 1969, et en a accepté les parties II à X.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2016)1 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale et de son Protocole par la Belgique (période du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015) que la législation et la pratique nationales continuent de donner plein effet à toutes les Parties du Code, tel que modifié par le Protocole, sous réserve de revoir la méthode de détermination du salaire de référence aux fins du calcul des prestations.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 Belgique. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, enregistrés le 29 mars 2017 ; des commentaires d'Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration, du 31 mars 2017 ; de l'addendum au rapport de la Belgique, transmis le 28 avril 2017 et des commentaires du Belgian Disability Forum asbl, du 31 août 2017.

Il prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence, telles que détaillées dans le rapport et il renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale belge.

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.

En ce qui concerne les autres branches de la sécurité sociale, le Comité note, en particulier, qu'en matière de **santé**, des mesures ont été prises entre autres pour modérer les prix des médicaments et mieux protéger les personnes atteintes d'une affection chronique, notamment en étendant l'application obligatoire à ces personnes du régime du tiers-payant. Les assurés qui bénéficient du régime préférentiel en raison de leurs revenus modestes y ont désormais également droit. Parmi les améliorations, le rapport mentionne également plusieurs interventions de revalorisation des indemnités, y compris l'augmentation de certaines pensions de vieillesse. En outre, il y a eu pendant la période de référence une extension des risques couverts au titres des maladies professionnelles (avec, par exemple, l'extension de la couverture en cas de tendinite ou tuberculose), la suppression du délai de carence pour le versement des indemnités de maladie et une amélioration de la protection des artistes en cas de chômage.

En matière de prestations de **chômage**, le Comité relève également l'adoption de mesures plus restrictives, notamment l'introduction du principe de la dégressivité des prestations en 2012 suivie, en 2014, d'un renforcement des conditions d'accès aux allocations (réduction des allocations en cas de chômage temporaire, suppression du complément d'ancienneté pour les nouveaux chômeurs âgés, limitation à 36 mois de la durée de versement des allocations d'insertion, introduction de conditions et de contrôles plus strictes en ce qui concerne la disponibilité à l'emploi des bénéficiaires, etc.). Il note que, selon les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, la dégressivité affecte en particulier les cohabitants, et notamment les femmes. En outre, selon la même source, l'introduction de restrictions à l'octroi de l'allocation d'insertion aurait abouti à l'exclusion de 29 021 personnes (en majorité, des femmes et des jeunes) pour la période de janvier à novembre 2015 inclus. Unia et Myria, ainsi que le Belgian Disability Forum, signalent par ailleurs dans leurs commentaires que ces restrictions pénalisent en particulier les demandeurs d'emploi handicapés, qui doivent se tourner vers l'assistance sociale (revenu d'intégration). Dans l'addendum au rapport transmis, en réponse à ces commentaires, par les autorités belges compétentes, celles-ci reconnaissent une augmentation de 9.3 % du nombre de demandeurs du revenu d'intégration, qui touche particulièrement les jeunes et les réfugiés et qui serait en partie liée à la réforme de 2014, mais aussi à d'autres causes, dont notamment l'augmentation du nombre de réfugiés. Le Comité rappelle qu'une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3 et demande que le prochain rapport explique l'impact des mesures restrictives adoptées, à savoir si et dans quelle mesure elles ont comporté une diminution de la couverture chômage (en termes de nombre de bénéficiaires ou de montant des prestations) et si elles ont permis d'atteindre les résultats voulus, en termes de promotion de l'emploi, sans entraîner une dégradation importante de la qualité de vie d'un segment de la population.

Le rapport fait aussi état d'importantes mesures adoptées concernant les **pensions de vieillesse et de survie** en 2015. Le Comité note le renforcement de certaines conditions d'accès aux prestations et le relèvement de l'âge légal de la retraite. Il note cependant que la législation a prévu l'entrée en vigueur progressive de ces changements, ainsi que certaines mesures transitoires (par exemple, une allocation de transition en matière de pension de survie). Compte tenu du fait que la plupart de ces mesures ont été adoptées vers la fin de la période de référence, il demande que le prochain rapport contienne des informations sur leur mise en oeuvre et leurs effets sur le système de sécurité sociale, à la lumière des obligations de l'article 12§3.

Il considère entretemps que, pendant la période de référence, la situation était conforme à cette disposition.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 Belgique.

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, fondée 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 assurent, en principe, 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 cantonne pas à l'intérieur d'un seul État Membre.

Le Comité rappelle qu'en tout état de la cause, en vertu de la Charte, les États Membres de l'UE ou de l'EEE sont tenus de garantir aux ressortissants des autres États parties à la Charte de 1961 et à la Charte qui ne sont pas membres de l'UE ou de 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.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé comment l'égalité de traitement est garantie dans la pratique et, le cas échéant, quelles sont les mesures unilatérales qui ont été prises par la Belgique. Le Comité comprend, au vu des informations figurant dans le rapport, que l'égalité de traitement n'est garantie qu'aux seuls ressortissants des États parties pour lesquels il existe des accords bilatéraux de sécurité sociale avec la Belgique, à savoir l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la République de Moldova, l'"ex-République Yougoslave de Macédoine", le Monténégro, la Serbie et la Turquie. Il demande si tous ces accords garantissent l'égalité de traitement, la conservation des avantages acquis et la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi.

Le Comité note également qu'il n'y a eu aucun changement au cours de la période de référence : la Belgique n'a conclu aucun nouvel accord, ni n'a pris de mesures unilatérales ; les négociations avec l'Albanie sont toujours en cours. Il demande si un accord est prévu avec les États parties avec lesquels la Belgique n'a conclu aucun accord, à savoir l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Georgie et la Fédération de Russie.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé si la condition de durée de résidence de cinq ans a été maintenue. Le rapport ne fournit aucune information à

ce sujet. Il note, d'après le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions de 2013, qu'un ressortissant étranger qui n'est pas admissible aux allocations familiales pour enfant sous le régime belge, étranger ou international peut, néanmoins, demander le versement de prestations familiales garanties s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- être citoyen (ou avoir un enfant citoyen) d'un État partie à la Charte et avoir un permis de séjour valide ;
- avoir le statut de réfugié ou être apatride (ou avoir des enfants réfugiés ou apatrides) ;
- avoir été régularisé sur la base de la loi du 22 décembre 1999.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne davantage d'informations sur cette loi du 22 décembre 1999.

Le Comité note également d'après le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions de 2013 que l'octroi de prestations familiales est soumis à une condition de territorialité. Toutefois, il existe plusieurs exceptions, notamment, en application des règlements de l'UE, conventions bilatérales et dérogations ministérielles.

Le Comité constate, néanmoins, que la Belgique n'a pas conclu d'accords avec les autres États parties qui appliquent un principe différent pour l'admission au bénéfice de ces prestations : l'Andorre, l'Arménie et la Géorgie. Il constate également que l'accord conclu avec l'Albanie ne couvre pas les allocations familiales. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les accords envisagés et si tel est le cas, dans quels délais ils pourraient être conclus.

En ce qui concerne le versement des allocations pour personnes handicapées, le Comité rappelle avoir précédemment (Conclusion 2009) considéré la situation non conforme à la Charte au motif que l'égalité de traitement n'est pas garanti aux ressortissants des autres États parties non membres de l'UE et non liés à la Belgique par un accord bilatéral. Prenant note d'un arrêt de la Cour Constitutionnelle du 12 décembre 2007, le Comité a demandé, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), davantage d'informations sur la nouvelle législation applicable en la matière. Le Comité constate que le rapport n'aborde pas cette question, de sorte qu'il réitère sa demande et considère, par ailleurs, la situation non conforme à la Charte sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle l'obligation qu'ont les États, en vertu de l'article 12§4, de conclure des accords multilatéraux ou bilatéraux, ou de prendre des mesures unilatérales pour assurer le droit à la conservation des avantages acquis quels que soient les déplacements de l'intéressé.

Le Comité note, d'après le rapport du Comité Gouvernemental concernant les conclusions de 2013, que, premièrement, les pensions de retraite ou de survie acquises au titre de la législation belge par les ressortissants d'un État Membre de l'UE ou appartenant à l'EEE, de la Bosnie-Herzégovine, de l' "ex-République Yougoslave de Macédoine", du Monténégro, de la Turquie ou de la Serbie, ainsi que les apatrides, réfugiés et étrangers privilégiés peuvent être exportées partout dans le monde. À l'inverse, ces pensions, lorsqu'elles sont versées aux ressortissants des autres États parties, ne peuvent être exportées qu'au sein des seuls État Membre de l'UE, à l'exception du Danemark, sous réserve qu'ils y résident légalement.

Le Comité note, deuxièmement, que les pensions de survies versées aux veufs et veuves de ressortissants d'un État Membre de l'UE ou de l'EEE, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République Yougoslave de Macédoine », du Monténégro, de la Turquie et de la Serbie peuvent être exportées partout dans le monde et ce, indépendamment de leur nationalité.

Il note enfin que les Chypriotes turcs conservent également le bénéfice de leur pension mais uniquement s'ils se déplacent à Chypre (la partie grecque de Chypre) ou en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en France, en Grande Bretagne, en Grèce, en Ireland, en Island,

en Italie, au Luxembourg, en Norvège, aux Pays-Bas, au Portugal, en Suède et en Turquie. Les pensions de retraite et de survie d'ouvrier mineur ne sont, quant à elles, exportables qu'à 80 %.

Le Comité relève également qu'aucun accord n'a été conclu avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, la République de Moldova, l'Ukraine et la Fédération de Russie, pour ce qui concerne l'exportabilité des allocations familiales. Il demande par conséquent, que le prochain rapport explique, premièrement, ce qui justifie qu'il n'y ait pas d'accords avec ces États et, deuxièmement, contienne des informations sur les accords envisagés, notamment les délais dans lesquels ils pourraient être conclus.

Le Comité a précédemment considéré (Conclusion 2013) que la conservation des avantages acquis en Belgique n'était pas garantie aux ressortissants de tous les autres Etats parties. La situation n'ayant pas changé, le Comité réitère sa conclusion sur ce point.

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), le Comité a considéré la siutation conforme à la Charte pour ce qui concerne le droit à la conservation des droits en cours d'acquision. La situation n'ayant pas changé au cours de la période de référence, le Comité réitère sa conclusion sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 ;
- la conservation des avantages acquis n'est pas garantie 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 Belgique. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, enregistrés le 29 mars 2017 ; des commentaires d'Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration, du 31 mars 2017 ; ainsi que les Observations du gouvernement belge sur les commentaires du Service de la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusions sociale.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité relève dans la base de données du MISSOC qu'il existe un système général et un système spécial garantissant un minimum de ressources aux personnes en situation de besoin. Le système général garantit un revenu d'insertion sociale, tandis que le système spécial garantit un revenu aux personnes âgées. Il s'agit, dans les deux cas, de droits subjectifs. En ce qui concerne les critères d'octroi, est considéré en situation de besoin celui sont les ressources sont inférieures au montant du revenu d'insertion ou de la garantie de revenus aux personnes âgées. Ces prestations sont versées aussi longtemps que l'intéressé remplit les conditions d'octroi.

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, dans son appréciation de la situation pour la période de référence, des éléments ci-après.

- Prestation de base : selon le MISSOC, en 2015, le montant mensuel du revenu d'insertion était de 867,40 € par mois pour une personne seule.
- Prestations supplémentaires : des allocations d'installation, de déménagement et de loyer peuvent être obtenues au niveau régional. Une allocation de chauffage est versée par les centres publics d'assistance sociale jusqu'à un plafond de 300 € par an aux ménages à faibles revenus.
- Assistance médicale : le Comité note que les bénéficiaires de la garantie de revenus et de l'aide sociale continuent d'avoir droit au remboursement intégral des frais médicaux.
- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté déterminé par Eurostat) : il était estimé à 902 € par mois en 2015.

Compte tenu des informations ci-dessus, le Comité considère que le niveau de l'assistance sociale (prestations de base et supplémentaires) servie à une personne seule sans ressources est suffisant, puisque le montant minimum qu'il est possible d'obtenir est conforme au seuil de pauvreté.

Dans la mesure où la Belgique n'a pas accepté l'article 23 de la Charte (droit des personnes âgées à la protection sociale), le Comité examine le montant de la pension non contributive servie à une personne âgée seule sous l'angle de la présente disposition. Il relève dans le rapport que la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) s'élevait en 2015 à 1 052 € par mois pour une personne seule.

Compte tenu des donnés ci-dessus, le Comité considère que le niveau de l'assistance sociale servie aux personnes âgées sans ressources est suffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations actualisées concernant le droit de recours en cas de décision de refus d'une demande d'assistance sociale, ou de suspension/réduction des prestations. Notant que le présent

rapport ne répond pas à cette question, il renouvelle sa demande. Par ailleurs, il demande que le prochain rapport fournisse également des exemples de jurisprudence.

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 leur 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 examinera 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'État parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de la Belgique non conforme à la Charte au motif que la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) n'était pas accordée aux étrangers sans ressources, à moins qu'ils ne soient couverts par la réglementation de l'Union européenne ou soient ressortissants d'un État ayant conclu un accord de réciprocité avec la Belgique.

À cet égard, le Comité relève dans le rapport du Comité gouvernemental (TS-G (2014)21, par. 241) que l'article 3 de la loi du 8 décembre 2013 modifiant la loi du 22 mars 2001 sur la garantie de revenus aux personnes âgées a ajouté une nouvelle catégorie de bénéficiaires dudit revenu garanti aux catégories énumérées à l'article 4 de la loi du 22 mars 2001. Elle concerne les ressortissants des États parties à la Charte sociale européenne de 1961 et à la Charte sociale révisée de 1996.

Cependant, le Comité relève aussi dans le rapport que la procédure d'entrée en vigueur de l'article 110 de la loi du 6 mai 2009 étendant le champ d'application personnel de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) à tous les ressortissants des Etats parties à la Charte est toujours en cours.

Le Comité considère que des mesures législatives ont été prises pour rendre la situation conforme à la Charte, mais que la procédure d'entrée en vigueur de la modification n'a pas encore abouti. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la situation en droit et en pratique. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

S'agissant de l'assistance sociale d'urgence accordée aux personnes qui se trouvent illégalement sur le territoire, le Comité a, dans sa précédente conclusion au titre de l'article 13§1, relevé dans le rapport soumis par la *Ligue des droits de l'homme (LDH) que les personnes en attente d'examen de leur demande d'asile pouvaient être déboutées de leur demande d'assistance sociale et qu'aucune assistance sociale n'était de surcroît disponible tant pour les migrants en situation irrégulière que pour les étrangers légalement présents sur le territoire pour une durée inférieure à trois mois*. Le Comité relève dans le rapport que l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (FEDASIL) peut temporairement limiter l'assistance sociale apportée aux demandeurs d'asile conformément à l'article 20 de

la Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale. De plus, d'après le rapport, les centres publics d'action sociale (CPAS) peuvent décider d'octroyer d'autres formes d'aide (hébergement, nourriture, vêtements) aux étrangers en situation irrégulière. Cependant, dans la mesure où cette assistance n'est pas prévue par la loi, les CPAS assument eux-mêmes la responsabilité financière de l'aide qu'ils choisissent d'apporter.

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des éléments démontrant que ces obligations sont respectées en droit et en pratique. Il considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

S'agissant de l'assistance médicale d'urgence, le Comité relève dans le rapport que cette assistance ne consiste pas en une aide financière versée directement aux intéressés, mais garantit aux personnes sans ressources un accès gratuit aux soins de santé grâce à une prise en charge de leurs frais médicaux. Le champ d'application de cette assistance va, selon le rapport, au-delà des interventions urgentes et peut couvrir les examens médicaux généraux. C'est le médecin qui décide du caractère urgent d'un soin médical, et non pas le patient ou les CPAS.

Le Comité relève dans les observations communiquées par Unia (Centre interfédéral pour l'égalité des chances) et Myria (Centre fédéral Migration) que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé propose une réforme visant à simplifier et harmoniser les procédures administratives en matière de soins de santé pour les personnes en situation irrégulière. Cette réforme envisage de renforcer le rôle des CPAS, de transférer aux médecins la responsabilité des décisions médicales, et de mieux faire circuler les informations entre les prestataires de soins, les CPAS et les services d'insertion sociale. Le Comité note également que, selon les informations transmises par le Gouvernement, les personnes en situation irrégulière ont droit à une aide médicale d'urgence. Le système *Mediprima* mis en place dans le cadre de la réforme des soins de santé couvre pour l'instant les personnes sans ressources non assurées au titre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et ne concerne que les soins dispensés dans les établissements hospitaliers. L'objectif que se sont fixé les autorités pour 2017-2018 est d'étendre cette couverture aux actes des médecins généralistes. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur ce point.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Belgique.

Le Comité prend note des informations fournies concernant la non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques au sein des communautés flamande et germanophone. Il note que la situation qu'il a jugée conforme dans toutes ses conclusions précédentes (Conclusions XV-1 – 2013) n'a pas changé. Le Comité demande que le prochain rapport donne également des informations concernant la Communauté francophone.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 Belgique.

En ce qui concerne la Communauté germanophone, d'après le rapport, le 10 avril 2014, son Gouvernement a conclu un accord de coopération avec l'État fédéral, la Région flamande et la Communauté française concernant la lutte contre le sans-abrisme. Les objectifs de l'accord sont de définir les compétences des différents partenaires et d'établir un programme d'action pour une coopération plus coordonnée, surtout pendant l'hiver.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Il demande que le prochain rapport indique dans quelle mesure ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique 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 Belgique.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Le Comité rappelle par ailleurs que le droit à l'assistance sociale d'urgence devrait être assorti d'un droit de recours auprès d'un organe indépendant. S'agissant de la fourniture d'un hébergement d'urgence, il doit exister un mécanisme de recours effectif auprès d'un organe judiciaire indépendant permettant de déterminer si l'attribution des hébergements est correctement administrée. Ce droit doit aussi être effectif dans la pratique (réclamation n° 90/2013, Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 106).

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1, dans laquelle il a réservé sa position concernant l'assistance sociale d'urgence apportée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les ressortissants étrangers présents légalement sur le territoire ; entre-temps, il réserve sa position.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Belgique.

Le Comité prend note des Commentaires des associations et conseils d'avis représentant les personnes handicapées coordonnés par le *Belgian Disability Forum asbl* reçu en Août 2017 et du Rapport conjoint d'Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration, au onzième rapport du gouvernement de la Belgique sur l'application de la Charte européenne révisée reçu en Mars 2017 y compris les observations du gouvernement belge.

Organisation des services sociaux

Les services sociaux sont fortement décentralisés et sont principalement du ressort des régions et communautés (flamande, francophone et germanophone).

Le rapport explique qu'en Région flamande, les services sociaux proposent des mesures générales de protection sociale, une assistance à distance, un service de médiation de dettes et des activités d'insertion dans la collectivité. Il existe également une Agence flamande pour les personnes handicapées. Dans la Communauté flamande, les services sociaux sont en majorité dispensés par les Centres d'aide sociale générale (CASG), qui ont essentiellement trois missions : la prévention générale, l'accueil et l'accompagnement psychosocial. En raison de changements apportés à la réglementation, des fusions ont été opérées dans ce secteur. Depuis le 1er janvier 2014, il reste 11 Centres d'aide sociale générale agréés en Flandre et à Bruxelles. Cinq centres de télé-accueil fournissent une aide anonyme par téléphone ou en ligne et permettent ainsi à ceux qui le souhaitent de faire part de leurs problèmes à des bénévoles spécialisés. En outre, la Flandre compte 322 organismes agréés chargés de la médiation de dettes (CPAS, CASG ou associations de CPAS). Le rapport fait également état de la création, par décret, d'instituts de cohésion sociale chargés de mener à bien des initiatives et projets spécifiques pour des personnes socialement défavorisées ou en situation d'exclusion sociale.

D'après le rapport, la politique à l'égard des personnes handicapées en Flandre a complètement changé depuis le dernier rapport établi au titre de la Charte révisée. L'Agence flamande pour les personnes handicapées (*Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap* – VAPH) propose toujours un grand nombre de solutions pour répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de soins mais, depuis peu, d'une manière beaucoup plus flexible et mieux adaptée aux demandeurs.Toutes les structures pour mineurs et majeurs ont été transformées ces dernières années et proposent désormais d'une part, une Offre flexible pour majeurs (*Flexibel Aanbod Meerderjarigen* – FAM) et, d'autre part, des Centres multiservices pour mineurs (*Multifunctionele Centra* – MFC). L'Agence recense trois formes d'aide directement accessible : l'accompagnement, l'accueil de jour et le séjour. Le rapport fait référence à d'autres types de soins et d'aides non directement accessibles et contient des données chiffrées communiquées par l'Agence concernant le nombre de bénéficiaires par type de soins et d'accompagnement.

Le rapport indique qu'au cours de la période 2012-2014, un certain nombre de modifications ont été apportées à la réglementation dans la Communauté flamande : a) 25 mai 2012 : modification du décret du 8 mai 2009 relatif à l'aide sociale générale ; b) 21 juin 2013 : arrêté du Gouvernement flamand relatif à l'aide sociale générale ; c) 11 décembre 2013 : arrêté ministériel fixant les indicateurs de résultats et précisant les tâches d'assistance des centres d'aide sociale générale et des centres de télé-accueil. La politique de qualité de ces centres est régie par le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale. Le Comité demande quel est l'impact de ces réformes législatives dans la pratique.

Le rapport indique que la Région wallonne autorise les différents services compétents à assurer une aide sociale et/ou médicale. Les services sont accessibles à tous, sans discrimination. Il s'agit de services de protection sociale – services de médiation de dettes, maisons d'accueil, centres de service social, relais sociaux, services d'insertion sociale et services d'aide familiale – et de services médicaux – services de santé mentale, relais santé, maisons médicales et centres de planning familial. Le nombre de dossiers traités est resté constant entre 2012 et 2015 (19 825 en 2012, 19 713 en 2015). En outre, le rapport souligne le nombre total de chaque centre spécialisé, sans accorder le nombre d'utilisateurs et d'employés qualifiés : les maisons d'accueil (57 maisons agréées) que ont pour mission d'assurer aux personnes en difficultés sociales un accueil, un hébergement limité dans le temps dans une structure dotée d'équipements collectifs ; les centres de service social (27 centres agréés) que accueillent les personnes et les familles qui se trouvent dans une situation critique ; les relais sociaux (7 organismes agréés) que mettent en réseau les acteurs publics et privés afin d'optimiser les réponses des partenaires aux besoins des personnes en détresse sociale aiguë ; les services d'insertion sociale (82 services agréés) que développent des actions collectives pour et avec les personnes, mobilisent les ressources des individus, assurent un suivi individuel, favorisent la participation à la vie sociale, économique, politique et culturelle, et renforcent la confiance des individus en leur propre capacité. A cet egard le Comité demande le nombre de bénéficiaires utilisant ces services et le nombre de personnel qualifié employé.

D'après le rapport, les services sociaux disponibles dans la Communauté germanophone s'articulent autour des organismes et institutions ci-après : a) CPAS : chaque commune du pays dispose de son propre Centre public d'action sociale (CPAS), qui a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Ils assurent non seulement une aide palliative et curative, mais encore une aide préventive. Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique ; b) Office de la Communauté germanophone pour les personnes handicapées (DPB) : le DPB encourage toute forme d'autonomie et l'auto-détermination des personnes handicapées dans les domaines suivants : travail, logement, loisirs et sexualité. Le rapport indique également que ce sont des « *carrefours sociaux* » opérationnels, des lieux de rencontre pour les personnes à risque d'exclusion sociale, afin de promouvoir leur participation à la vie économique, politique, sociale et culturelle. En outre, le rapport énumère un certain nombre d'associations sans but lucratif qui fournissent une gamme différente de services tels que : des banques alimentaires pour les personnes en détresse, aide psychologique et social pour les femmes en situation de crise, services dans le domaine de la gestion ménagère, des travaux domestiques, services d'assistance téléphonique se tiennent à la disposition sans aucune discrimination a qui demande de l'aide, centres offrent des conseils sur les droits et devoirs des personnes issues de l'immigration qui résident dans la communauté germanophone, associations à but non lucratif chargée de mettre en place des mesures en faveur de l'intégration sociale, de l'emploi et de la lutte contre la pauvreté. Le rapport indique egalement que le décret sur l'hébergement d'urgence (*Notaufnahmewohnungen*) prévoit des formes d'accueil pour les personnes en détresse. En 2016, ce décret a été adapté pour faire en sorte qu'un logement d'accueil d'une organisation partenaire puisse être utilisé par une autre, afin d'exploiter au mieux les capacités existantes.

Accès égal et effectif

Le Comité rappelle que le droit aux services sociaux doit être garanti en droit et en fait. Au titre de l'article 14§1, le Comité examine les règles régissant les conditions d'admission au bénéfice du droit aux services sociaux (accès effectif et égalité d'accès), ainsi que la qualité et la surveillance des services sociaux (Conclusions 2005, Bulgarie). Les personnes qui sollicitent des services sociaux doivent recevoir tous les avis et conseils nécessaires pour pouvoir bénéficier des services disponibles en fonction de leurs besoins (Conclusions 2009, Observation interprétative de l'article 14§1).

Le rapport indique que, d'après les autorités flamandes, les Centres d'aide sociale générale (CASG) sont accessibles à la population au sens large mais doivent prendre particulièrement soin, dans leur fonctionnement, de toucher les groupes vulnérables. Les chiffres définitifs quant à la portée effective des centres ne sont pas encore disponibles ; les données provisoires montrent cependant que 90 762 personnes avaient été reçues en 2015 par les CASG et que 27 350 d'entre elles avaient bénéficié d'un accompagnement. L'aide fournie par ces Centres est gratuite ; pour certains aspects de leur fonctionnement, les coûts exposés peuvent faire l'objet d'une indemnisation (en cas d'accueil résidentiel, par exemple). S'agissant des centres de télé-accueil, les chiffres définitifs ne sont pas encore disponibles mais il ressort des données provisoires qu'en 2015, les 599 bénévoles ont été actifs dans les cinq centres pendant 121 209 heures. Ils ont assuré ensemble 73 033 heures de permanence téléphonique et 7 506 heures de permanence en ligne, pendant lesquelles ils ont eu 74 745 conversations téléphoniques et 6 874 conversations en ligne. L'aide fournie par ces centres est gratuite.

Le rapport indique que les autorités flamandes cherchent à obtenir une participation équilibrée des personnes d'origine étrangère dans tous les domaines de la société. La Commission politique d'intégration a été chargée, par décret, d'élaborer un projet de plan dont les objectifs ont été fixés par le Gouvernement flamand en juillet 2015. Le Comité demande que le prochain rapport revienne en détail sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan horizontal en matière de politique d'intégration et sur les résultats. Enfin, concernant les mesures de lutte contre la discrimination, la partie du rapport consacrée à la Communauté flamande fait état de l'existence, depuis 2008, d'un décret relatif à l'égalité des chances et à la non-discrimination, dont il avait déjà été question dans les précédents rapports (2009 et 2013).

Le rapport relatif à la Fédération Wallonie-Bruxelles indique que la sixième réforme de l'Etat, (septembre 2013), a conféré à la Région wallonne des compétences supplémentaires en matière de santé et d'aide aux personnes. La Région wallonne dispose donc aujourd'hui de leviers importants comme la promotion de la santé, la prévention, la coordination, les soins primaires, l'aide aux personnes handicapées, âgées ou atteintes de problèmes de santé mentale, les normes qualitatives et le financement des infrastructures, de l'équipement et du mobilier des services sociaux et hospitaliers. Le 2 décembre 2015, le Parlement wallon a voté un décret portant création de l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles.

En réponse à une demande formulée par le Comité dans la précédente conclusion (Conclusions 2013), le rapport donne également en annexe une description complète de la situation des services sociaux qui existaient en 2014 dans le domaine du handicap et des mesures juridiques prises pendant la période 2012-2015.

La partie du rapport consacrée à la Communauté germanophone indique que le décret du 25 janvier 2016 (en dehors de la période de référence) prévoit une extension du domaine de compétence du médiateur. Outre les autorités administratives, il est désormais compétent pour toutes les communes et organisations relevant de la Communauté germanophone qui accomplissent des tâches d'intérêt public. Le Comité demande que le prochain rapport conienne des informations plus détaillées sur l'impact sur la pratique de l'accès égal et effectif aux services sociaux après l'introduction de cette mesure.

Le Comité demande aussi' que le prochain rapport revienne en détail sur les développements récents et progrès réalisés suite à la mise en place de la sixième réforme de l'Etat, qui sont pertinents pour la fourniture de services sociaux dans toutes les différentes régions et communautés (flamande, francophone et germanophone).

Qualité des services

Le rapport fait état de l'entrée en vigueur, le 17 juillet 2014, dans la Region flamande d'un nouvel arrêté fixant des indicateurs de résultats et précisant les tâches d'assistance confiées

aux instituts régionaux de cohésion sociale. L'objectif est de mesurer la qualité des activités davantage au niveau de leurs résultats. Un budget annuel est alloué aux provinces et villes flamandes pour leurs projets de cohésion sociale.

Concernant la qualité des services, le rapport indique que le Gouvernement flamand n'impose aucune exigence aux Centres d'aide sociale générale pour ce qui est de la qualification de leurs employés. Toutefois, la formation du personnel et des bénévoles fait l'objet d'une attention toute particulière dans les politiques de contrôle de qualité de ces centres, notamment grâce aux indicateurs de résultats. Le traitement des plaintes visant les centres est d'abord assuré par les structures elles-mêmes, puis par le service de médiation flamand en deuxième instance. À cet égard, le Comité demande de fournir dans le prochain rapport des informations plus détaillées sur la façon dont la qualité des services sociaux est assurée et quel type de système de suivi des politiques de contrôle de la qualité existe.

S'agissant des organismes chargés de la médiation de dettes, le rapport explique que, pour être agréées, ces instances doivent employer au moins un travailleur social et un diplômé en droit ayant suivi une formation spécialisée ou disposant d'une expérience utile dans ce domaine d'au moins trois ans. Les onze groupements d'organismes agréés pour la médiation – qui couvrent toute la région – et le *Vlaams Centrum Schuldenlast* (Centre flamand de l'endettement – VCS) reçoivent une subvention annuelle. Celle-ci s'est élevée, en 2016, à 1 244 000 euros pour les onze groupements et à 369 000 euros pour le VCS. La médiation elle-même est gratuite. Dans les cas déterminés par le Gouvernement flamand, les coûts liés à la procédure de médiation peuvent être imputés au débiteur. Le traitement des plaintes est d'abord assuré par les structures elles-mêmes puis, en deuxième instance, par le responsable du traitement des plaintes du Département de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille du Gouvernement flamand.

Le rapport indique que les instituts flamands de cohésion sociale mènent une politique de contrôle de la qualité, conformément aux dispositions du décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale, politique modulée en fonction de leurs missions spécifiques. Les instituts définissent un cadre de référence pour les comportements abusifs à l'encontre des usagers. L'Administration veille en outre à la qualité de ces instituts et procède à cet effet à des inspections ; si les structures ne coopèrent pas, leur agrément peut leur être retiré. L'une des activités de l'Institut flamand de cohésion sociale est de donner une formation initiale et continue aux salariés, dirigeants et bénévoles. Les personnes travaillant dans les instituts régionaux sont également concernées. L'Administration tient une liste actualisée des postes (en équivalent temps plein) pourvus dans les instituts, avec leur répartition entre les différents secteurs d'activité : services sociaux, emploi, éducation, logement, santé, épanouissement culturel et sociétal, et activités dans des domaines d'intérêt particuliers.

La partie du rapport relative à la Fédération Wallonie-Bruxelles indique que, depuis le 1er janvier 2016, il incombe à l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AviQ) de veiller à la transversalité et à l'efficacité optimales des mesures en place, de rationnaliser la mosaïque actuelle de services sociaux et hospitaliers ou d'en créer de nouveaux pour répondre aux attentes des populations les plus vulnérables, dans le respect de leurs droits fondamentaux. De nouvelles dispositions ont déjà été prises par la Région wallonne (dont les effets seront progressivement décuplés compte tenu de la transversalité instaurée par la mise en place de l'AviQ). À cet égard, le Comité demande à fournir, dans le prochaine rapport, des informations sur l'impact dans la pratique sur la qualité des services suite à l'introduction de l'Agence wallonne pour la qualité de vie (AviQ)

S'agissant la provision de places pour personnes handicapées adultes en situation de grande dépendance dans les centres d'accueil et d'hébergement, (réclamation collective n° 75/2011 formée par la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH) contre la Belgique), le rapport indique que la Région wallonne a démontré sa volonté de diversification et de flexibilité de l'offre de services sociaux, mais a aussi plus

particulièrement, a) élaboré un premier plan de « grande dépendance », adopté par le Gouvernement wallon en mai 2013 avec un budget de 4,5 millions d'euros dégagé en 2014 ; b) créé une cellule « personnes en situation d'urgence » ou « cas prioritaires », qui intervient au cas par cas ; c) fait appel, dans le domaine de la santé mentale, aux sept cellules mobiles d'intervention créées en 2009 en coopération avec le service public fédéral Santé publique, qui ont aidé les personnes atteintes de handicap psycho-social et de graves troubles du comportement ; une convention a également été signée entre le Centre régional psychiatrique, l'établissement de protection sociale « Les Marronniers » et l'AWIPH ; d) mis en place des mesures spécifiques pour traiter des lésions cérébrales.

Le rapport mentionne l'adoption, durant la période de référence, des mesures législatives ci-après : a) arrêté du Gouvernement wallon du 24 octobre 2013 modifiant certaines dispositions du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, Deuxième partie, Livre V, Titre XII, relatives à l'autorisation de prise en charge des personnes handicapées et aux services organisant des activités pour personnes handicapées ; b) arrêté du Gouvernement wallon du 18 décembre 2014 modifiant le code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé et arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour, ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, en ce qui concerne les normes applicables aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins. À cet égard, le Comité demande à connaître dans le prochaine rapport l'impact en pratique après l'introduction de ces mesures législatives.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé quelles avaient été les principales conclusions de l'audit sur l'Agence pour les personnes handicapées de la Communauté germanophone, commandité par le Gouvernement. Le rapport indique qu'entre 2011 et 2014, un audit a été réalisé au sein de l'Office pour personnes handicapées de la Communauté germanophone. Il a abouti à l'adoption des mesures suivantes : a) structuration et documentation des tâches principales et procédures secondaires de l'Office et attribution des responsabilités ; b) précision et actualisation des missions de la « commission d'évaluation », rebaptisée « organe consultatif spécialisé » pour mieux refléter ses missions ; c) description de tous les services fournis par l'Office dans un seul document ; d) mise au point d'un guide comprenant une procédure d'application générale pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des conventions de prestation entre l'Office et les organes directeurs des institutions et les prestataires de services pour personnes handicapées ; e) mise au point d'un guide comprenant une procédure d'application générale pour la gestion des réclamations au sein de l'Office.

Dans l'appréciation du suivi de la décision sur le bien-fondé Fédération Internationale des Droits de l'Homme (FIDH) c. Belgique, réclamation n° 75/2011 relative à la Région flamande, le Comité a considéré que des progrès ont été réalisés pour assurer que les adultes très dépendants les handicaps ont un accès égal et effectif aux services sociaux. Cependant, toutes les mesures envisagées n'ont pas encore été adoptées et 63 % des personnes handicapées attendent toujours une solution. Le Comité a demandé que les informations sur les suites données aux décisions qui seront soumises en octobre 2017 indiquent le pourcentage d'adultes handicapés très dépendants qui ont accès à des services sociaux. Le Comité évaluera donc la situation sur la base de ces informations. En ce qui concerne la Région wallonne, le Comité a estimé que des progrès avaient été accomplis pour garantir que les adultes handicapés très dépendants aient un accès égal et effectif aux services sociaux. Le Comité a pris note des mesures envisagées et a invité le Gouvernement à confirmer, dans les informations sur les suites données aux décisions qui seront soumises en octobre 2017, si cet objectif a été atteint. En ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale, le Comité a pris note des mesures prises. Le Comité a estimé que des progrès avaient été réalisés pour faire en sorte que les adultes handicapés très dépendants aient un accès égal et effectif aux services sociaux. Cependant, toutes les mesures prévues n'ont pas été adoptées à ce jour. Le Comité a demandé que les

informations suivantes indiquent le pourcentage d'adultes handicapés très dépendants qui n'ont pas accès à des services sociaux. Le Comité évaluera si les mesures prises garantissent que tous les membres de ce groupe ont accès aux services d'aide sociale sur la base des informations sur le suivi donné aux décisions qui seront soumises en octobre 2017.

Le Comité a donc estimé que la situation n'avait pas été mise en conformité avec la Charte.

Dans l'appréciation du suivi de la décision sur le bien-foncé Fédération internationale des droits de l'homme (FIDH) c. Belgique, réclamation n° 75/2011, le Comité a noté qu'il existe des centres de jour, des services de logement et des centres d'assistance au jour le jour. Région de la capitale qui fournit des conseils, de l'information et de l'aide personnelle à des adultes handicapés très dépendants. Le Comité a demandé confirmation que ces services de bien-être répondent aux critères suivants : personnel qualifié en nombre suffisant ; les adultes handicapés très dépendants devraient être impliqués dans les décisions les concernant autant que possible ; mécanismes publics et privés de surveillance de l'adéquation des services. Le Comité a estimé que la situation n'avait pas été mise en conformité avec la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte aux motifs que :

- il existe des obstacles importants à un accès égal et effectif des adultes handicapés très dépendants aux services sociaux adaptés à leurs besoins ;
- il y a un manque d'institutions fournissant des conseils, des informations et une aide personnelle aux adultes handicapés très dépendants dans la Région de Bruxelles-Capitale.

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 Belgique.

Le Comité rappelle que l'article 14§2 fait obligation aux Etats de venir en aide aux organisations bénévoles qui cherchent à créer des services sociaux (Conclusions 2005, Observation interprétative de l'article 14§2). Cela n'implique pas qu'il faille un modèle uniforme : les Etats peuvent parfaitement poursuivre cet objectif par des voies différentes, certains privilégiant des services gérés conjointement par des organismes publics, des sociétés privées et des associations bénévoles, tandis que d'autres préféreront laisser entièrement au secteur associatif le soin d'organiser certains services. Les « individus et organisations bénévoles ou autres » dont il est question au paragraphe 2 incluent le secteur associatif (organisations non gouvernementales et autres associations), les particuliers et les sociétés privées. De plus, afin de veiller à la qualité des services et de garantir les droits des usagers ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés fondamentales, un mécanisme de contrôle effectif en termes de prévention et de réparation est nécessaire.

Le Comité prend note des informations détaillées relatives aux services sociaux mis en place dans les trois Entités fédérées : l'Autorité flamande,la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Communauté germanophone. Il demande que le prochain rapport contienne des informations similaires actualisées, concernant la participation et le rôle des prestataires non publics, les mécanismes de contrôle de qualité des services gérés par des organisations non publiques, les mécanismes de consultation des usagers des services sociaux, et sur la tarification des services sociaux.

Le Comité dans les Conclusions 2015 a relevé dans les informations consacrées au nouvel accord de gouvernement adopté par le Gouvernement flamand pour la période 2014-2019 qu'un certain nombre de réformes touchaient les services sociaux. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre de cet accord et des résultats qu'il a permis d'obtenir pour encourager les particuliers et les organisations bénévoles ou autres à mettre sur pied des services sociaux.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 14§2 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 Belgique. Il prend note également des informations figurant dans les commentaires transmis le 29 mars 2017 par le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale et dans ceux communiqués le 28 avril 2017 par le gouvernement belge dans un addendum au rapport national, des observations présentées le 31 mars 2017 par le Centre interfédéral pour l'égalité des chances (Unia) et le Centre fédéral migration (Myria), ainsi que de celles soumises le 31 août 2017 par le *Belgian Disability Forum*.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le principal indicateur utilisé par le Comité pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Celui-ci correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, qui est fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Le Comité note que, d'après Eurostat, 21,1 % de la population belge était menacée de pauvreté et d'exclusion sociale en 2015, soit un taux inférieur à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (23,7 %). Le pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) vivant dans un ménage à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale était de 23,3 % (28,9 % dans l'UE-28), le pourcentage d'adultes (âgés de 18 à 64 ans) était de 21,7 % (24,7 % dans l'UE-28) et le pourcentage de personnes âgées était de 16 % (17,4 % dans l'UE-28).

Toujours selon Eurostat, le taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux était en 2015 à 26,7 %, juste au-dessus du taux de l'UE-28 de 25,9 %. Le taux de risque de pauvreté après transferts sociaux était de 14,9 % en 2015, ce qui est bien en deçà du taux de 17,3 % de l'UE-28.

Le Comité note, d'après les données d'Eurostat de 2015, qu'en Belgique la situation de la population vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale n'évolue pas, même si le taux de pauvreté chez les personnes âgées diminue.

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

Le Comité rappelle qu'au titre de l'article 30, les Etats parties doivent communiquer des informations sur les mesures mises en place au niveau national pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le Comité prend note de l'approche et des mesures adoptées par les différentes régions et communautés de Belgique.

Le rapport indique qu'en Flandre, le décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté a été modifié le 20 décembre 2013 autorisant les autorités flamandes à subventionner les collectivités locales en vue de développer et soutenir des initiatives locales de lutte contre la pauvreté infantile.

En Wallonie, différentes mesures ont été prises depuis 2012 afin de mettre en place une approche globale et coordonnée qui puisse favoriser l'accès aux droits sociaux que constituent notamment l'emploi, le logement, la culture et l'assistance médicale. Le 10 septembre 2015, un premier plan de lutte contre la pauvreté a été adopté. Structuré autour de onze thèmes, ce plan transversal a pour objectif d'apporter des réponses concrètes et efficaces à des difficultés précises rencontrées par les personnes qui risquent de se trouver en situation de pauvreté.

En 2013, le Gouvernement de la Communauté germanophone a réalisé une étude concernant la pauvreté et la vulnérabilité sociale au sein de sa population et a mené en 2014 et 2015, sur la base de cette analyse, une action organisée en trois phases. Au cours de la première phase, une comparaison a été effectuée avec la situation des autres Communautés de l'Etat fédéral belge. Cette comparaison a permis de dégager les caractéristiques de la population visée par l'action sociale et de voir comment déployer le dispositif d'aide sur le territoire de la Communauté germanophone. La deuxième étape a

consisté à recueillir des données en faisant appel à un échantillon de situations tirées de la vie réelle. La troisième phase, analytique, a permis à la Communauté germanophone d'établir un réseau d'action sociale.

Selon la Cour des comptes de Belgique qui a analysé en 2016 la qualité, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du deuxième Plan fédéral de lutte contre la pauvreté (2012 – 2015), le risque de pauvreté reste depuis 2008 autour de 21 % en Belgique, mais le nombre de personnes confrontées à ce risque augmente et est plus élevé que dans les pays voisins. La Cour a considéré que le deuxième Plan était « davantage une liste d'actions qu'un instrument de politique publique » et souligné que la multiplicité des niveaux de pouvoirs, intervenants, instruments et politiques publiques renforçait le risque de fragmentation et d'inefficience de l'action publique dans le domaine de la lutte contre la pauvreté. La Cour a par ailleurs estimé que le système de protection sociale et les prestations de sécurité sociale n'étaient pas à la hauteur du problème étant donné l'écart structurel entre le seuil de pauvreté et les allocations de base, ajoutant que les services administratifs n'étaient pas suffisamment associés à la formulation et à la mise en œuvre des politiques.

Le Comité relève dans le rapport 2017 relatif à la Belgique établi par le Semestre européen que la pauvreté dans laquelle vivent des ménages belges est principalement imputable au chômage, mais le risque de pauvreté est atténué par la fiscalité et les transferts sociaux. Le rapport précité pointe des disparités persistantes et croissantes entre les régions en termes d'inactivité et de chômage de longue durée, et dénonce la faiblesse des taux de transition vers l'emploi. Le taux de risque de pauvreté a baissé chez les personnes âgées (plus de 65 ans) et augmenté chez les jeunes (16 – 24 ans), en particulier lorsqu'ils sont peu qualifiés, handicapés ou d'origine immigrée. Une forte proportion de migrants extracommunautaires vit en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale : 50,7 % en 2015 (contre 27,5 % des migrants nés dans un pays de l'UE et 17 % des personnes nées en Belgique), chiffre supérieur au pourcentage de citoyens nés hors de l'UE que comptent les 28 Etats membres (40,2 % en 2015). De plus, l'écart qui sépare les personnes handicapées et les personnes valides pour ce qui concerne le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale atteint 17,7 %, soit nettement plus que la moyenne de l'UE (9,7 %).

Le Comité relève dans les commentaires susmentionnés que :

- la Cour des comptes de Belgique a critiqué le deuxième Plan fédéral de lutte contre la pauvreté (2012 – 2015) ;
- l'Etat fédéral, les Régions et les Communautés sont parvenus à un accord concernant la continuité de la politique en matière de pauvreté, accord qui vise à mettre en place une politique transversale, globale et coordonnée en la matière. Plusieurs outils ont été créés à cet effet, notamment le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale et la Conférence interministérielle Intégration sociale (CIM). Des tests d'impact de la pauvreté ont été réalisés dans les Régions ;
- les personnes handicapées vivent en grande majorité dans une situation socio-économique particulièrement difficile, ce qui a de graves répercussions lorsqu'il leur faut faire face à certains frais liés à leur handicap et aux besoins essentiels ; leur taux d'emploi est inférieur à la moyenne nationale. Le régime des allocations devrait être revu. L'étude « Handilab » réalisée en 2012 a démontré la situation de pauvreté dans laquelle vit 40 % de la population qui perçoit une allocation de handicap, ce qui veut dire que 39,3 % ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté – contre 14,6 % dans la population belge totale. Le Conseil national des personnes handicapées a cependant souligné la grande qualité du rapport 2014 – 2015 qui « présente le grand intérêt de mettre en évidence des mesures concrètes et attendues [...] et suggère des mécanismes qui assureront des réponses aux besoins » ;
- l'accès au logement pour les personnes en situation de précarité s'avère particulièrement difficile en raison de l'insuffisance de l'offre de logements

publics et de l'existence de pratiques discriminatoires dans le secteur du logement tant public que privé. L'Etat fédéral et les entités fédérées ont signé en 2014 un accord de coopération concernant le sans-abrisme et l'absence de chez-soi, qui vise à poursuivre, coordonner et harmoniser leurs politiques en vue de prévenir et combattre ces phénomènes. Des efforts sont faits dans les Régions afin de faciliter l'accès au logement pour les Gens du voyage ;

- le non-accès et le non-recours aux droits constituent un problème non négligeable et remettent en cause la pertinence des politiques menées. Dans sa réponse aux commentaires, le gouvernement renvoie aux mesures destinées à faciliter l'octroi de droits dérivés. Ainsi, un projet en partenariat avec la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale envisage d'accorder des droits dérivés de façon automatique ou avec un minimum de formalités administratives ; de même, l'initiative expérimentale « Housing First Belgium » entend donner à des personnes sans domicile l'accès à un logement et leur conférer des droits dérivés.

  Le Comité se réfère en outre à ses conclusions de non-conformité en vertu d'autres dispositions de la Charte qui sont pertinentes pour l'évaluation de la conformité au regard de l'article 30 (voir Conclusions 2013 et l'Observation interprétative de l'article 30). Il fait en particulier référence :

- à l'article 14§1 et à ses conclusions selon lesquelles, d'une part, des obstacles entravent l'accès égal et effectif des personnes handicapées adultes en situation de grande dépendance aux services sociaux adaptés à leurs besoins et, d'autre part, il n'existe pas d'institutions donnant des conseils, informations et aides personnelles aux personnes handicapées adultes en grande dépendance dans la Région de Bruxelles-Capitale (Conclusions 2017) ;
- à l'article 15§1 et à sa conclusion selon laquelle le droit des personnes handicapées à l'intégration dans l'éducation en milieu ordinaire n'est pas effectivement garanti (Conclusions 2016).

Dans sa réponse aux commentaires du Service de la lutte contre la pauvreté et la précarité sociale, le Gouvernement indique que l'Etat fédéral a mis en place une coordination entre les différents ministères afin de pouvoir harmoniser les différentes législations en matière d'assistance sociale et que les compétences concernant la lutte contre la pauvreté sont réparties entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, notamment (1) pour les mesures d'énergie, (2) la participation et l'activation sociale, et (3) la lutte contre l'absence de logement (sans-abri). Le Comité demande que le prochain rapport explique comment le gouvernement fédéral coordonne les mesures et les efforts déployés pour parvenir à l'« approche globale et coordonnée » requise par l'article 30 de la Charte.

Sur la base de ce qui précède, le Comité considère que la situation demeure contraire à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Contrôle et évaluation

Le Comité prend note des informations communiquées sur le suivi et l'évaluation de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Il relève ainsi qu'en Flandre, le plan de lutte contre la pauvreté fait l'objet d'un suivi biennal. La Communauté germanophone s'est dotée, dans un but similaire, d'un « Observatoire de la pauvreté » qui vise à évaluer régulièrement les indicateurs de pauvreté. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations pertinentes en ce qui concerne les activités de suivi menées par la région de la Wallonie.

Le Comité note que le rapport ne contient aucune information sur le rôle de coordination des autorités fédérales belges en matière de suivi et d'évaluation de la pauvreté et de l'exclusion sociale au niveau national. Il demande au gouvernement de la Belgique que le prochain rapport contienne des informations pertinentes sur ce point, y compris sur le dialogue établi

avec la société civile ainsi qu'avec les personnes affectées par la pauvreté et l'exclusion sociale (voir également l'Observation interprétative de l'article 30 – Conclusions 2013).

Le Comité renvoie à la décision sur le bien-fondé rendue le 21 mars 2010 dans la réclamation collective n° 62/2010, Fédération internationale des droits de l'homme (FIDH) c. Belgique, ainsi qu'à la Résolution ResChS(2013)8 du Comité des Ministres. Dans ladite décision, le Comité a estimé qu'il y avait eu violation de l'article E combiné à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existait pas de politique globale coordonnée, notamment en matière de logement, à l'égard des Gens du voyage, pour prévenir et combattre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le 12 décembre 2015, les informations communiquées par les autorités belges concernant le suivi de cette décision ont fait apparaître que la situation n'avait pas été rendue conforme à la Charte. Le Comité examinera à nouveau le suivi sur la base du prochain rapport simplifié qui sera soumis par la Belgique en octobre 2017.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

BOSNIE-HERZEGOVINE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Bosnie-Herzégovine, qui a ratifié la Charte le 7 octobre 2008. L'échéance pour remettre le 7e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Bosnie-Herzégovine l'a présenté le 20 février 2017. Le 6 septembre 2017, une demande d'informations supplémentaires concernant les articles 7§3, 7§8, 8§2, 8§4 et 16 a été adressée au Gouvernement qui n'a pas transmis de réponse.

Conformément à la procédure adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196e réunion des Délégués les 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 Bosnie-Herzégovine a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 3, l'article 12§§3 et 4, l'article 13§4 et l'article 30.

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

Les Conclusions relatives à la Bosnie-Herzégovine concernent 11 situations et sont les suivantes :

– 6 conclusions de non-conformité : articles 11§2, 11§3, 12§1, 12§2, 13§1 and 13§3.

En ce qui concerne les 5 autres situations, relatives aux articles 11§1, 13§2, 14§1, 14§2 et 23, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Bosnie-Herzégovine en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des enfants et des adolescents à la protection – interdiction du travail des enfants soumis à l'instruction obligatoire (article 7§3),
- droit des enfants et des adolescents à la protection – interdiction du travail de nuit (article 7§8),
- droit des travailleuses à la protection de la maternité – illégalité du licenciement durant le congé de maternité (article 8§2),
- droit des travailleuses à la protection de la maternité – réglementation du travail de nuit (article 8§4),
- droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté 5 conclusions de non-conformité

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),

- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 l'orientation professionnelle (article 9).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 11 décembre 2017. Les conclusions relatives aux articles concernés seront publiées en janvier 2109.

* * *

*

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

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 Bosnie-Herzégovine.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance atteignait 76,64 ans en 2015. L'espérance de vie moyenne à la naissance, qui, la même année, était de 80,6 ans dans les 28 États membres de l'Union européenne, restait donc inférieure à celle des autres pays européens en Bosnie-Herzégovine.

Le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) était de 11 en 2015.

Le Comité relève que le taux de mortalité infantile a baissé de 6,4 enfants décédés pour 1 000 enfants nés vivants en 2011 à 6 enfants décédés en 2015, taux supérieur à celui d'autres pays européens.

Pendant la période de référence, le taux de mortalité maternelle est passé de 12 (en 2012) à 11 (en 2015) pour 100 000 naissances vivantes, un taux supérieur à celui observé dans d'autres pays européens.

Dans la conclusion précédente (2013), le Comité a noté qu'il y avait eu une augmentation du taux de mortalité due à une augmentation des néoplasmes malins et des maladies des systèmes circulatoires qui étaient les causes les plus fréquentes de mortalité. Le Comité a demandé que le prochain rapport indique quelles mesures sont prises pour lutter contre ces causes de mortalité. Le rapport indique que les maladies cardiovasculaires représentent 57 % de l'ensemble des causes de décès consignées pour les femmes et 50 % pour les hommes. La deuxième principale cause de décès était le cancer, pour 17 % des femmes et 22 % des hommes. Ces deux types de maladies représentaient près des ¾ des causes de décès. Il relève que dans plusieurs domaines, des textes de loi et des plans d'action en matière de santé publique ont été adoptés mais n'ont pas encore été mis en œuvre. Le Comité a demandé qu'il soit rendu compte des mesures prises pour lutter contre ces causes de mortalité.

Le Comité prend note des mesures spécifiques visant à faire reculer la mortalité infantile et maternelle décrites dans le rapport. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur leur mise en œuvre et leurs effets concrets.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les taux susmentionnés et les mesures prises pour les réduire.

Accès aux soins de santé

Le Comité a noté dans les Conclusions 2013 que le système de santé de Bosnie-Herzégovine est décentralisé et que les entités – la Fédération de Bosnie-Herzégovine (FBiH), la Republika Srpska (RS) et le District de Brcko (BD) – sont responsables du financement, de l'organisation et de la fourniture des services de soins de santé. Le système de santé de la Fédération de Bosnie-Herzégovine est fondé sur le principe de la décentralisation, avec une large autonomie laissée aux cantons, tandis que le système de santé de la Republika Srpska est centralisé. Le District de Brcko possède son propre système de soins de santé.

Selon le rapport, en 2012 la couverture de l'assurance maladie était de 84,55 % en Bosnie-Herzégovine, de 84,55 % dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine et de 70 % dans la Republika Srprska et le District de Brčko. Dans les deux entités (FBiH et RS) et le District de Brčko, on constate une diminution sensible de la population couverte par l'assurance maladie.

En Bosnie-Herzégovine, de 2009 à 2013, les dépenses totales de santé en part de PIB sont restées stables à environ 9,2 %, pourcentage inférieur à la moyenne de l'UE. Les dépenses publiques de santé ont représenté 6,6 % du PIB en 2012 et 6,7 % en 2013, et les dépenses privées 2,8 % du PIB en 2012 comme en 2013. Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que 38,7 % des dépenses totales de soins de santé étaient des dépenses privées, soit des dépenses entièrement prises en charge par les patients. Le Comité a demandé au Gouvernement d'expliquer ce pourcentage élevé de dépenses privées, à savoir si cela signifie que certains services de santé ne sont pas publiquement financés et n'entrent pas dans le système de santé public. Le rapport souligne la nécessité d'une participation des patients aux frais médicaux, étant donné que les fonds issus des cotisations d'assurance maladie ne suffisent pas à couvrir l'intégralité des coûts de l'ensemble des services. Le Comité constate qu'en 2014 la part des dépenses de santé prises en charge par les patients était de 27,9 % ce qui demeure élevée.

Le rapport décrit le système de santé en vigueur dans chacune des entités. Dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, les soins de santé sont du ressort des établissements de soins de santé, des cabinets médicaux privés, des caisses d'assurance maladie, de l'Agence pour la qualité et l'homologation des soins de santé de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, des centres de santé, des employeurs, des établissements scolaires et autres institutions, des organisations humanitaires, religieuses, sportives et autres. Les collectivités locales, conformément à leurs obligations et droits établis, veillent également à créer des conditions favorables à la fourniture de soins de santé sur leur territoire. Le Comité prend note des principales lois en vigueur en Fédération de Bosnie-Herzégovine dans le domaine de la santé et des diverses structures sanitaires existantes. Il note également que des listes d'attente ont été établies pour les services de soins de santé financés par l'Institut fédéral d'assurance maladie et correspondant aux cas suivants : sclérose en plaques, certaines chimiothérapies prescrites dans le cadre de régimes spéciaux, cardiologie invasive et interventionnelle et chirurgie cardiovasculaire. Ces listes d'attente ont été créées en raison du manque de ressources financières de l'Institut et de l'augmentation du nombre de patients souffrant de ces maladies.

En ce qui concerne la Republika Srpska, conformément à la loi relative à l'assurance maladie, tous les citoyens sont couverts par l'assurance maladie obligatoire de la Republika Srpska. En vertu du principe d'obligation, tous les citoyens sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie selon les conditions prévues par la loi.

Dans le District de Brcko, tous les résidents ont accès aux services de santé dans le cadre du système de médecine familiale, le territoire étant couvert par trois centres de soins de santé et 32 centres de consultation. Un plan envisage le déploiement équilibré des services de médecine familiale sur l'ensemble du territoire du District, qui à terme devrait être couvert par 40 centres de consultation.

Le Comité rappelle que les modes d'accès aux soins ne doivent pas entraîner des retards indus dans la fourniture des soins. Il souligne qu'il sera particulièrement attentif à ce que l'accès aux traitements soit fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en termes de qualité de vie (Conclusions XV-2 (2001), Royaume-Uni).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si la forte décentralisation était source de problèmes du point de vue du système de santé et notamment si et comment les entités et les cantons collaboraient dans le domaine de la santé. Il a également demandé si la répartition géographique des services de santé dans les entités et les cantons permettait un accès équitable aux soins de santé dans tout le pays. Enfin, il a demandé des informations précises sur le délai d'attente moyen pour une prise en charge à l'hôpital et pour une première consultation de soins primaires, de façon à démontrer que les soins de santé sont accessibles sans délais d'attente excessifs. Le rapport ne contient aucune information à ce sujet, à l'exception des informations concernant

FBiH. Le Comité relève cependant dans le rapport 2013 pour la Bosnie-Herzégovine établi par les services de la Commission européenne qu'aucune mesure n'a été prise pour réduire la fragmentation de l'ensemble du système de santé et harmoniser les réformes, et que la mise en œuvre des stratégies des entités en matière de santé est lente.

Le Comité relève dans le rapport 2015 établi par les services de la Commission européenne que les progrès ont été minimes en matière de santé. L'action limitée dans ce domaine compromet particulièrement l'intégration socio-économique des Roms, qui demeurent la minorité la plus vulnérable et défavorisée du pays. Le manque de données fiables entrave l'élaboration efficace de politiques. L'intégration sociale des Roms requiert une approche plus globale et intégrée. Les plans d'action sur la santé et l'emploi n'ont pas encore été entièrement mis en œuvre. La couverture maladie des Roms doit être sensiblement améliorée. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des commentaires sur ces informations.

Le Comité constate également, d'après la même source, que les personnes déplacées de retour dans le pays rencontrent toujours des obstacles dans l'accès aux soins. Il demande par conséquent que le rapport suivant contienne des informations sur ce point.

En réponse à la demande d'information du Comité concernant l'existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes (Conclusions 2009 et Conclusions 2013), le rapport fournit des renseignements détaillés sur l'éventail des possibilités et des traitements offerts.

Le Comité demande que le prochain rapport relatif à l'article 11§1 contienne des informations concernant l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement.

Le Comité demande que le prochain rapport relatif à l'article 11§1 contienne des informations concernant l'offre de soins et traitements dentaires (par exemple, qui a droit à des soins dentaires gratuits, coût des principaux traitement et proportion des paiements directs des patients).

S'agissant du droit à la protection de la santé des personnes transgenres, le Comité a reçu des observations de l'ILGA (International Lesbian and Gay Association – Région Europe) indiquant qu'« en Bosnie-Herzégovine les personnes transgenres doivent suivre des traitement médicaux (dont la stérilisation) pour la reconnaissance juridique de l'identité de genre ». L'ILGA affirme en outre que « les autorités ne fournissent pas les équipements nécessaires aux traitements de conversion sexuelle (ou la possibilité d'un traitement à l'étranger) et ne s'assurent pas que l'assurance maladie couvre tout ou partie de ces traitements médicalement nécessaires en vertu de la non-discrimination ». Il ressort du rapport qu'il n'est pas pratiqué d'interventions chirurgicales visant une réattribution sexuelle en Bosnie-Herzégovine et que ces interventions sont effectuées en Serbie et en Slovénie.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Bosnie-Herzégovine.

Education et sensibilisation de la population

Le rapport précise que l'Institut fédéral de santé publique et les instituts cantonaux de santé publique ont pour rôle, conformément à la législation, de réaliser les objectifs de santé publique dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine. Dans le cadre de leur mandat, ils s'emploient actuellement à renforcer les programmes de promotion et de prévention et les actions de sensibilisation à l'importance de la santé. Des programmes intersectoriels de prévention et de promotion tenant compte des priorités de santé publique et financés par les budgets cantonaux sont mis en œuvre aux niveaux cantonal et municipal. Les municipalités (collectivités locales) mettent également en place des programmes de développement local assortis de plans opérationnels appropriés. La qualité de vie, la santé et l'égalité d'accès à la santé et au bien-être, qui comptent parmi les objectifs des projets et plans opérationnels, ne sont pas conçus en tant qu'objectifs distincts, mais sont intégrés dans une série de programmes et de projets portant sur les transports, la protection de l'environnement, la gestion des eaux usées, le contrôle de la pollution de l'air et la prévention de la violence des jeunes.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations actualisées sur l'ensemble des activités mises en œuvre par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies. Il a aussi demandé si l'éducation à la santé à l'école était obligatoire, comment elle s'inscrivait dans les programmes scolaires (matière à part entière ou intégrée dans d'autres matières) et quel était le contenu de l'éducation à la santé.

Le Comité rappelle que l'information du public, notamment à travers des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de santé publique. L'étendue précise de ces activités peut varier en fonction de la nature des problèmes de santé publique dans les pays concernés (Conclusions 2007, Albanie). Des mesures devraient être prises pour prévenir les activités dommageables pour la santé, telles que le tabac, l'alcool et les drogues, et développer un sentiment de responsabilité individuelle, notamment en matière d'alimentation saine, de sexualité et d'environnement (Centre international pour la protection juridique des Human Rights (INTERIGHTS) c. Croatie, réclamation n ° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, §43). Le rapport ne contenant pas les informations demandées, le Comité renouvelle ses questions.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité rappelle que l'article 11§2 exige des États qu'ils prévoient des consultations et dépistages gratuits et réguliers pour les femmes enceintes et les enfants sur l'ensemble de leur territoire. De plus, une surveillance médicale gratuite doit être organisée pour les enfants pendant toute la scolarité. Le Comité relève dans le rapport sur la Bosnie-Herzégovine établi en 2015 par la Commission européenne que les enfants n'ont accès à des soins de santé primaire gratuits que si les instituts cantonaux de santé ont passé contrat avec les établissements locaux de santé primaire pour qu'ils offrent de tels services – ce qui n'est, dans la pratique, pas systématique. Le Comité demande que des informations à ce sujet figurent dans le prochain rapport, en précisant la fréquence des examens médicaux à l'école, leurs objectifs, la proportion d'élèves concernés et les ressources en personnel mises à disposition.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a rappelé qu'en vertu de la présente disposition, des dépistages du cancer, des maladies cardiovasculaires et des autres maladies considérées comme des causes majeures de décès devaient être organisés, si possible systématiquement. La prévention par le dépistage devait contribuer effectivement à

l’amélioration de la santé de la population. Le rapport souligne que la Stratégie 2012-2020 pour la prévention, le traitement et le contrôle des tumeurs malignes est le principal instrument visant à assurer le dépistage précoce des tumeurs malignes.

Le Comité relève dans le rapport établi en 2015 par la Commission européenne que le dépistage du cancer n’est pas assuré de manière systématique dans le pays.

Le rapport ajoute que l’une des priorités du programme relatif aux maladies rares mis en œuvre en Republika Srpska entre 2014 et 2020 est d’améliorer la prévention des maladies génétiques rares en organisant des dépistages à grande échelle et en attirant l’attention des professionnels et du grand public sur l’importance de ces maladies rares et leur impact sur la santé de la population.

Le Comité demande que le prochain rapport précise les conditions d’accessibilité à ce dépistage, la proportion de personnes concernées et la fréquence de ces examens.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n’est pas conforme à l’article 11§2 de la Charte au motif que les programmes de dépistage ne sont pas systématiques dans le pays.

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 Bosnie-Herzégovine.

Environnement sain

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les structures institutionnelles pour la mise en œuvre de la législation en vigueur. Il souhaitait également recevoir des informations à jour sur les niveaux de pollution de l'air, de la contamination de l'eau potable et de l'intoxication alimentaire au cours de la période de référence, à savoir si les tendances de ces niveaux augmentaient ou diminuaient. Le rapport ne fournit pas cette information. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Le Comité souligne que, si cette information n'est pas fournie dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

En l'absence d'informations pertinentes dans le rapport, le Comité se réfère au rapport pour la Bosnie-Herzégovine établi en 2015 par les services de la Commission européenne.

Le Comité note que s'agissant de la **qualité de l'air,** les systèmes de planification et de surveillance doivent être modernisés. Le Comité relève en outre, toujours d'après la même source, qu'aucune stratégie de **gestion des déchets** à l'échelle nationale n'a encore été préparée, pas plus que la planification stratégique des investissements y afférents. Des plans municipaux de gestion des déchets ont été élaborés mais n'ont pas encore été mis en œuvre. S'agissant de la **qualité de l'eau**, le pays ne s'est toujours pas doté d'une politique de gestion de l'eau cohérente et harmonisée à l'échelle nationale, qui engloberait des textes d'application, la surveillance de la qualité des eaux et des plans de gestion des bassins fluviaux. La capacité du pays à mettre en œuvre l'acquis communautaire en matière d'eau reste insuffisante. L'investissement en infrastructure a permis quelques améliorations en matière d'accès à l'eau potable et également en ce qui concerne les rejets d'eaux usées. S'agissant du contrôle de la pollution industrielle et de la gestion des risques, la Bosnie-Herzégovine travaille à l'élaboration d'un plan national de réduction des émissions. Il conviendrait par ailleurs d'intensifier les efforts en matière de prévention du bruit.

Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que des mesures adéquates ont été prises pour garantir un environnement sain.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le rapport indique que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac a été ratifiée par la Bosnie-Herzégovine en juillet 2009. Une législation conforme à la convention visant à limiter la consommation de produits du tabac et à interdire la vente de tels produits aux moins de 18 ans a par la suite été adoptée dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine. Dans la conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé s'il existait un cadre juridique similaire dans les autres entités et cantons. Plus généralement, il a demandé à recevoir des informations sur l'état de la législation concernant les environnements sans tabac et les mises en garde sanitaires sur les emballages des produits du tabac, et si la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac étaient interdits dans tout le pays.

La loi interdisant la consommation de produits tabagiques dans les lieux publics (Journal officiel de la Republika Srprska, 46/04, 74/04, 92/09) vise à protéger les non-fumeurs et les groupes à risque, comme les mineurs, les femmes enceintes ou les personnes âgées, contre le tabagisme passif. Pour mettre en œuvre des mesures préventives et améliorer la santé des moins de 18 ans en les protégeant des effets nocifs desdits produits, une loi interdit la vente et la consommation de tabac et de produits tabagiques aux moins de 18 ans. Il est en outre interdit de vendre ou de donner des produits tabagiques dans certains lieux. Le rapport indique qu'il ressort de l'enquête de 2011 sur la santé de la population

menée par l'Institut de santé publique de la Republika Srprska que 53,6 % des adultes sont exposés à la fumée du tabac sur le lieu de travail et que 80,7 % de la population est exposée au tabac dans les lieux publics. Le pourcentage de la population n'ayant jamais consommé de tabac s'élève à 52,2 %, mais 28,7 % de la population adulte fume quotidiennement. Le nombre moyen d'années pendant lesquelles une personne fume est de 20,2 ans. Le Comité demande des éclaircissements sur les chiffres ci-dessus indiquant que les lieux de travail en RS ne sont pas non-fumeurs. En conséquence, le Comité réserve sa position sur ce point.

S'agissant du tabagisme, le Comité rappelle que les mesures antitabac sont particulièrement pertinentes du point de vue de la conformité avec l'article 11, étant donné que le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans les pays développés. Pour être efficace, toute politique de prévention doit restreindre l'offre de tabac par une réglementation de la production, de la distribution, de la publicité et des prix (Conclusions XVII-2 (2005), Malte). Doivent notamment être prévues l'interdiction de vendre du tabac aux jeunes (Conclusions XVII-2, Portugal), l'interdiction de fumer dans les lieux publics (Conclusions 2012, Andorre), y compris les transports, et l'interdiction de la publicité par voie d'affichage et dans la presse écrite (Conclusions XV-2 (2001), Grèce). Le Comité apprécie l'efficacité de ces mesures à la lumière des statistiques de la consommation de tabac. Le Comité réitère sa demande que le prochain rapport contienne des informations sur les taux de prévalence du tabagisme dans les autres Entités et cantons. Il demande également que le prochain rapport contienne des informations sur le cadre juridique en vigueur dans les Entités.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé quelles lois et politiques sont en vigueur concernant la consommation d'alcool et, en particulier, quel est l'âge minimum légal pour acheter des boissons alcoolisées et s'il existe des règles juridiquement contraignantes sur la publicité pour les boissons alcoolisées. Il a également demandé des informations sur les tendances de la consommation. Le rapport ne répond pas à ces questions. Il indique seulement que, parmi les catégories de la population qui consomment de l'alcool, 16,8 % en font une consommation quotidienne. Un consommateur d'alcool boit en moyenne 17 doses hebdomadaires de boissons alcoolisées (bière, vin, alcools, liqueurs et cocktails). Par conséquent, le Comité réitère sa question et demande en particulier quel est l'âge minimum légal pour l'achat de boissons alcoolisées dans le pays.

Le rapport fournit des informations détaillées concernant la drogue. La loi relative à la prévention et à l'élimination de la toxicomanie, adoptée en vue de mettre en œuvre les conventions des Nations Unies dans ce domaine, a été suivie par le lancement d'une Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la toxicomanie en Bosnie-Herzégovine pour la période 2009-2013. Selon une enquête, 4,8 % de la population adulte consomme une substance psychoactive (Diazépam, Tramadol et amphétamines – 2,8 % ; marijuana – 0,8 % ; colle – 0,7 % ; hachich – 0,2 % ; héroïne – 0,2 %). Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de cette politique, notamment de son impact sur l'évolution de la consommation de drogue.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note des taux de couverture vaccinale des enfants dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, qui, pour tous les vaccins à l'exception d'un seul, sont faibles, soit inférieurs à 90 %. Le Comité demandait si des mesures étaient prises pour accroître les taux de couverture. Il a également souhaité recevoir des informations sur les programmes de vaccination dans les autres Entités et les cantons. D'après les indicateurs de la Banque mondiale, le Comité note que le taux de couverture vaccinale en Bosnie-Herzégovine pendant la période de référence est resté inférieur à 90 %. Le rapport fournit des informations sur le taux de couverture vaccinale uniquement en RS. Par conséquent, le Comité demande que le prochain rapport indique le taux de couverture vaccinale au niveau de l'Etat et pour chaque Entité. Le Comité souligne que, si cette

information n’est pas fournie dans le prochain rapport, rien ne permettra d’établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a également demandé à être tenu informé des résultats du plan national de lutte contre la pandémie de grippe et de la stratégie de lutte contre le sida. Le rapport ne contient pas cette information. Le Comité réitère donc sa demande.

Accidents

Le Comité note que les États doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principaux types d’accidents couverts sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents durant les loisirs (Conclusions 2005, République de Moldova). Selon le rapport, il existe un cadre juridique dans les différentes entités avec des mesures visant à prévenir les accidents de la circulation, les accidents domestiques et les accidents similaires. Une stratégie de sécurité routière et un plan d’action connexe doivent encore être adoptés. Le Comité demande à être informé des autres types d’accidents, y compris les accidents domestiques, les accidents à l’école et les accidents pendant les loisirs.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n’est pas conforme à l’article 11§3 de la Charte au motif qu’il n’est pas établi que des mesures ont été prises pour garantir un environnement sain.

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 Bosnie-Herzégovine.

Il relève dans ledit rapport que les règles applicables au niveau étatique et celles applicables aux niveaux infra-étatiques de gouvernement, soit dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, en Republika Srprska et dans le District de Brčko, diffèrent.

S'agissant des prestations familiales et des prestations de maternité, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses précédentes conclusions pour une description du système de sécurité sociale mis en place en Bosnie-Herzégovine ainsi que des textes de loi y afférents en vigueur dans les différentes entités, et prend note des évolutions législatives mentionnées dans le rapport pour chacune d'elles. Il constate que le système de sécurité sociale bosniaque continue de couvrir la totalité des risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail / maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget des différentes entités.

Selon des statistiques officielles (données ONU), la population totale de la Bosnie-Herzégovine était estimée, en 2016, à 3 802 000 habitants ; l'Enquête sur la population active réalisée en 2016 avance le chiffre de 1 074 000 personnes économiquement actives (801 000 exerçant un emploi, dont 606 000 salariés, 168 000 travailleurs indépendants et 27 000 travailleurs familiaux, et de 273 000 chômeurs – les inactifs en âge de travailler étant quant à eux 1 415 000).

En Bosnie-Herzégovine, l'**assurance soins de santé** n'est pas régie par l'Etat ; elle est gérée par les entités et, dans le cas de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, par les cantons. Le Comité relève dans la base de données Missceo et dans le rapport que le régime obligatoire d'assurance soins de santé couvre, dans chacune des trois entités, les salariés, les travailleurs indépendants et les membres de famille dont ils ont la charge, ainsi que les agriculteurs, les bénéficiaires de pensions et, sous certaines conditions, les chômeurs ou autres bénéficiaires de prestations sociales. En outre, d'autres catégories de personnes sont couvertes, selon les entités, par un régime d'assurance obligatoire ou étendu, ou par une assurance qu'ils peuvent volontairement contracter. Le rapport n'indique cependant pas, bien que le Comité le lui ait demandé, quel est le pourcentage de la population totale effectivement couvert dans chaque entité. Le Comité note en outre que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU a, dans ses observations finales 2013, attiré l'attention sur les disparités constatées entre les trois entités, ainsi qu'entre les cantons au sein de la Fédération, en matière d'exercice des droits économiques et sociaux, en particulier pour ce qui concerne la protection sociale, les services sociaux et l'accès aux soins de santé. Ce même Comité a notamment recommandé de redoubler d'efforts pour garantir l'égalité d'accès des groupes défavorisés et marginalisés aux services de soins de santé et à une assurance maladie appropriée sur l'ensemble du territoire de l'Etat, notamment par une harmonisation de son système de soins de santé, et de veiller à ce que l'accord conclu entre les entités sur l'assurance maladie soit effectivement appliqué afin de garantir que ceux qui se déplacent d'une entité à l'autre bénéficient de soins de santé. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur ces points.

S'agissant des autres branches de la sécurité sociale, le rapport indique qu'en 2015, la Fédération de Bosnie-Herzégovine comptait (moyenne mensuelle) 10 459 chômeurs indemnisés, 257 735 bénéficiaires de soins de santé, 445 titulaires de prestations de

pension/invalidité et 42 019 titulaires d'allocations personnelles d'invalidité. En Republika Srprska, on dénombrait 14 011 chômeurs indemnisés en 2014.

Le Comité rappelle que l'article 12§1 consacre le droit à la sécurité sociale pour les travailleurs et leurs ayants droit, y compris les travailleurs indépendants, et que les Etats parties doivent garantir ce droit par la mise en place d'un système de sécurité sociale établi en droit et fonctionnant en pratique. Ainsi, le régime des soins de santé ne doit pas profiter seulement aux personnes engagées dans une relation de travail ; il doit couvrir un pourcentage significatif de la population. Le système de sécurité sociale doit par ailleurs couvrir un pourcentage significatif de la population active pour ce qui concerne les prestations servies en remplacement des revenus, à savoir les prestations de maladie, de maternité, de chômage, les pensions et les prestations servies en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Faute de trouver dans le rapport les informations demandées quant au nombre total de personnes assurées contre chaque risque au regard de la population active dans les trois entités, le Comité considère qu'il n'est pas établi que les régimes existants de sécurité sociale couvrent un pourcentage significatif de la population active.

Caractère suffisant des prestations

En ce qui concerne les prestations de chômage, le Comité a précédemment jugé la situation non conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que la durée de service des allocations (trois mois pour cinq années de cotisation) était trop courte (Conclusions 2013). Il note que la situation n'a évolué dans aucune des entités (voir les précisions ci-après) et maintient par conséquent son constat de non-conformité sur ce point.

- Dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, l'article 29 de la loi sur la médiation en matière d'emploi et de sécurité sociale des chômeurs ouvre droit au versement de prestations de chômage dès lors que l'intéressé a acquitté des cotisations au cours d'au moins huit des dix-huit derniers mois. Aux fins de la détermination des droits à indemnisation, une période de douze mois est comptabilisée comme une année de travail et le travail à temps partiel est converti en travail à temps complet. Les allocations de chômage correspondent à 40 % du salaire net moyen perçu dans la Fédération au cours des trois mois précédant la fin du contrat de travail et sont versées pendant trois mois en cas de durée de cotisation comprise entre huit mois et cinq ans, et jusqu'à 24 mois si la durée de cotisation est supérieure à 35 ans. D'après les informations communiquées au Comité gouvernemental (Rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013), la législation ne prévoit pas de période initiale durant laquelle un chômeur peut refuser un emploi ou une formation qui ne correspond pas à ses compétences sans perdre ses droits aux prestations de chômage. Le rapport indique à cet égard que les allocations de chômage cessent d'être versées si l'intéressé refuse, sans motif valable, un emploi convenable. Le Comité demande que le prochain rapport précise ce que l'on considère comme un « emploi convenable » et quelles sont les voies de recours offertes pour contester une décision ayant pour effet de priver un chômeur de ses droits à indemnisation.
- En Republika Srprska, il faut, pour avoir droit aux prestations de chômage, justifier d'une période ininterrompue d'au moins huit mois de travail au cours des douze derniers mois ou de douze mois de travail au cours des dix-huit derniers mois. Les travailleurs indépendants ont droit eux aussi à des prestations de chômage si leur activité a pris fin pour des raisons économiques ou technologiques. La durée d'indemnisation dépend de la période de cotisation à la caisse d'assurance : elle sera d'un mois si l'intéressé a à son actif douze mois de cotisation ou moins, de deux mois s'il a cotisé entre un et deux ans, de trois mois s'il a cotisé entre deux et cinq ans, de six mois s'il a cotisé entre cinq et quinze

ans, de neuf mois s'il a cotisé entre quinze et 30 ans, et de douze mois s'il compte plus de 30 années de cotisation. Le montant des allocations correspond à 35 ou 40 % du salaire net moyen versé au cours des trois derniers mois d'emploi, selon que l'intéressé justifie de moins ou de plus de quinze années d'activité ouvrant droit à pension. D'après les informations communiquées au Comité gouvernemental (Rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013), les allocations ne peuvent être inférieures à 30 % ni supérieures à 100 % du salaire net moyen versé en Republika Srprska l'année précédente.

- Dans le District de Brčko, d'après les informations communiquées au Comité gouvernemental (Rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013), les travailleurs ayant cotisé au moins cinq années ont droit à des prestations de chômage et autres droits connexes pour une durée de trois mois ; la durée de service des prestations est de six mois si l'intéressé justifie de cinq à quinze années de cotisation, de neuf mois s'il a cotisé entre quinze et 25 ans, et de douze mois s'il a à son actif plus de 25 années de cotisation. Il peut être mis fin au versement des prestations de chômage avant que le droit d'indemnisation ne soit échu en cas, notamment, de refus injustifié ou d'interruption délibérée d'une formation, ou de refus, « sans raison valable, d'une offre d'emploi proposée au chômeur sur son lieu de résidence ou dans un rayon de 50 kilomètres, dès lors que cet emploi correspond aux qualifications et capacités professionnelles de l'intéressé ». Le droit à indemnisation ne s'éteint pas si l'intéressé refuse un emploi qui ne correspond pas à ses qualifications et capacités professionnelles, ou qui se trouve à plus de 50 kilomètres de son lieu de résidence. Les allocations représentent 35 ou 40 % du salaire net moyen versé au cours des trois derniers mois d'emploi, selon que l'intéressé justifie de moins ou de plus de dix années d'activité ouvrant droit à pension. Leur montant ne peut être inférieur à 20 % ni supérieur à 100 % du salaire net moyen versé dans le District de Brčko l'année précédente. La prestation minimale de chômage correspond donc à 20 % du salaire net moyen.

En ce qui concerne les prestations de **maladie**, le Comité prend note des informations ci-après.

- Dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, les salariés affiliés au régime obligatoire d'assurance maladie peuvent prétendre à des prestations de maladie. Celles-ci consistent en une indemnité salariale calculée sur la base de la rémunération versée à l'assuré le mois précédant l'apparition de la maladie ou, si l'intéressé n'a perçu aucune rémunération durant le mois de référence, sur la base du salaire moyen pratiqué dans le canton où il réside. Elles représentent 80 % de l'assiette d'indemnisation retenue, mais ne peuvent être inférieures au salaire minimum versé au cours du mois de référence. Elles atteignent 100 % de l'assiette d'indemnisation si l'incapacité temporaire de travail résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, d'une grossesse et d'un accouchement, ou de la transplantation de tissus ou organes pour autrui.
- En Republika Srprska, l'indemnité salariale est versée par l'employeur durant les 30 premiers jours de l'arrêt maladie, la Caisse d'assurance maladie prenant ensuite le relais pour une durée maximale de douze mois. Son montant est calculé sur la base de la rémunération nette que le travailleur aurait perçue s'il avait pu exercer normalement son activité, mais ne peut être supérieur à la rémunération retenue pour le calcul des cotisations à acquitter.
- Le Comité relève dans la base de données Missceo que, dans le District de Brčko, l'indemnité correspond à 80 % de la rémunération nette perçue le mois précédent et atteint 100 % si l'incapacité résulte d'un accident du travail.

En ce qui concerne les prestations de **vieillesse**, le Comité renvoie à son évaluation dans le cadre de l'article 23.

Le rapport ne contient aucune information concernant les prestations contributives octroyées en cas d'**invalidité** ou d'**accident du travail et de maladie professionnelle** (en dehors des allocations d'invalidité non contributives et autres indemnités servies aux victimes de guerre). Le Comité demande que ces informations figurent dans le prochain rapport.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a rappelé que, lorsque l'indicateur de risque de pauvreté établi par Eurostat n'est pas disponible, il utilise la valeur monétaire du seuil de pauvreté pour apprécier le caractère suffisant des prestations et juge la situation conforme à la Charte lorsque le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus (vieillesse, maladie et chômage) n'est pas inférieur au seuil de pauvreté. Il a donc estimé que, dans l'hypothèse où les informations concernant le montant minimum des prestations et le seuil de pauvreté ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à la Charte. Il a par ailleurs demandé des informations concernant le montant du salaire minimal versé dans chacune des entités au cours de la période de référence. Le rapport ne contenant pas les informations requises, le Comité renouvelle sa demande et rappelle que tous les rapports relatifs à l'article 12§1 doivent systématiquement renseigner les montants minima et la durée de service de toutes les prestations de sécurité sociale. Entre-temps, il considère qu'il n'est pas établi que les prestations de sécurité sociale soient d'un niveau suffisant.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que les régimes existants de sécurité sociale couvrent un pourcentage significatif de la population active ;
- la durée de service des allocations de chômage servies aux personnes ayant à leur actif jusqu'à cinq années de cotisation est trop courte ;
- il n'est pas établi que les prestations de sécurité sociale soient d'un niveau suffisant.

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 Bosnie-Herzégovine.

Le Comité constate que la Bosnie-Herzégovine n'a pas ratifié le Code européen de sécurité sociale. Il ne peut donc prendre en considération d'autres sources telles que les résolutions du Comité des Ministres sur la conformité des Etats liés par le Code.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT relative à la sécurité sociale, soit au moins six des neufs parties, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux parties et la vieillesse pour trois).

Le Comité note que la Bosnie-Herzégovine a accepté les parties II à VI, VIII et X de ladite Convention. La partie VI ne lui est plus applicable du fait de la ratification de la Convention n° 121.

Le Comité, dans sa dernière évaluation (Conclusion 2013), souhaitait être informé des réponses à la Question directe posée par la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) publiée en 2013 (102e session de la CIT). Le Comité note que le rapport actuel fait référence à la soumission à l'OIT du rapport sur l'application de la Convention n° 102 et il fournit des informations sur le cadre juridique en Bosnie-Herzégovine, qui est décrit plus en détail sous l'article 12§1.

Le Comité rappelle qu'afin de lui permettre d'apprécier si le régime de sécurité sociale est d'un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code, des informations approfondies doivent lui être communiquées concernant les branches couvertes, le champ d'application personnel et le niveau des prestations servies. Le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 12§1, dans laquelle il constate que le système de sécurité sociale bosniaque continue de couvrir la totalité des risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail / maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants).

Le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 12§1, dans laquelle il n'est pas établi que les régimes existants de sécurité sociale couvrent un pourcentage significatif de la population active. Le Comité renvoie aussi à sa conclusion relative à l'article 12§1 dans laquelle il n'est pas établi que les prestations de sécurité sociale soient d'un niveau suffisant. En tenant compte de son appréciation formulée au titre de l'article 12§1, le Comité considère qu'il n'est pas établi que la Bosnie-Herzégovine maintient un régime de sécurité sociale à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 12§2 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que la Bosnie-Herzégovine maintient un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

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 Bosnie-Herzégovine.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité note que, selon le rapport, les dispositions applicables au niveau de l'Etat et celles applicables aux niveaux infra-étatiques de gouvernance, à savoir dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, en Republika Srpska (RS) et dans le District de Brčko (BD), diffèrent.

Assistance sociale

Fédération de Bosnie-Herzégovine

La protection sociale est régie par la loi sur les principes de la protection sociale, la protection des victimes civiles de la guerre et la protection des familles avec enfants. Ce texte détermine la politique de protection sociale de la Fédération de Bosnie-Herzégovine. Les fonds servant au financement de la protection sociale proviennent des budgets des communes et cantons. Sont admises à bénéficier de prestations de sécurité sociale les personnes qui sont dans le besoin, en particulier les enfants privés de protection parentale, ainsi que les personnes handicapées, les personnes âgées qui n'ont pas de famille, les personnes qui ont un comportement jugé socialement inacceptable, etc. La législation cantonale fixe le montant de la pension permanente et de l'allocation pour soins, ainsi que les critères de ressources y afférents. Elle établit également le montant des allocations et prestations, les exigences requises et la procédure à suivre pour les percevoir.

Le Comité relève également dans le rapport que les différentes lois cantonales fixent les conditions de ressources à remplir pour avoir droit à une pension permanente. Le rapport reconnaît un manque d'harmonisation entre ces lois qui, de ce fait, n'accordent pas nécessairement la même protection sociale à tous les citoyens. Certains cantons ont retardé l'adoption de la loi et/ou adopté une loi non conforme aux principes de base et aux droits minima prévus par la législation fédérale. De plus, certains cantons ont adopté la loi sur la protection sociale, la protection des victimes civiles de la guerre et la protection des familles avec enfants, tandis que d'autres ont promulgué un texte ne régissant que la protection sociale. D'après le rapport, cela a conduit à une fragmentation du financement du régime de sécurité sociale de la Fédération de Bosnie-Herzégovine et l'a rendu discriminatoire pour ses bénéficiaires (traitement inégal fondé sur le canton de résidence).

Republika Srpska

La loi relative à la protection sociale réglemente le système de protection sociale, détermine les bénéficiaires du régime de sécurité sociale, définit les droits en matière de sécurité sociale, établit la procédure et les conditions d'octroi des prestations, régit les activités des établissements d'aide sociale et encadre le financement, le contrôle et d'autres questions touchant au fonctionnement et à la mise en œuvre de la protection sociale. D'après le rapport, la protection sociale est une activité jugée d'intérêt général pour la Republika Srpska, qui vise à apporter une aide aux personnes qui sont dans le besoin. L'état de besoin est la situation dans laquelle se trouve une personne qu'il convient d'aider à surmonter des difficultés d'ordre social ou autre, dès lors que ses besoins élémentaires ne peuvent être satisfaits par d'autres régimes de sécurité sociale.

Les bénéficiaires du système de sécurité sociale sont les individus, les membres de la famille ou la famille tout entière. L'exercice des droits se traduit par l'octroi de prestations en espèces, de services de sécurité sociale et d'autres mesures visant à répondre aux besoins élémentaires et à prévenir l'indigence. Outre les droits prévus par la loi précitée, d'autres droits et services peuvent être accordés par les collectivités locales qui fixent les conditions et critères en la matière. Aux fins de ladite loi, les prestations de protection sociale englobent

notamment des allocations, dont l'allocation de soins, des aides en espèces ponctuelles et des activités d'information et d'orientation.

D'après le rapport, le Gouvernement de la Republika Srpska a, par l'intermédiaire du ministère de la Santé et de la Protection sociale, considérablement amélioré et modernisé le système d'aide sociale et de protection de la famille et de l'enfance. Dans le cadre de la loi relative à la protection sociale adoptée en mars 2012, les montants des allocations versées aux bénéficiaires de la protection sociale ont été sensiblement relevés.

District de Brčko

La loi relative à la protection sociale définit les activités liées à l'assistance sociale. Le soutien matériel consiste notamment en une pension de base permanente, des allocations de soins et des aides financières ponctuelles. La pension de base permanente est une prestation pécuniaire correspondant à 21 % du salaire mensuel moyen perçu dans le District de Brcko le mois précédent – montant publié dans un rapport établi par l'antenne locale de l'Office de statistiques. Elle est octroyée aux personnes indigentes qui remplissent les conditions suivantes : résider sur le territoire du District de Brcko, être dans l'incapacité de travailler, ne disposer d'aucun revenu et ne pas avoir de proches ayant une obligation légale d'entretien. Pour déterminer si un individu peut y avoir droit, un critère de ressources est appliqué, conformément au code de procédure administrative du District de Brcko, consistant à recueillir les preuves des faits liés à l'exercice du droit et à vérifier la situation familiale du demandeur. La pension est versée mensuellement, à compter du premier jour du mois suivant celui où la demande a été faite. S'agissant des aides financières ponctuelles, elles ne peuvent dépasser le montant de la pension de base permanente ou de toute autre aide matérielle versée durant le mois en cours au titre de la loi relative à la protection sociale du District de Brcko ; elles peuvent être accordées à un même bénéficiaire jusqu'à trois fois par an. Les raisons les plus fréquemment invoquées pour demander une aide ponctuelle sont l'achat de médicaments ne figurant pas sur la liste des médicaments essentiels établie par la Caisse d'assurance maladie du District de Brcko, ainsi que l'achat de nourriture, de bois et de charbon.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13§1, le système d'assistance sociale doit être universel, c'est-à-dire que toute personne doit pouvoir obtenir des prestations au seul motif qu'elle est en situation de besoin. Il n'en sera pas moins proposé le cas échéant des prestations spécifiques pour les catégories les plus vulnérables de la population, tant que d'autres personnes n'entrant pas dans ces catégories, mais se trouvant néanmoins en situation de besoin, ont elles aussi droit à une assistance appropriée. Toute personne privée de ressources doit, au regard de l'article 13, bénéficier d'un droit subjectif à l'assistance sociale. Il doit exister un seuil précisément défini par la loi en-deçà duquel une personne est considérée comme étant en situation de besoin, ainsi qu'un noyau commun de critères sous-tendant l'octroi des prestations. Le texte de l'article 13§1 indique clairement que ce droit à l'assistance sociale constitue un droit individuel d'accès à l'assistance sociale dès lors que l'une des conditions premières pour en bénéficier est remplie, ce qui est le cas lorsque l'intéressé n'a pas d'autre moyen de se procurer un revenu minimum conforme à la dignité humaine.

Le Comité demande que le prochain rapport confirme que, dans toutes les Entités, l'assistance sociale constitue un droit subjectif reconnu à *chaque individu*, qu'il soit ou non capable de travailler et qu'il appartienne ou non à une catégorie vulnérable, au seul motif qu'il n'a aucun revenu et n'est pas en mesure de se procurer des ressources suffisantes par d'autres moyens.

Assistance médicale

Concernant la Fédération de Bosnie-Herzégovine, les services que prévoient les dispositifs énonçant les droits essentiels en matière de soins de santé pour les assurés d'une part, et

pour les non-assurés d'autre part, sont dispensés dans les établissements faisant partie du réseau des soins de santé primaires et du réseau des soins de santé hospitaliers.

Le Comité note qu'aux termes de l'article 3 de la loi de la Fédération relative aux soins de santé, tout individu est en droit de se voir prodiguer des soins médicaux et de jouir du meilleur état de santé possible. Les services de santé sont proposés dans les mêmes conditions à tous les assurés couverts par le dispositif précité. Pour les non-assurés domiciliés sur le territoire de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, le dispositif énonçant leurs droits essentiels en matière de soins de santé leur ouvre droit (paragraphe XI) à certains services. Le Comité note que tous les non-assurés âgés de moins de 18 ans sont couverts (ils ont les mêmes droits que les assurées) et peuvent bénéficier d'une aide médicale d'urgence lorsque leur vie est en jeu, d'un traitement en cas de maladie grave contagieuse et de soins médicaux durant la grossesse et lors de l'accouchement, ou encore pour certaines maladies chroniques.

Le Comité considère que le droit à l'assistance médicale ne doit pas être limité aux situations d'urgence et qu'un système qui n'inclut pas les soins de santé primaire ou les soins ambulatoires spécialisés que pourrait nécessiter un patient sans ressources n'offre pas suffisamment de garanties que des soins de santé seront dispensés aux personnes démunies ou socialement vulnérables qui tombent malades (Centre européen des droits des Roms (CEDR) c. Bulgarie, réclamation n° 46/2007, décision sur le bien-fondé du 3 décembre 2008). De plus, la gravité de la maladie ne peut justifier un refus d'assistance médicale. Dans ce contexte, l'assistance médicale comprend notamment des soins gratuits ou subventionnés ou un versement en espèces permettant aux intéressés de payer les soins qu'exige leur état de santé.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé si, dans tous les Entités, toute personne dans le besoin avait droit à une assistance médicale adaptée, sous quelles conditions et dans quelle mesure. Il a également demandé si les personnes d'une Entité ayant besoin de soins médicaux dans une autre Entité avaient droit à une assistance médicale sur un pied d'égalité avec les résidents de l'Entité concernée, ou s'ils avaient accès uniquement aux soins d'urgence gratuits. Au vu des informations dont il dispose, le Comité constate qu'il n'est pas démontré que toutes les Entités proposent une assistance médicale à tous les indigents. Il considère donc que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'une assistance médicale appropriée soit prévue pour toute personne dans le besoin dans toutes les Entités.

Niveau des prestations

Le Comité relève dans la base de données MISSOC que l'assistance sociale n'obéit pas à un régime particulier.

Le Comité prend note des informations détaillées concernant les dépenses consacrées à la protection sociale, le nombre de bénéficiaires et les crédits alloués à ce secteur par les collectivités locales en Republika Srpska.

Pour apprécier le niveau de l'assistance sociale au cours de la période de référence, le Comité tient compte des éléments suivants :

- prestations de base et prestations complémentaires : le rapport ne mentionne pas le montant des prestations de base et des prestations complémentaires versées aux personnes seules été sans ressources dans les différentes Entités. Il demande que le prochain rapport indique la valeur pécuniaire de toutes les prestations d'assistance sociale.
- Seuil de pauvreté : le Comité rappelle que, pour apprécier la situation au regard de cette disposition, il a besoin d'informations sur le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté. A défaut, il prend en compte le seuil de pauvreté national. Il demande que le prochain rapport contienne ces informations.

Le Comité considère qu'en l'absence de toute information sur les montants des prestations d'assistance sociale versées à des personnes seules et sans ressources, ainsi que sur le seuil de pauvreté, il n'est pas établi que le niveau de l'assistance sociale soit suffisant. La situation n'est donc pas conforme à la Charte.

Droit de recours et assistance judiciaire

D'après le rapport, ce sont les centres de protection sociale qui, en Fédération de Bosnie-Herzégovine, se prononcent en premier lieu sur l'octroi d'une assistance sociale. La démarche à suivre pour exercer le droit à bénéficier d'une assistance sociale figure dans le code de procédure administrative. Les litiges en la matière sont de la compétence des tribunaux des cantons. Dans le District de Brcko, quiconque entend contester une décision rendue par une commission de recours peut engager une procédure administrative devant le tribunal. Certains agents, dûment habilités, du département chargé des questions de sécurité sociale peuvent, à la demande d'une partie ou de son représentant légal, ou de leur propre initiative, intenter des poursuites en vue de faire respecter le droit à l'assistance sociale, conformément à la loi relative à la protection sociale et au code de procédure administrative du District de Brcko. En Republika Srpska, ce sont les organismes de protection sociale qui veillent au respect du droit à la protection sociale. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les recours dont peuvent faire l'objet les décisions de ces organismes. Il demande si les commissions de recours sont habilitées à juger l'affaire sur le fond et pas seulement sur des points de droit.

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 qu'en ce qui concerne l'assistance sociale et médicale d'urgence, les étrangers en situation irrégulière sur le territoire d'un État seront désormais aussi couverts 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 étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'Etats parties résidant légalement sur le territoire

Le Comité rappelle qu'aux termes de l'article 13§1, les ressortissants d'Etats parties qui résident légalement sur le territoire d'un autre Etat partie et qui ne disposent pas de ressources suffisantes doivent bénéficier d'un droit individuel à une assistance appropriée, sur un pied d'égalité avec les nationaux. L'égalité de traitement suppose que le droit aux prestations d'assistance, y compris les garanties de ressources, n'est pas limité par la loi aux ressortissants nationaux ou à certaines catégories d'étrangers et que les critères appliqués en pratique pour l'octroi des prestations ne diffèrent pas à raison de la nationalité. Elle signifie également que des conditions supplémentaires, comme la durée de résidence, ou plus difficiles à remplir ne soient pas imposées.

Par ailleurs, le Comité rappelle qu'en vertu de la Charte, les ressortissants d'Etats parties résidant légalement sur le territoire ne peuvent être rapatriés au seul motif qu'ils ont besoin

d'une assistance. A l'expiration de la période de validité du titre de séjour et/ou du permis de travail, les Parties n'ont plus d'obligation à l'égard des étrangers couverts par la Charte, fussent-ils en état de besoin. Cela ne signifie toutefois pas que les autorités puissent retirer un titre de séjour au seul motif que l'intéressé n'a pas de ressources et est incapable de subvenir aux besoins de sa famille. Le Comité demande si la législation et la pratique satisfont à ces exigences.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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 (y compris un état medicale). 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 demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique répondent à ces critères.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que :

- il n'est pas établi que toute personne en situation de besoin bénéficie d'une assistance médicale suffisante, dans toutes les Entités ;
- il n'est pas établi que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule et sans ressources soit suffisant.

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 Bosnie-Herzégovine.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé confirmation que les bénéficiaires de l'assistance sociale pouvaient exercer leurs droits sociaux et politiques sans restriction dans la pratique dans toutes les Entités. Il relève à ce sujet dans le présent rapport qu'aux termes de la loi de la Fédération de Bosnie-Herzégovine relative aux principes de protection sociale, de protection des victimes civiles de la guerre et de protection des familles et des enfants, les institutions de protection sociale de la Fédération ne doivent pas limiter leurs prestations en fonction du statut territorial, de l'appartenance ethnique, des convictions religieuses ou politiques ou de toute autre caractéristique des bénéficiaires (race, couleur, sexe, langue, origine sociale ou autre). Il ne semble pas, pour autant, que cela interdise en toutes circonstances que les personnes bénéficiant d'une assistance sociale ou médicale puissent, pour ce motif, subir une discrimination dans l'exercice de leurs droits politiques et sociaux.

S'agissant de la Republika Srpska, le Comité note qu'aux termes de l'article 10 de la Constitution, les citoyens sont égaux devant la loi et ont droit à une protection juridique égale devant l'Etat et les autres autorités indépendamment de leur race, de leur sexe, de leur langue, de leur origine nationale ou sociale, de leur religion, de leur niveau d'instruction, de leur patrimoine, de leurs convictions politiques ou autres, de leur statut social ou de toute autre caractéristique personnelle. En matière de droits de vote, le Statut du District de Brcko garantit les libertés et les droits fondamentaux des citoyens sans discrimination pour quelque motif que ce soit. Il ne semble pas, pour autant, que cela interdise en toutes circonstances que les personnes bénéficiant d'une assistance sociale ou médicale puissent, pour ce motif, subir une discrimination dans l'exercice de leurs droits politiques et sociaux.

Le Comité demande que le prochain rapport fasse le point sur la question de savoir si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques ou sociaux sont en pratique interprétées, dans toutes les Entités, de manière à empêcher toute discrimination fondée sur le bénéfice d'une assistance sociale ou médicale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Bosnie-Herzégovine.

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine mais constate qu'elles sont très lacunaires pour ce qui est des prescriptions spécifiques de l'article 13§3.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que les services de protection sociale (en Fédération de Bosnie-Herzégovine) et le Centre d'action sociale (dans le District de Brcko) proposaient des services de consultation concernant les conditions d'octroi des prestations. Aucune information n'a toutefois été fournie concernant la Republika Srpska.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas, ou risquent de ne pas disposer, de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits**.** Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire.

En l'absence d'informations concernant toutes les entités en ce qui concerne l'existence de services sociaux spécifiquement destinés à des personnes ne disposant pas de ressources suffisantes, pour leur offrir des conseils et une assistance, le Comité considère qu'il n'est pas établi qu'il existe des services proposant des conseils et une assistance aux personnes sans ressources.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 13§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe des services proposant des conseils et une assistance aux personnes sans ressources.

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 Bosnie-Herzégovine.

Cependant, la plupart des informations fournies dans le rapport ne concernent pas le fond de l'article 14§1. Par conséquent, le Comité demande que le prochain rapport contienne une description exhaustive de la situation en droit et en pratique dans les différentes entités de Bosnie-Herzégovine.

Organisation des services sociaux

La Bosnie-Herzégovine est un État fédéral constitué de deux entités – la Republika Srpska et la Fédération de Bosnie-Herzégovine – et du District de Brčko, qui jouit d'un statut spécial et est indépendant de la Republika Srpska. La Republika Srpska est composée de municipalités (*opština*) et la Fédération de Bosnie-Herzégovine de municipalités (*općina*) et de cantons (*kantoni*). Les responsabilités en matière de politique sociale sont réparties entre le Gouvernement fédéral et les cantons.

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente (Conclusions 2013) pour une description de l'organisation du système de sécurité sociale.

Accès égal et effectif

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente (Conclusions 2013), dans laquelle figurent des informations générales sur l'accès égal et effectif aux services sociaux.

Dans sa conclusion précédente (2013), le Comité a demandé des informations sur la répartition géographique des services sociaux dans les différentes entités.

Les informations fournies dans le rapport ne permettent pas d'évaluer la répartition géographique des services sociaux. Le Comité rappelle que le droit aux services sociaux doit être garanti en droit et en fait. L'accès égal et effectif aux services sociaux implique aussi que la couverture géographique de ces services soit suffisamment large. Par conséquent, il réitère ses questions et réserve sa position sur ce point. Dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 14§1.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (2013), le Comité a demandé que le rapport suivant indique quels étaient les effectifs et les qualifications du personnel des services sociaux et quel était le ratio effectifs/usagers. Il a aussi demandé quels mécanismes étaient en place pour s'assurer du caractère adéquat des services (contrôle de la qualité) fournis par les organismes publics et privés et s'il existait un texte de loi sur la protection des données à caractère personnel (droit à la protection de la vie privée).

Le rapport ne répond pas à ces questions. Par conséquent, le Comité réitère ses questions et réserve sa position sur ce point. Dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 14§1.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Bosnie-Herzégovine.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des données statistiques sur les subventions versées par le Gouvernement central et par l'administration locale aux organisations bénévoles qui fournissent des services sociaux et qu'il décrive les autres types d'aides pouvant être mises à disposition des organisations bénévoles, comme par exemple des avantages fiscaux.

Le rapport ne contient pas ces informations. Par conséquent, le Comité réitère ses questions et réserve sa position sur ce point. Dans l'hypothèse où les informations demandées ne figuraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 14§2.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur le mécanisme de contrôle chargé de surveiller la qualité des services.

Le rapport précise que cette surveillance est assurée de manière permanente et systématique par les services d'inspection administrative du District de Brčko, qui, par des visites de contrôle effectuées directement auprès des prestataires ou par d'autres moyens de vérification, veillent à ce que les tâches liées aux différentes formes de protection sociale soient bien effectuées. Le Comité note que le rapport n'apporte pas de réponse exhaustive à sa question. Par conséquent, il demande une nouvelle fois quel type de mécanisme est chargé de contrôler la qualité des services fournis par les institutions publiques et privées dans les différentes entités. Dans l'hypothèse où les informations demandées ne figuraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 14§2.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si et comment le dialogue avec la société civile était assuré en ce qui concernait les services sociaux.

Le rapport ne contient pas ces informations. Par conséquent, le Comité réitère ses questions et réserve sa position sur ce point. Dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 14§2.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

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 a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé si la Bosnie-Herzégovine s'était dotée d'une telle législation. Le rapport ne fournit aucune information. Le Comité prend toutefois note de la loi de Bosnie-Herzégovine sur l'interdiction de la discrimination du 23 juillet 2009 (Gazette Officielle de Bosnie-Herzégovine n° 59/09 du 29 juillet 2009). Il constate que, même si l'article 2 de ladite loi ne se réfère pas expressément l'âge parmi les motifs prohibés de discrimination, son libellé est rédigé de telle manière à pouvoir inclure un tel motif. Il demande, dès lors, s'il existe une jurisprudence en matière de discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi qui protégerait les personnes âgées contre de telles discriminations.

Le Comité demande également à recevoir, dans le prochain rapport, des informations sur le programme-cadre pour les personnes âgées élaboré par le Ministère des Droits de l'Homme et des Réfugiés. Il demande en particulier, si le programme a été adopté.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a précédemment demandé s'il existait des garanties pour éviter que ces personnes ne soient arbitrairement privées de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome. Le rapport ne fournit aucune information à cet égard, de sorte que le Comité réitère sa demande.

Ressources suffisantes

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

Le rapport rappelle qu'il n'existe pas, au niveau national, un régime unique de pension et d'invalidité : l'organisation, la mise en oeuvre et l'exercice des droits afférents au régime relèvent des Entités qui constituent la Bosnie-Herzégovine, à savoir la Fédération de Bosnie-Herzégovine, la Republika Srpska et le District de Brčko.

Selon le rapport, la pension de vieillesse accordée par la Fédération de Bosnie-Herzégovine est, en principe, versée à taux plein aux assurés âgés de 65 ans, pour autant qu'il puissent justifier d'au moins 20 ans de cotisations ou à celles et ceux qui justifient de 40 années de cotisations sans condition d'âge. Le rapport précise que les assurés sont répartis en trois catégories : les premiers perçoivent une pension fonction de leurs contributions ; les deuxièmes relèvent de l'article 126 de la loi sur l'assurance pension et invalidité et les troisièmes bénéficient de prestations financées sur le budget de la Fédération de Bosnie-

Herzégovine (cantons et municipalités). Le Comité demande que le prochain rapport précise quelles sont les personnes concernées par les deuxième et troisième catégories.

Le montant moyen de la pension de vieillesse s'élevait, en 2015, à 397,35 BAM par mois (environ 203,16€) ; la pension minimale était, quant à elle, fixée à 310,73 BAM par mois (environ 158,87€). Le rapport ne fournit aucune information sur le montant de la pension de garantie. Le Comité a, à cet égard, précédemment demandé (Conclusion 2013) quelle était la différence entre la pension minimale et la pension de garantie. Le rapport ne contient aucune information, de sorte que le Comité réitère sa question. Il note, par ailleurs, que les données fournies dans le rapport ne correspondent pas à celles référencées dans la base de données MISSCEO. Il demande que le prochain rapport clarifie cette situation.

En Republika Srpska, l'assuré a droit à la pension de vieillesse s'il justifie de 15 années de cotisations à l'âge de 65 ans. Le rapport ne fournit aucune information sur le montant de cette pension. Le Comité relève, toutefois, dans la base de données MISSCEO, que celle-ci s'élevait, au minimum, en 2015, à 160,00 BAM par mois (environ 81,81€).

Le rapport ne fournit aucune information sur le montant de la pension de vieillesse versée aux personnes âgées du District de Brčko. Le Comité note, cependant, d'après cette même source, que le District Brčko n'a pas de système de pension propre ; ses administrés choisissent de s'affilier, soit au régime de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, soit à celui de la Republika Srpska.

Le Comité a également demandé à quelles prestations/aides ont droit les personnes âgées qui ne perçoivent aucune pension. Le rapport indique que les personnes âgées résidants en Fédération de Bosnie-Herzégovine, peuvent bénéficier d'une allocation permanente et d'une assistance matérielle (article 22(1) de la loi sur l'assurance pension et invalidité), d'une allocation de présence (article 26 de ladite loi), ainsi que de diverses subventions (électricité, fuel, funérailles, etc.).

En ce qui concerne la Republika Srpska, les personnes âgées dans le besoin peuvent bénéficier de prestations en espèces, d'une assistance unique et du remboursement de certains frais (funérailles, bois de chauffage, médicaments, nourriture) et/ou services (transports).

Dans le District de Brčko, les personnes âgées peuvent se voir accorder une allocation de présence, d'une assistance pécuniaire ponctuelle comprise entre 150 et 50 BAM (environ 76,69 et 25,56€) selon le montant de la pension perçue, ainsi qu'une prise en charge partielle des frais d'électricité.

Le Comité demande que le prochain rapport précise le montant de chacune de ces allocations, prestations et subventions. Il demande également si les aides et prestations accordées dans une Entité, qu'il s'agisse de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, de la Republika Srpska ou du Dstrict de Brčko, sont cumulables entre elles.

Le Comité a, enfin, demandé des informations sur le revenu médian ajusté. Le rapport ne fournit pas d'informations sur le sujet. Le Comité note cependant, d'après le rapport, que la plupart des pensionnaires de Fédération de Bosnie-Herzégovine sont sous ou, à tout le moins, au niveau du seuil de pauvreté. Le rapport indique que des réformes destinées à corriger cette situation sont en cours d'élaboration. Le Comité réitère sa question relative au revenu médian ajusté et demande également que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur les réformes menées par la Fédération de Bosnie-Herzégovine et sur le seuil du niveau de pauvreté en Bosnie-Herzégovine (Fédération de Bosnie-Herzégovine, Republika Srpska et District de Brčko). Il souligne que dans l'hypothèse où le prochain rapport ne contiendrait pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation est en conformité avec la Charte sur ce point. Entretemps, le Comité réserve sa position sur ce point.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé ce qui a été fait pour évaluer l'ampleur du phénomène et faire prendre conscience de la nécessité d'éradiquer la maltraitance et le délaissement des personnes âgées. Il a également demandé si des mesures législatives ou administratives sont prévues dans ce domaine. Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. Le Comité réitère sa demande et souligne que dans l'hypothèse où le prochain rapport ne contiendrait pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation est en conformité avec la Charte sur ce point.

Il rappelle, par ailleurs, que la maltraitance des personnes âgées est définie dans la Déclaration de Toronto sur la prévention de la maltraitance des personnes âgées dans le monde (2002) comme « tout acte, isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, survenant dans une relation fondée sur la confiance et qui porte préjudice ou cause des souffrances à une personne âgée ». Elle peut être physique, psychologique, émotionnelle, sexuelle, financière ou simplement résulter d'une négligence intentionnelle ou non intentionnelle. La maltraitance des personnes âgées a été reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par le Réseau international pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées (INPEA) comme un problème mondial majeur. En Europe, des centaines de milliers de personnes âgées sont confrontées chaque année à une forme de maltraitance : pressions exercées pour les amener à modifier leur testament, dilapidation du compte bancaire, brutalités physiques, injures, menaces ou insultes, et parfois même viols ou autres sévices sexuels.

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 note, d'après le rapport, que le modèle social de la Bosnie-Herzégovine privilégie, en priorité, la solidarité familiale : les personnes âgées sont prises en charge par leur famille. Le rapport précise que les prestations de sécurité sociale bénéficient aux personnes âgées qui n'ont pas ou plus de famille pour prendre soin d'elles. Le Comité demande si les personnes âgées soutenu par leur famille bénéficient tout de même de certaines prestations de sécurité sociale.

Le Comité note, d'après le rapport que, en Fédération de Bosnie-Herzégovine, les services sont fournis par les municipalités via les centres de sécurité sociales, les ONGs et les acteurs du secteur privé. L'article 19 de la loi sur les principes de la protection sociale, de la protection des victimes civiles de la guerre et de la protection des familles avec enfants liste les services auxquels les personnes âgées ont droit (assistance matérielle, assistance à domicile, aide humanitaire et remboursement de certains frais et services). Pour pouvoir bénéficier de ces services, les personnes âgées concernées, ou leur représentant légal, doivent soumettre une demande au centre de sécurité sociale qui dispose d'un délai compris entre 15 et 30 jours pour statuer. Toute personne intéressée peut contester la décision d'un centre devant le Ministère Cantonale du Travail et de la Politique Sociale, sauf pour ce qui concerne l'allocation de présence qui relève du Ministère du Travail et de la Politique sociale de la Fédération. Le Comité note que les audits et inspections des services sont généralement réalisés par le Ministère Cantonale approprié.

En Republika Srpska, le Conseil, un organisme public, aide les familles à résoudre leurs problèmes et difficultés. Il propose également une assistance (services ménagers) et des soins à domicile aux personnes âgées. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à cet égard. Le rapport indique également que les centres d'accueil de jour pour adultes fournissent aux personnes âgées bénéficiaires, une aire de repos, repas, supervision médicale et activités de loisirs.

Le Comité note, d'après le rapport, qu'un projet destiné à soutenir les prestataires de services sociaux, commun à la Fédération de Bosnie-Herzégovine et à la Republika Srpska, a été mené en 2015 ; l'objectif étant de renforcer les centres de sécurité sociale dans les zones pilotes de ces deux Entités. Le Comité demande quelles ont été les mesures mises en oeuvre et leurs impacts sur la population âgée.

Le Comité note, enfin, que les services proposés par le District de Brčko sont similaires à ceux proposés par la Fédération de Bosnie-Herzégovine. Les services sont fournis par le sous-département de la sécurité sociale du District de Brčko à la demande de la personne intéressée ou de son représentant légal. Toute personne intéressée peut contester une décision de l'administration devant la Commission d'Appel du District de Brčko et, si nécessaire, interjeter appel de la décision devant la Cour du District de Brčko.

Le Comité constate que le rapport ne répond pas aux questions précédemment (Conclusion 2013) posées par le Comité de savoir si, premièrement, l'offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées répond à la demande, deuxièmement, pour ce qui concerne la Republika Srpska, comment s'opère le contrôle de la qualité des services et quelles possibilités ont les personnes âgées d'introduire une réclamation concernant les services en question, troisièmement, s'il existe d'éventuels services spécialement destinés aux patients souffrant de démence ou de la maladie d'Alzheimer, et, quatrièmement, s'il existe des facilités culturelles, récréatives et éducatives accessibles aux personnes âgées. Le Comité souhaite trouver ces informations dans le prochain rapport.

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

Logement

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé si les besoins des personnes âgées sont pris en compte dans les politiques de logement nationales ou locales, si des logements protégés/encadrés sont proposés et si l'offre de logements de ce type est suffisante. Le rapport ne répond à aucune des questions ; il se borne à indiquer que, pour ce qui concerne la Fédération de Bosnie-Herzégovine et le District de Brčko, les personnes âgées incapables de prendre soin d'elles-mêmes qui ne peuvent faire autrement, compte tenu de leur santé, logement ou situation familiale, sont susceptibles d'être placées en famille d'accueil. Le Comité prend note de ces informations et réitère ses questions.

Le Comité rappelle qu'il est très important pour le bien-être des personnes âgées de veiller à ce qu'elles disposent d'un logement convenable. Pour autant, améliorer les conditions de logement des aînés n'est pas chose facile. Premièrement, cela représente pour les pouvoirs publics un investissement considérable, les personnes âgées n'ayant pas, en règle générale, les moyens de financer la modernisation de leur appartement ou d'en acquérir un nouveau, d'un degré de confort supérieur. Deuxièmement, le déménagement n'est souvent pas une option viable, dans la mesure où il tend à arracher les personnes âgées à leur environnement habituel. Compte tenu de ces contraintes, il demande à être tenu informé de toutes mesures que pourraient prendre les pouvoirs publics pour subventionner l'adaptation des logements. Il comprend, au vu des informations contenues dans le rapport, que les personnes âgées sont hébergées en priorité chez dans leur famille et demande, à cet égard, quelle est la proportion, parmi les personnes âgées, de celles qui vivent dans leur famille, celles vivent toujours chez elles et celles qui ont été placées en famille d'accueil.

Soins de santé

Le rapport indique que, selon l'article 3 de la loi sur les soins de santé de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, « toute personne a le droit d'être soigné ». Le droit à la santé doit profiter à toute personne assurée au régime d'assurance santé obligatoire. Les personnes majeures qui ne le sont pas ont, tout de même, droit à certains services de soins (assistance médicale d'urgence, traitement de certaines maladies chroniques et soins de santé relatifs à

la grossesse, etc.). Le rapport ajoute que des programmes et services de soins de santé spécifiques (soins orthopédique, soins à domicile, etc.) sont prodigués aux personnes âgées, selon leur état santé et situation personnelle. Le rapport ajoute également qu'un centre pour le vieillissement en bonne santé a récemment ouvert à Sarajevo, Modriča et Bosanka Dubica. Le rapport souligne, enfin, que le Ministre de la Fédération, a pris la décision d'inclure, dans le panier de soins, les soins de santé ainsi que les médicaments identifiés sur la liste des médicaments essentiels (n° 52/08) et ceux identifiés dans l'ordre relatif aux médicaments utilisés en soins hospitalier financés grâce au Fonds de Solidarité de la Fédération de Bosnie-Herzégovine (n° 36/06, k 13/08 et 38/08). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des précisions sur les programmes et services de soins spécifiques aux personnes âgées ainsi que la participation financière de ces derniers aux soins et médicaments inclus dans le panier de soins.

Pour ce qui concerne la Republika Srpska, le rapport indique que les centres gérontologiques offrent des services interdisciplinaires aux personnes âgées qui participent à l'amélioration de la qualité des soinss, à une meilleure coordination des activités des prestataires de services, ainsi qu'à la la formation de celles et ceux qui s'occupent des personnes âgées. Les centres mettent également en oeuvre des programmes de prévention. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à cet égard.

Le rapport indique que, pour ce qui concerne le District de Brčko, l'article 8 de la loi sur les soins de santé prévoit des mesures spécifiques destinées à protéger la population âgée de plus de 65 ans. La prise en charge de la santé est organisé par le Département de Santé et autres Services du District de Brčko, lequel est en charge de fournir et gérer les soins primaires, les soins hospitaliers, les activités publiques de santé et l'assurance santé. Les services de soins de santé sont fournis par quatre institutions : un hôpital et trois centres de soins de santé. Le District de Brčko propose également des services de soins infirmiers domicile. Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé des précisions sur l'initiative de l'Assemblée du District de Brčko d'assurer toutes les personnes âgées de plus de 65 ans. Le rapport ne fournit aucune nouvelle information à ce sujet. Le Comité réitère sa question et souligne également que dans l'hypothèse où le prochain rapport ne contiendrait pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation est en conformité avec la Charte sur ce point.

Le Comité rappelle qu'il importe de mettre en place des programmes et services spécialement destinés aux personnes âgées (en particulier des services de soins de santé primaire) et d'adopter des principes directeurs en matière de soins de santé pour personnes âgées. Doivent être prévus en particulier des programmes de santé mentale pour l'ensemble des troubles psychiques concernant les personnes âgées, ainsi que des services de soins palliatifs appropriés et une formation spéciale pour celles et ceux qui s'occupent de personnes âgées. Le Comité demande que des précisions soient apportées sur ces questions dans le prochain rapport. Il demande également à être informé de toute nouvelle mesure qui aurait été prise pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins gériatriques et des soins de longue durée, ou pour mieux coordonner les services sociaux et les services de santé dispensés aux personnes âgées.

Soins en institutions

Le rapport indique qu'il existe, en Fédération de Bosnie-Herzégovine, 21 structures d'accueil (dix publics, cinq non-gouvernementales et six privées) qui se sont occupés, au cours de la période de référence, d'environ 2 161 personnes âgées. La Fédération de Bosnie-Herzégovine recense également six maisons de retraites localisées à Tuzla, Zenica, Sarajevo, Bihać, Mostar and Neum. Le Comité constate que certaines informations fournies dans le rapport présentent des incohérences et demande, à cet égard, davantage de précisions dans le prochain rapport.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé si le nombre de places disponibles en milieu institutionnel répondait à la demande. Le rapport indique que la demande excède l'offre ; il en résulte de longues listes d'attentes pour le placement en institutions.

Pour ce qui concerne la Republika Srpska, le rapport indique que les personnes âgées peuvent, si nécessaire, être placées dans un refuge qui peut, ou non, être la composante d'un établissement de soins sociaux. Les refuges proposent un certain nombre de services, y compris de soins. La durée d'un séjour ne peut, en principe, excéder trois mois. La loi sur la création de refuge définit les usagers, les services et méthodes applicables aux refuges.

Le rapport recense trois maisons de retraites et institutions privées dans le District de Brčko. 28 personnes âgées sont hébergées aux frais du sous-département de sécurité social du District de Brčko. Le rapport précise que les capacités d'accueils sont insuffisantes et les prix relativement élevés.

Le Comité a également demandé des informations sur les modalités d'agrément et le contrôle des différentes structures ainsi que sur les procédures de recours prévues concernant la qualité des soins et services ou les mauvais traitements que pourraient subir les pensionnaires dans ce type de structures. Il a, par ailleurs, demandé quels étaient les autorités ou organismes indépendants compétents pour inspecter les maisons de retraite et les résidences (tant publiques que privées). Le rapport ne fournit aucune information sur ces sujets, de sorte que le Comité les réitère.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 3 - Interdiction du travail des enfants soumis à l'instruction obligatoire

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Bosnie-Herzégovine en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que la protection effective contre l'emploi des enfants soumis à l'instruction obligatoire soit garantie dans les faits.

Le Comité note que le rapport soumis par la Bosnie-Herzégovine n'apporte pas de nouveaux éléments en réponse à cette conclusion de non-conformité. En l'absence des informations demandées, le Comité réitère son constat de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 7§3 de la Charte au motif que n'est pas conforme à l'article 7§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que la protection effective contre l'emploi des enfants soumis à l'instruction obligatoire soit garantie dans les faits.

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 8 - Interdiction du travail de nuit

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Bosnie-Herzégovine en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que la réglementation relative à l'interdiction du travail de nuit faite aux mineurs de moins de 18 ans soit appliquée dans les faits.

Le Comité note que le rapport soumis par la Bosnie-Herzégovine n'apporte pas de nouveaux éléments en réponse à cette conclusion de non-conformité. En l'absence des informations demandées, le Comité réitère son constat de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 7§8 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que la réglementation relative à l'interdiction du travail de nuit faite aux mineurs de moins de 18 ans soit appliquée dans les faits.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 2 - Illégalité du licenciement durant le congé de maternité

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note du fait que la Bosnie-Herzégovine n'a pas transmis d'informations en réponse à la conclusion selon laquelle il n'a pas été établi qu'une indemnisation suffisante soit octroyée en cas de licenciement illégal durant la grossesse ou le congé de maternité en Republika Srpska.

Le Comité rappelle à cet égard qu'au regard de l'article 8§2 de la Charte, la réintégration de la salariée dans son emploi doit être la règle, lorsqu'elle a fait l'objet d'un licenciement illégal pendant sa grossesse ou son congé de maternité. Lorsque la réintégration n'est pas possible (ex : cessation d'activité de l'entreprise) ou que la salariée ne la souhaite pas, une indemnité suffisante doit être versée à l'intéressée. En droit interne, les textes ne doivent pas empêcher les tribunaux d'accorder une indemnité dont le montant soit à la fois assez dissuasif pour l'employeur et totalement réparateur pour la victime du licenciement.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a pris note des informations présentées dans le rapport concernant les indemnités de chômage qui peuvent être versées à l'intéressée et les amendes qui peuvent être infligées à l'employeur, ainsi que du fait qu'aucune information n'était disponible sur la jurisprudence en matière de licenciement illégal de salariées durant la grossesse ou le congé de maternité. Il a cependant réitéré sa demande de précisions sur les indemnités qui peuvent être octroyées en sus ou en lieu et place de la réintégration dans l'entreprise aux femmes ayant fait l'objet d'un licenciement illégal durant leur grossesse ou leur congé de maternité. Etant donné que le rapport ne présente aucune information à ce sujet, le Comité maintient son constat de non-conformité à l'article 8§2 de la Charte sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 8§2 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 8§2 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'une indemnisation suffisante soit octroyée en cas de licenciement illégal durant la grossesse ou le congé de maternité dans la Republika Srpska.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 4 - Réglementation du travail de nuit

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note du fait que la Bosnie-Herzégovine n'a pas transmis d'informations en réponse à la conclusion selon laquelle il n'a pas été établi que le travail de nuit des femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant leur enfant soit suffisamment réglementé dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine.

Le Comité rappelle à cet égard l'article 8§4 n'exige pas des Etats qu'ils interdisent le travail de nuit des femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant leur enfant, mais qu'ils le réglementent afin de limiter ses effets délétères sur la santé des femmes. La réglementation doit déterminer les conditions dans lesquelles peut s'effectuer le travail de nuit des femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant leur enfant, telles que l'obtention éventuelle d'une autorisation de la part de l'Inspection du travail, et la fixation des horaires, des pauses, des journées de repos après des périodes de travail nocturne, le droit de transfert à un poste diurne en cas de problèmes de santé liés au travail de nuit, etc.

A la lumière de ces éléments, le Comité a précédemment pris note du fait que dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine il n'existe pas d'interdiction spécifique du travail de nuit des femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant leur enfant et a demandé davantage de précisions sur la réglementation pertinente applicable. Etant donné que le rapport ne présente aucune information à ce sujet, le Comité maintient son constat de non-conformité à l'article 8§4 de la Charte sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 8§4 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 8§4 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que le travail de nuit des femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant leur enfant soit suffisamment réglementé dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine.

Article 16 - Droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité constate que la Bosnie-Herzégovine n'a communiqué aucune information en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi que les prestations familiales dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine et en Republika Srpska constituent un complément de revenu suffisant. Il reconduit par conséquent sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les prestations familiales dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine et en Republika Srpska constituent un complément de revenu suffisant.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

BULGARIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Bulgarie, qui a ratifié la Charte le 7 juin 2000. L'échéance pour remettre le 15e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Bulgarie l'a présenté le 6 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 Bulgarie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 12§§2 et 4, l'article 13§4, l'article 23 et l'article 30.

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

Les Conclusions relatives à la Bulgarie concernent 14 situations et sont les suivantes :

– 9 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 3§4, 11§2, 11§3, 12§3, 13§2, 13§3 et 14§2 ;

– 5 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 11§1, 12§1, 13§1 et 14§1.

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

Article 3§1

Dans le cadre du projet consacré à la « Prévention en matière de sécurité et santé au travail », des outils pratiques pour l'évaluation des risques sur le lieu de travail (applicables à 30 activités économiques) ont été élaborés. Un instrument interactif d'évaluation des risques en ligne est accessible à tous les employeurs, personnels d'encadrement et travailleurs par le biais de la plateforme OiRA. Cet outil permet aux employeurs bulgares et européens de réaliser eux-mêmes, sans faire appel à des consultants extérieurs, l'évaluation obligatoire des risques au sein de l'entreprise qui est exigée par la loi, et d'organiser des formations et des réunions d'information à l'intention de leurs travailleurs.

Article 3§2

- Loi modifiant et complétant la loi relative à la sécurité et à la santé au travail (SG n° 27/2014) a été adoptée pendant la période de référence. Cette loi crée un cadre juridique pour la délivrance des autorisations d'opérations relatives à une méthode spéciale ou à une technique de dynamitage. D'autres modifications ont élargi les droits des travailleurs en matière de maîtrise des conditions de travail. Un arrêté relatif aux prescriptions minimales concernant le microclimat de l'environnement de travail (SG n° 63/2014) a également été pris. Il fixe des exigences minimales pour la protection des travailleurs contre les risques pour la sécurité et la santé découlant des paramètres microclimatiques des espaces de travail dans les bâtiments et de mauvaises conditions météorologiques en cas de travail en extérieur. Il fixe également des valeurs limites correspondant aux paramètres d'ambiance des espaces de travail à l'intérieur des bâtiments (température, humidité, circulation de l'air) ;
- Un arrêté relatif aux normes fondamentales de radioprotection (SG no 76 du 5 octobre 2012). Ce texte définit les exigences essentielles en matière de radioprotection, les critères applicables et les possibilités de dérogation aux limites réglementaires, ainsi que les mesures de radioprotection à prévoir dans le cadre d'activités utilisant l'énergie nucléaire ou des sources de radiations

ionisantes (SRI) au sens de la loi sur la sûreté de l'utilisation de l'énergie nucléaire.

Article 3§4

Un arrêté relatif aux normes fondamentales de radioprotection (JO n° 76 du 5 octobre 2012) a été adopté. Ce texte contient des dispositions traitant spécifiquement de l'évaluation de l'irradiation et de la surveillance médicale. Selon cet arrêté, les travailleurs exposés aux radiations sont soumis à une surveillance médicale obligatoire afin d'assurer un suivi de leur état de santé et d'établir leur aptitude, d'un point de vue médical, à accomplir les tâches qui leur sont assignées. La surveillance médicale des salariés concernés est assurée par des établissements de soins ou de santé. Les entreprises et les autorités de contrôle spécialisées sont tenues de soumettre à ces établissements les informations relatives aux paramètres de l'environnement et des conditions de travail, ainsi que les résultats du suivi individuel.

Article 12§3

- Le champ d'application personnel de l'assurance obligatoire couvrant les risques de maladie, de maternité, d'invalidité due à une maladie, de vieillesse, de décès, d'accidents du travail et maladies professionnelles et de chômage a été étendu aux travailleurs et aux salariés qui ne travaillent pas plus de cinq jours ouvrés (40 heures) par mois civil et aux dirigeants d'entreprises publiques et municipales définies au chapitre IX du code du commerce, de leurs filiales ou d'autres entités juridiques désignées par la loi (en 2015), ainsi qu'à d'autres catégories de travailleurs (juges aspirants et procureurs débutants en 2012, personnes relevant de la loi relative aux moyens de surveillance spéciaux en 2013) ;
- Le champ d'application personnel de l'assurance couvrant les risques d'invalidité due à une maladie, de vieillesse, de décès, de maladie et de maternité a aussi été étendu, en 2012, aux conjoints des travailleurs indépendants, des artisans et des agriculteurs (en tant qu'assurance volontaire) ;
- Le champ d'application personnel de l'assurance couvrant les risques d'invalidité due à une maladie, de vieillesse, de décès, d'accidents du travail et maladies professionnelles a été étendu en 2015 aux travailleurs agricoles saisonniers ;
- Toutes les pensions contributives ont été augmentées (pour les pensions relevant du régime public d'assurance, l'augmentation a été d'environ 8 % pendant la période de référence) afin de compenser l'inflation et une règle d'indexation (la règle « suisse ») a été instaurée et appliquée à partir de 2014 ;
- La pension sociale de vieillesse a aussi été augmentée (d'environ 14 % pendant la période de référence), tout comme les prestations calculées sur la base de la pension sociale (prestations d'accidents du travail, pension d'invalidité et pension de survie).

* * *

*

Le prochain rapport que doit soumettre la Bulgarie 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 – politique de plein emploi (article 1§1),
- droit au travail – travail librement entrepris (travail forcé) (article 1§2),

L’échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 31 octobre 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 Bulgarie.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si la politique en matière de santé et de sécurité au travail était périodiquement évaluée et revue en fonction de l'évolution des risques. Il a également demandé des informations sur les principaux changements et mises à jour apportées à la législation et à la réglementation dans ce domaine.

En réponse, le rapport indique que la Stratégie 2008-2012 pour la sécurité et la santé au travail a été approuvée par arrêté ministériel le 26 juin 2008. Le Ministre du Travail et de la Politique sociale élabore et soumet chaque année au Conseil des Ministres, pour approbation, un Programme national pour la sécurité et la santé au travail, ainsi que le rapport de mise en œuvre de la stratégie pour l'année antérieure. Les rapports de mise en œuvre dressent le bilan des activités réalisées dans le cadre du Programme national dans les domaines d'action prioritaires. Le Comité relève qu'il est procédé à une analyse de l'état d'avancement des initiatives visant à assurer la santé et la sécurité en milieu professionnel, des tendances en la matière et des problèmes rencontrés, et que des mesures sont proposées en vue de mieux se conformer à un certain nombre d'objectifs et de priorités. Le Comité renvoie à son appréciation sous l'angle de l'article 3§2 de la Charte pour une description des modifications apportées aux textes législatifs et réglementaires pendant la période de référence.

Le rapport indique qu'en application d'une décision du Conseil national pour les conditions de travail, deux documents stratégiques à moyen terme seront adoptés pour la période allant jusqu'en 2020 – Programmes nationaux pour la sécurité et la santé au travail décrivant les mesures et activités nationales inscrites dans le cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail (2014-2020). Un projet de Programme national de santé et sécurité en milieu professionnel pour la période 2016-2020 a été examiné et approuvé par le Conseil national pour les conditions de travail et sera soumis au Conseil des Ministres pour approbation. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations relatives aux activités mises en œuvre et aux résultats obtenus grâce aux programmes.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que des mesures de prévention des risques professionnels étaient prises au niveau national et demandé des informations plus précises sur le rôle joué par l'Inspection générale du travail dans le développement d'une culture de la santé et de la sécurité chez les employeurs et les travailleurs et sur son obligation de partager les connaissances sur les risques et leur prévention acquises au fil de ses visites et dans le cadre de ses activités de prévention.

Le rapport indique en réponse que les grandes priorités de l'Agence exécutive de l'Inspection générale du travail consistent, entre autres choses, à protéger la santé par des actions de prévention des risques professionnels et à déployer toutes mesures propres à garantir les droits des travailleurs et à leur permettre de défendre leurs intérêts et de prendre part au processus décisionnel. Pour mener à bien ces activités, l'Agence établit des plans annuels assortis d'objectifs. Les inspecteurs du travail rendent compte de tout élément attestant d'une amélioration générale de la situation pour ce qui concerne les efforts engagés en vue d'assurer la santé et la sécurité au travail. Le Comité note que, selon le rapport, les connaissances en matière de santé et de sécurité au travail sont insuffisantes et même souvent inexistantes dans un grand nombre de petites et moyennes entreprises ; dans beaucoup de secteurs économiques, une partie de la production est encore assurée au moyen de machines et équipements obsolètes qui ont des effets néfastes sur la santé et peuvent être source de danger pour les travailleurs. Le rapport souligne cependant que ces problèmes sont minutieusement étudiés et analysés.

L'Agence exécutive de l'Inspection du travail joue un rôle considérable dans le développement d'une culture de la santé et de la sécurité chez les employeurs et les travailleurs. Les autorités de contrôle partagent en effet les connaissances sur les risques et sur leur prévention acquises lors des inspections. Le Comité prend note du nombre de consultations que l'Agence a dispensées gratuitement sur des questions relatives à la sécurité et à la santé au travail dans le cadre des contrôles qu'elle a effectués pendant la période de référence, ainsi que des résultats obtenus (importants progrès réalisés en vue de fournir des conditions de travail sûres et salubres, accroissement de la part relative des entreprises ayant procédé à une évaluation des risques, adoption d'un programme visant à éliminer les risques, et actions engagées aux fins de sa mise en œuvre).

Le rapport indique que, dans le cadre du projet consacré à la « Prévention en matière de sécurité et santé au travail », des outils pratiques pour l'évaluation des risques sur le lieu de travail (applicables à 30 activités économiques, voir *infra*) ont été élaborés. Un instrument interactif d'évaluation des risques en ligne est accessible à tous les employeurs, personnels d'encadrement et travailleurs par le biais de la plateforme OiRA. Cet outil permet aux employeurs bulgares et européens de réaliser eux-mêmes, sans faire appel à des consultants extérieurs, l'évaluation obligatoire des risques au sein de l'entreprise qui est exigée par la loi, et d'organiser des formations et des réunions d'information à l'intention de leurs travailleurs.

Le Comité considère que des mesures de prévention des risques professionnels, de sensibilisation et d'évaluation des risques liés au travail sont en place et que l'information et la formation des travailleurs sont assurées au niveau national et au niveau de l'entreprise. Il note en outre que l'Agence exécutive de l'Inspection du travail s'emploie à développer une culture de la santé et de la sécurité chez les employeurs et les travailleurs et partage les connaissances sur les risques et sur leur prévention acquises lors des inspections. La situation est donc conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

En réponse aux questions du Comité concernant l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs (Conclusions 2013), le rapport indique que l'Agence exécutive de l'Inspection du travail a mis en œuvre le projet intitulé « Prévention en matière de sécurité et santé au travail », cofinancé par l'Union européenne par le biais du Fonds social européen. Dans le cadre de ce projet, l'Agence a élaboré 30 profils « Santé et sécurité au travail » correspondant à différentes activités économiques et présentant des informations structurées pour chacun de leurs volets (Classification des activités économiques, 2008). Le Comité note que ces 30 profils ont été sélectionnés en concertation avec les partenaires sociaux sur la base des résultats d'une enquête nationale sur les conditions de travail couvrant toutes les activités économiques, qui a fourni des données à jour relatives à tous les aspects des conditions de travail. Une fois définies les 30 activités économiques,

socialement importantes, qui induisent le plus de risques, des modèles de systèmes de gestion garantissant des conditions de travail salubres et sans danger ont été conçus. Toujours dans le cadre de ce projet, des codes de bonnes pratiques contenant des règles techniques des lignes directrices et des principes directeurs en matière de santé et de sécurité pour les 30 activités en question ont été élaborées.

Le rapport ajoute que des séminaires de formation portant sur la définition et la mise en place desdits modèles de systèmes de gestion garantissant des conditions de travail salubres et sans danger ont été organisés à l'intention d'experts et de cadres sur l'élaboration, et ce pour les différentes activités économiques visées.

Le Comité constate l'existence d'un système visant à améliorer la sécurité et la santé au travail par la recherche, le développement et la formation.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013 et 2009), le Comité a noté que le Conseil national pour les conditions de travail promouvait efficacement le dialogue social au niveau national et qu'il existait des conseils régionaux équivalents dans tous les districts. Il a demandé des informations détaillées sur les mécanismes de consultation existant dans les entreprises. En réponse, le rapport indique que le dialogue social bilatéral en entreprise en matière de santé et de sécurité au travail intervient au niveau des comités et des groupes qui s'occupent des questions touchant aux conditions de travail. Un comité des conditions de travail composé de quatre à dix membres est constitué dans chaque entreprise d'au moins 50 salariés. Dans les entreprises ayant des effectifs importants et une structure complexe (fragmentation territoriale), un comité peut aussi être mis en place, en plus de celui créé au niveau de l'entreprise, dans chacune de ses unités. Un groupe chargé des conditions de travail est institué dans toutes les entreprises (y compris celles du secteur public) regroupant de cinq à 50 salariés, ainsi que dans chacune de leurs unités. Dans les entreprises de moins de cinq salariés, l'employeur examine les questions de santé et de sécurité avec ses employés, notamment en cas de risques présentant un danger imminent pour la santé et la sécurité des travailleurs ou constituant une menace pour leur vie. Au niveau de l'entreprise, le dialogue social sur les questions de santé et de sécurité au travail repose sur les conventions collectives, conformément aux dispositions du Code du travail. Le Comité renvoie au rapport pour une description détaillée des mécanismes de consultation au niveau de l'entreprise.

Le rapport indique en outre que, conformément à l'article 41 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, des conseils sectoriels et des conseils de branche sur les conditions de travail ont été établis au sein des différents ministères et institutions. Ils rassemblent des représentants des fédérations nationales sectorielles ou de branche, des syndicats et des associations représentatives des travailleurs, des structures sectorielles ou de branche pour les organisations patronales, et un nombre égal de représentants de l'institution ou du ministère compétent. Ces conseils analysent la situation et dressent un bilan des efforts déployés pour garantir la santé et la sécurité au travail dans le secteur considéré, et se chargent d'arrêter, après en avoir discuté, des règles et prescriptions à cet effet. Ils étudient également et promeuvent des expériences, et organisent des concours, ateliers et campagnes, de même que des formations axées sur les normes et les méthodes propres à assurer la santé et la sécurité au travail.

Le Comité relève par ailleurs qu'à l'échelon national, les consultations se déroulent au sein du Conseil national pour les conditions de travail, organe tripartite permanent qui est chargé de la coordination, des consultations et de la coopération pour l'élaboration de la politique en matière de sécurité et de santé au travail au niveau national. Le Programme national de santé et sécurité en milieu professionnel pour la période 2016-2020 a été approuvé par ledit Conseil.

Le Comité constate l'existence d'une coopération réelle entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux, tant au plan national qu'au niveau des entreprises.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Bulgarie 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 Bulgarie.

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

Le rapport contient une liste des textes en matière de santé et de sécurité au travail qui ont été adoptés ou modifiés durant la période de référence. Les changements concernent, entre autres, la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques pendant l'exercice de leur activité professionnelle et à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes, le droit de certaines catégories de travailleurs à des conditions de travail salubres et sans danger (travailleurs temporaires, salariés employés en contrat à durée déterminée, travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes, travailleurs âgés de moins de 18 ans), les exigences de sécurité applicables aux machines et autres équipements techniques, et les prescriptions relatives au microclimat de l'environnement de travail.

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. Il 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 Bulgarie 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 prévus par les textes législatifs et réglementaires pour certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013) relative à la transposition des directives européennes, le rapport indique que la Directive 2009/104/CE est entièrement transposée dans le droit national en matière de santé et de sécurité au travail par l'arrêté n° 7/1999 sur les exigences minimales de sécurité et de santé au travail et dans l'utilisation de l'équipement de travail (SG n° 88/1999). En ce qui concerne la Directive 2013/35/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques) et abrogeant la Directive 2004/40/CE, le délai de transposition par les États membres est fixé au 1er juillet 2016. Le Comité relève que, selon le rapport, un projet d'arrêté concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux champs électromagnétiques a été rédigé en vue de transposer les dispositions de la Directive 2013/35/CE en droit interne. Ce projet doit encore être soumis à consultation publique et examiné par le Conseil national pour les conditions de travail. Il sera ensuite approuvé conjointement par le Ministre du Travail et de la Politique sociale et par le Ministre de la Santé.

Le rapport indique aussi qu'une loi modifiant et complétant la loi relative à la sécurité et à la santé au travail (SG n° 27/2014) a été adoptée pendant la période de référence. Cette loi crée un cadre juridique pour la délivrance des autorisations d'opérations relatives à une méthode spéciale ou à une technique de dynamitage. D'autres modifications ont élargi les droits des travailleurs en matière de maîtrise des conditions de travail. Un arrêté relatif aux prescriptions minimales concernant le microclimat de l'environnement de travail (SG n° 63/2014) a également été adopté. Il fixe des exigences minimales pour la protection des travailleurs contre les risques pour la sécurité et la santé découlant des paramètres

microclimatiques des espaces de travail dans les bâtiments et de mauvaises conditions météorologiques en cas de travail en extérieur. Il fixe également des valeurs limites correspondant aux paramètres d'ambiance des espaces de travail à l'intérieur des bâtiments (température, humidité, circulation de l'air). Le rapport explique aussi que l'arrêté modifiant et complétant l'arrêté n° RD-07/8 du 20 décembre 2008 relatif aux prescriptions minimales pour la signalisation de sécurité et/ou de santé au travail (SG n° 46/2015), met en œuvre les dispositions de 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.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations plus détaillées sur la mise en œuvre, à partir d'une évaluation obligatoire des risques sur les lieux de travail, de mesures de prévention adaptées à la nature des risques et d'actions d'information et de formation des travailleurs, ainsi que sur le calendrier provisionnel de mise en œuvre. Le rapport indique que l'arrêté n° RD-07-2 relatif aux conditions et procédures pour la réalisation de séances périodiques de formation et d'information des travailleurs afin d'assurer le respect des règles en matière de santé et de sécurité au travail fixe les modalités de ces formations et est applicable dans tous les lieux de travail ou de formation conformément à l'article 2, alinéas 1 et 2, de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail. L'employeur est tenu de s'assurer que chaque travailleur a suivi une formation appropriée ou a assisté à une séance d'information sur la sécurité et la santé au travail tenant compte de la spécificité de la profession ou de l'activité exercée et du lieu de travail, l'objectif étant de lui faire prendre conscience des éventuels dangers et d'avoir connaissance des résultats de l'évaluation des risques de l'entreprise.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le rapport indique que la Directive 2009/161/UE établissant une troisième liste de valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle en application de la directive 98/24/CE du Conseil et portant modification de la directive 2000/39/CE de la Commission est mise en œuvre par l'arrêté modifiant et complétant l'arrêté n° 13/2003 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques pendant l'exercice de leur activité professionnelle (SG n° 2/2012). Selon le rapport, 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 également été mise en œuvre par l'arrêté modifiant et complétant l'arrêté n° 13/2003 (SG n° 46/2015) concernant les prescriptions minimales de santé et de sécurité applicables en cas de risques liés à une exposition à des agents chimiques pendant l'exercice de l'activité professionnelle ou de risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail. Selon cet arrêté, l'employeur est tenu de dispenser aux travailleurs et à leurs représentants une formation et des informations sur les garanties existantes, sur les mesures de protection individuelle et sur les mesures à prendre pour assurer la protection des autres travailleurs. Il doit permettre l'accès aux fiches de données de sécurité relatives aux agents chimiques employés, et garantir la fiabilité et la mise à jour des informations.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les mesures adoptées pour intégrer dans le droit interne la limite d'exposition de 0,1 fibre par cm^3 instaurée par la Directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. Le rapport indique en réponse que la Directive

2009/148/CE est entièrement transposée dans le droit national en matière de santé et de sécurité au travail par la loi modifiant et complétant la loi relative à la santé (SG nº 59/2006) et par l'arrêté nº 9 du 4 août 2006 émanant du ministère du Travail et de la Politique sociale et du ministère de la Santé relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant l'exercice de l'activité professionnelle (SG nº 71/2006). Le Comité relève que le niveau de concentration actuellement fixé pour l'amiante est de 0,1 fibre/cm^3 (cette valeur limite est applicable à la chrysotile et aux variétés d'amiante amphibole – actinolite, amosite, anthophyllite, crocidolite et trémolite). Le rapport ajoute que les travaux de démolition et/ou de retrait de l'amiante ou de matériaux contenant de l'amiante sont réalisés par des personnes physiques ou morales ayant obtenu l'autorisation prévue par la loi relative à la santé. Toutes les opérations de démolition et désamiantage de bâtiments, structures, entreprises, installations ou bateaux requièrent une autorisation préalable du directeur du service d'inspection régionale compétent pour le territoire sur lequel sont exécutés les travaux. La procédure de délivrance des autorisations prévoit des conditions particulières imposées en application des dispositions de la Section VII – « Protection de la santé des citoyens lors de l'exécution de travaux sur un chantier contenant de l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante » – de la loi relative à la santé.

La République de Bulgarie a par ailleurs interdit l'importation, la fabrication et l'utilisation de toutes les variétés de fibres d'amiante et de tout produit en contenant à compter du 1er janvier 2005. Cette interdiction a été établie par un arrêté concernant les substances et préparations chimiques dangereuses soumises à interdiction ou à des restrictions de mise sur le marché ou d'utilisation.

Le Comité prend note des mesures envisagées qui sont exposées dans le rapport (création du Profil national de l'amiante, développement d'un registre des travailleurs exposés à l'amiante au niveau national et réalisation de plusieurs inspections, entre autres).

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le rapport indique que le cadre juridique propre aux radiations ionisantes et au contrôle de l'exposition auxdites radiations est constitué par un ensemble de dispositions contenues dans la loi relative à la santé, la loi sur la sûreté de l'utilisation de l'énergie nucléaire et divers instruments législatifs secondaires.

Aux termes de la loi sur la sûreté de l'utilisation de l'énergie nucléaire, l'énergie nucléaire et les rayonnements ionisants sont utilisés conformément aux prescriptions et principes de sûreté nucléaire et de radioprotection en vue d'assurer la protection de la vie humaine, de la santé et des conditions de vie des générations tant présentes que futures, de l'environnement et des biens matériels contre l'influence nocive des rayonnements ionisants. Cette loi prévoit que l'exposition aux rayonnements ionisants du personnel et du public est maintenue au niveau le plus bas qu'il soit raisonnablement possible d'atteindre. La réglementation par l'État de la sûreté de l'utilisation de l'énergie nucléaire et des rayonnements ionisants est mise en œuvre par l'Agence de la réglementation nucléaire.

La loi relative à la santé comporte une section consacrée à la protection contre les radiations ionisantes. L'article 64 dispose ainsi que la protection des individus contre les effets des rayonnements ionisants repose sur le respect des principes de la radioprotection édictés par cette loi et par la loi sur la sûreté de l'utilisation de l'énergie nucléaire. Le Comité prend note des mesures de protection contre les radiations ionisantes énumérées dans le rapport. La surveillance médicale des personnes qui travaillent en présence ou à proximité de sources de radiations ionisantes est assurée par le Centre national de radiobiologie et de radioprotection et par des établissements médicaux.

Le rapport fait état de l'adoption d'un arrêté relatif aux normes fondamentales de radioprotection (SG nº 76 du 5 octobre 2012). Ce texte définit les exigences essentielles en matière de radioprotection, les critères applicables et les possibilités de dérogation aux limites réglementaires, ainsi que les mesures de radioprotection à prévoir dans le cadre

d'activités utilisant l'énergie nucléaire ou des sources de radiations ionisantes (SRI) au sens de la loi sur la sûreté de l'utilisation de l'énergie nucléaire.

Le Comité conclut que les niveaux de prévention et de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes sont conformes à l'article 3§2 de la Charte. 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.

S'agissant de la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail concernant spécifiquement certaines catégories de travailleurs, le rapport indique que les textes réglementaires ci-après ont été modifiés pendant la période de référence : l'arrêté n° RD 07-8 du 13 juillet 2015 sur les conditions et la procédure de soumission, enregistrement et déclaration, auprès des services de l'Inspection du travail, des contrats de travail conformément à l'article 114*a*, paragraphe 1, du Code du travail (SG n° 54/2015), qui expose en détail les modalités de soumission, enregistrement et déclaration à l'Inspection du travail des contrats à durée déterminée pour des emplois agricoles à caractère saisonnier ; l'arrêté n° 07-4 du 15 juin 2015 relatif à l'amélioration des conditions de travail des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes (SG n° 46/2015) et l'arrêté modifiant et complétant l'arrêté n° 6/2006 fixant les conditions de délivrance d'un permis de travail aux personnes âgées de moins de 18 ans (SG n° 46/2015), qui met en œuvre les prescriptions de la Directive 2014/27/UE en ce qui concerne les exigences minimales en matière de santé et de sécurité au travail.

Travailleurs temporaires

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur le droit des travailleurs temporaires, des travailleurs intérimaires et des travailleurs sous contrat à durée déterminée d'être représentés au travail. Le rapport indique en réponse qu'en vertu de l'article 68.2 du Code du travail, les salariés sous contrat à durée déterminée visés par l'article 68.1 du Code du travail ont les mêmes droits et les mêmes obligations que ceux sous contrat à durée indéterminée. Ils ne peuvent être désavantagés, uniquement en raison de la nature de leur relation d'emploi conclue pour une durée limitée par rapport aux travailleurs sous contrat à durée indéterminé qui effectuent le même travail ou ont des fonctions similaires dans l'entreprise, sauf si la loi subordonne l'exercice de certains droits aux qualifications possédées ou aux compétences acquises. Quand il n'y a pas de salariés occupant un poste identique ou similaire, les travailleurs sous contrat à durée déterminée ne doivent pas être désavantagés par rapport aux travailleurs titulaires d'un contrat à durée indéterminée. Le Comité prend note de ce que les travailleurs sous contrat à durée déterminée ont les mêmes droits en matière de représentation que les travailleurs sous contrat à durée indéterminée.

Le rapport indique que la loi confère un niveau identique de protection contre les risques professionnels à l'ensemble des travailleurs. Les principales dispositions en la matière figurent dans le Code du travail, la loi relative à la santé et à la sécurité au travail et l'arrêté n° 5 du 20 avril 2006 concernant l'obligation d'offrir des conditions de travail salubres et sans danger aux travailleurs sous contrat à durée déterminée ou titulaires d'un contrat de travail temporaire. L'arrêté modifiant et complétant l'arrêté n° 5 du 20 avril 2006 (SG n° 19/2013) veille à ce que les dispositions relatives à l'obligation d'offrir des conditions de travail salubres et sans danger aux travailleurs sous contrat à durée déterminée ou titulaires d'un contrat de travail temporaire soient conformes aux modifications apportées au Code du travail concernant le travail à domicile et le télétravail. Le rapport ajoute que le meilleur

contrôle des conditions de travail des personnes non recrutées en contrat à durée indéterminée constitue une mesure supplémentaire dans ce domaine. L'Agence exécutive de l'Inspection générale du travail a mené pendant deux ans des campagnes de contrôle ciblées sur les employés placés par des agences de travail temporaire.

En ce qui concerne les modifications apportées au droit du travail au cours de la période de référence concernant la protection des travailleurs temporaires et des travailleurs sous contrat à durée déterminée, le rapport mentionne la loi modifiant et complétant le Code du travail (SG n° 7 du 24 janvier 2012), adoptée en liaison avec la Convention n° 181 (1997) de l'OIT sur les agences d'emploi privées (ratifiée) et avec la Directive 2008/104/CE du Parlement européen et du Conseil relative au travail intérimaire, qui définit la nature spécifique de la relation contractuelle entre les agences de travail temporaire, les travailleurs et les entreprises utilisatrices, et la loi modifiant et complétant le Code du travail (SG n° 54 du 17 juillet 2015), qui traite notamment du contrat à durée déterminée pour des emplois à caractère saisonnier dans l'agriculture.

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

En réponse aux questions du Comité, le rapport indique que, conformément aux dispositions de l'article 14.1 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, les personnes morales et les personnes physiques qui emploient de façon indépendante des travailleurs, qui ont recours à des travailleurs envoyés par une entreprise de travail temporaire, ou qui font appel à des travailleurs installés à leur propre compte ou associés à d'autres sont tenues d'assurer la sécurité et la protection de la santé, dans tous les aspects liés au travail, des travailleurs et de toutes autres personnes qui se trouveraient à un moment ou un autre à l'intérieur ou à proximité du lieu de travail (locaux, sites, etc.). Selon l'article 2.1 de la loi précitée, cette règle vaut pour toutes les entreprises et tous les lieux de travail ou de formation, indépendamment de la forme d'organisation, du type de propriété et du motif pour lequel le travail ou la formation est effectué, sauf dispositions contraires prévues dans une autre loi ou un accord international. Aux termes de l'article 107*d*, al. 3 du Code du travail, l'employeur est tenu d'assurer des conditions de travail salubres et sans danger aux travailleurs à domicile.

Le Comité constate que les travailleurs à domicile et les travailleurs indépendants entrent dans le champ d'application de la législation nationale relative à la santé et à la sécurité au travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé la situation conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point. Il renvoie à son appréciation au titre de l'article 3§1 (Conclusions 2017) concernant les mécanismes de consultation au niveau national, et considère que la situation demeure conforme sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Bulgarie est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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 Bulgarie.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé la situation non conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures visant à réduire le taux excessif d'accidents mortels étaient insuffisantes. Il a demandé des informations sur les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents mortels et pour mettre fin à une éventuelle sous-déclaration des accidents du travail dans la pratique. En réponse, le rapport indique que l'Agence exécutive de l'Inspection générale du travail a créé en 2014 sur son site internet une rubrique intitulée « Accidents graves – Causes et violations », qui permet aux visiteurs d'avoir une idée des causes et des violations les plus fréquentes à l'origine des accidents mortels au travail. L'Agence a en outre ouvert une ligne téléphonique gratuite pour faciliter le signalement de tout accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Le rapport ajoute que les mesures envisagées dans les programmes annuels de l'Agence mettent l'accent sur l'amélioration quantitative et qualitative des activités des services d'inspection, sur la recherche systématique et cohérente de la responsabilité administrative et pénale de ceux qui enfreignent le droit du travail et sur les moyens de parvenir à un équilibre raisonnable dans le contrôle des entreprises à haut risque ayant un taux élevé d'incidence de traumatismes professionnels. L'une des mesures définies dans le programme d'activité annuel de l'Agence consiste à analyser les résultats des contrôles opérés dans les entreprises qui gravitent dans des secteurs d'activité ayant un impact considérable sur les statistiques nationales des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans le cadre d'un programme intitulé « Inspecter toutes les entreprises dans tous les secteurs d'activité, en vue de garantir le respect des dispositions du Code du travail, de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, de la loi d'incitation à l'emploi et de la loi sur la fonction publique ». Le Comité relève également dans les informations communiquées au Comité gouvernemental (rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013) que d'autres mesures ont été prises afin de réduire le nombre d'accidents mortels d'origine professionnelle et le nombre d'accidents ayant entraîné un handicap.

S'agissant des mesures visant à lutter concrètement contre l'éventuelle non-déclaration de tous les accidents du travail, le Comité relève dans les informations communiquées au Comité gouvernemental (rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013) que les démarches à accomplir pour faire constater un accident sont régies par le Code de la Sécurité sociale et par l'arrêté relatif aux procédures de constatation, d'investigation, d'enregistrement et de déclaration en cas d'accident du travail. Une mesure fondamentale destinée à lutter contre la non-déclaration de tous les accidents du travail est la procédure de constatation proprement dite (communication officielle), qui repose sur le principe de l'assurance.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les sanctions applicables aux employeurs qui ne respectent pas leurs obligations de déclaration. Le rapport indique qu'une déclaration d'accident est une communication officielle soumise à l'unité territoriale compétente de l'Institut national de sécurité sociale. La déclaration peut être déposée à la fois par l'assureur ou l'entreprise utilisatrice, en cas de recours à l'intérim, et par la victime ou ses héritiers. L'Institut national de sécurité sociale est l'organisme chargé de vérifier que les obligations établies par l'arrêté précité ont été respectées. Le Comité relève dans les informations communiquées au Comité gouvernemental (rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013) qu'une non-déclaration d'accident par l'assureur est considérée comme une infraction à la loi relative au régime public d'assurance sociale engageant sa responsabilité administrative et pénale. Les entreprises qui enfreignent la loi s'exposent à une sanction de 100 à 2 000 BGN (de 51€ à 1 022€), fixée au cas par cas, et les assureurs – personnes morales et

propriétaires uniques – sont passibles d'une sanction de 500 à 2 000 BGN (de 255 € à 1 022€), également imposée au cas par cas. Dans l'hypothèse où une nouvelle infraction serait commise, son auteur encourt une astreinte et/ou une amende d'un montant égal à plus du double de celui fixé la première fois.

Le rapport indique que, d'après les données Eurostat, le nombre d'accidents du travail non mortels ayant occasionné au moins quatre jours civils d'absence est resté stable durant la période de référence (2 278 en 2012 et 2 246 en 2014). Le taux d'incidence standardisé des accidents du travail non mortels pour 100 000 personnes occupées a légèrement diminué, passant de 84,87 en 2012 à 82,45 en 2014. Le Comité constate que ce taux est sensiblement inférieur à la moyenne des 28 pays de l'UE (1 717,15 en 2012 et 1 642,09 en 2014). Le nombre d'accidents mortels a augmenté, passant de 98 en 2012 à 117 en 2014. Le taux d'incidence standardisé des accidents du travail mortels pour 100 000 personnes occupées a augmenté de 4,65 en 2012 à 5,43 en 2014. Le Comité note que le taux d'incidence standardisé des accidents du travail mortels est sensiblement supérieur à la moyenne des 28 pays de l'UE (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014). Selon le rapport, les secteurs d'activité ayant enregistré le plus grand nombre d'accidents mortels durant la période de référence sont l'industrie manufacturière, le bâtiment, les véhicules à moteurs et les cyclomoteurs, le transport et le stockage.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des données chiffrées sur les maladies professionnelles. Le Comité note que, conformément à l'article 56 du Code de la Sécurité sociale, une maladie est dite professionnelle si elle survient de façon exceptionnelle ou essentiellement sous l'influence qu'ont sur l'organisme des facteurs préjudiciables présents dans l'environnement professionnel ou le processus de travail, et a causé une invalidité temporaire pour le travail, une invalidité permanente pour le travail ou la mort. Les maladies professionnelles sont consignées dans un tableau établi par décret du Conseil des Ministres, sur proposition du Ministre de la Santé. Une maladie non consignée dans ce tableau peut toutefois être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il s'avère qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de l'assuré et entraîne une incapacité temporaire de travail, une incapacité permanente qui réduit la capacité de travail, ou le décès de l'assuré. Le Comité prend note de la répartition des cas enregistrés par année (ces maladies professionnelles ont été reconnues pour la première fois au cours de l'année considérée) et des principales classifications détaillées dans le rapport.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des explications concernant les disparités entre le nombre d'accidents mortels indiqué dans le rapport, les chiffres d'EUROSTAT et ceux d'ILOSTAT. Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. Le Comité relève dans les informations communiquées au Comité gouvernemental (rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013) que les disparités s'expliquent par le fait que ces deux organismes utilisent des méthodes différentes pour déterminer le périmètre des accidents (voir le rapport du Comité gouvernemental pour plus de précisions). L'Institut national de sécurité sociale est une source externe de données pour l'Institut national des statistiques lorsqu'il est appelé à établir des statistiques sur les accidents du travail. Il communique les chiffres relatifs aux accidents du travail au ministère du Travail et de la Politique sociale, et directement à Eurostat et à l'Organisation internationale du Travail – LABORSTA (ILOSTAT).

Le rapport indique aussi qu'en vertu de modifications apportées au Code de la sécurité sociale, les obligations de l'assureur définies dans la procédure d'enregistrement et de déclaration des accidents du travail s'appliquent également à une entreprise utilisatrice lorsque les ouvriers ou les employés y sont envoyés pour des contrats temporaires (arrêté relatif aux procédures de déclaration, d'enregistrement, de confirmation, de contestation et de déclaration d'une maladie professionnelle et arrêté relatif aux procédures de constatation, d'investigation, d'enregistrement et de déclaration en cas d'accident du travail).

Le Comité considère, au vu des renseignements fournis, que les mesures visant à réduire le taux excessif d'accidents mortels demeurent insuffisantes. Il demande que le prochain rapport fasse état des causes les plus fréquentes d'accidents du travail ainsi que des activités de prévention et des mesures coercitives mises en œuvre pour les éviter.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion sur ce point (Conclusions 2013) et demandé des informations sur le nouveau système d'inspection du travail prévu par la loi du 19 juin 2008. Le rapport indique en réponse qu'un nouveau règlement organique de l'Agence exécutive de l'Inspection générale du travail a été adopté en Conseil des Ministres (décret n° 83 du 22 avril 2008, JO n° 44 du 9 mai 2008). Ce nouveau règlement organisait la refonte de la structure de l'Agence, ramenant le nombre de Directions de l'Inspection du travail de 28 en 2008 à 21 en 2014. L'effectif de l'Agence était de 495 salariés. Le règlement organique susmentionné a ensuite été abrogé par le décret n° 2 du 13 janvier 2014 du Conseil des Ministres, entré en vigueur au 29 janvier 2014 (JO n° 6 du 21 janvier 2014). L'effectif de l'Agence est demeuré inchangé. En revanche, le nouveau règlement organique a remodifié sa structure territoriale en créant pour la première fois une Direction générale de l'Inspection du travail coiffant 28 Directions territoriales (le nombre des directions a été augmenté). Cette structure correspond à la division administrative du pays. Chacune des directions est implantée dans un centre administratif régional.

Selon le rapport, l'Agence s'acquitte de sa mission en contrôlant rigoureusement l'application du droit du travail dans tous les secteurs d'activité ; elle vérifie plus spécialement le respect de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, de la loi d'incitation à l'emploi, de la loi relative à la performance de la fonction publique et aux droits et obligations des employés de la fonction publique, et d'autres instruments juridiques lorsque la loi l'exige ; elle donne des informations et des avis techniques aux employeurs et aux salariés concernant les méthodes les plus efficaces pour respecter la réglementation du travail, la loi relative à la santé et à la sécurité au travail et tout autre instrument juridique pour lequel l'Agence est investie d'une mission de contrôle par la loi. L'Agence notifie en outre les autorités compétentes des lacunes constatées dans la réglementation en vigueur.

Le rapport précise que, conformément à l'article 4 de la loi relative à l'Inspection du travail, les services d'inspection se doivent notamment de s'assurer du respect de la réglementation en matière de travail, de sécurité sociale et d'assurance maladie, et d'exercer un contrôle spécialisé de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail et de la loi d'incitation à l'emploi. Conformément aux dispositions de l'article 5.1, les contrôles sont réalisés de façon indépendante ou conjointement avec les organes exécutifs ou les structures administratives spécialisées qui sont chargés par la loi de mener à bien les activités entrant dans le champ de l'article 4. Le Comité prend note des activités qui devraient être dirigées et coordonnées par le Ministre du Travail et de la Politique sociale en vertu de l'article 6 de la loi relative à l'Inspection du travail.

Le Comité prend note des projets mis en œuvre par l'Agence en 2013 en vue de renforcer ses capacités administratives. Le rapport ajoute que l'Agence organise et dispense des stages de mise à niveau destinés à renforcer les capacités administratives des inspecteurs du travail (15 formations suivies par 436 personnes en 2013). Les médias régionaux et nationaux ont par ailleurs publié ou diffusé quantité d'informations concernant les activités de l'Agence, et un grand nombre de services d'information ont été assurés à l'intention des médias et du public.

Le rapport souligne que, conformément à l'article 404.1.5 du Code du travail, une mesure administrative coercitive autorise les inspecteurs du travail à ordonner que les ouvriers ou employés qui ne connaissent pas la réglementation en matière de santé et sécurité ou qui n'ont pas la formation et les connaissances requises soient mis à l'arrêt . En ce qui concerne l'application de cette mesure ou des mesures de suspension décidées pour infraction aux

dispositions des articles 281 à 284 du Code du travail ou pour infraction aux dispositions de l'arrêté n° RD-07-2 du 16 décembre 2009, qui détermine les conditions et procédures d'organisation de sessions régulières de formation et d'information des salariés sur le respect de la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail, le rapport indique qu'une telle mesure a été prise dans 27 cas en 2012, 28 en 2013, 31 en 2014 et 34 en 2015.

Le rapport indique que le nombre de travailleurs concernés par les visites d'inspection reste stable (1 539 744 en 2015 et 1 575 447 en 2012).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a aussi demandé des informations mises à jour sur les mesures adoptées et les sanctions imposées (nombre d'infractions, type de mesures et de décisions, nombre et volume des amendes, nombre de suspensions d'activité, nombre de poursuites pénales engagées) par les autorités publiques dotées de pouvoirs d'inspection du travail. En réponse, le rapport indique que le nombre total d'infractions constatées en matière de santé et sécurité au travail est resté stable en 2015 (111 117 en 2012, 101 945 en 2013, 114 135 en 2014 et 111 895 en 2015). Le nombre d'ordonnances pénales prononcées pour des infractions liées à la santé et à la sécurité au travail a diminué, passant de 3 661 en 2012 à 2 393 en 2015. Les types de sanctions administratives prononcées pour des infractions au droit du travail, notamment pour non-respect des règles obligatoires de santé et de sécurité, sont des amendes – pour les personnes physiques (2 174 452,7 € (1 111 780 BGN) en 2012 et 929 723,4 € (475 360 BGN) en 2015) – et des peines de confiscation de biens – pour les personnes morales et les propriétaires uniques (34 379 718,6 € (17 578 071 BGN) en 2012 et 23 779 880,8 € (12 158 460 BGN) en 2015). Le rapport souligne que l'Inspection du travail ne dispose pas d'informations détaillées relatives au nombre de sanctions administratives prononcées pour infraction à la réglementation en matière de santé et sécurité au travail sous forme d'amende ou de confiscation de biens.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a aussi demandé des informations relatives aux sanctions prononcées à l'encontre des employeurs qui n'avaient pas respecté leur obligation de fournir instructions et formation et d'organiser les examens voulus, comme requis par les articles 281 à 284 du Code du travail. Le rapport indique que 18 241 infractions en la matière ont été constatées en 2015 (17 720 en 2014, 15 847 en 2013 et 16 107 en 2012). De plus, en 2015, 670 déclarations d'infraction administrative ont été établies pour manquement avéré aux obligations d'information et de formation (556 en 2014, 597 en 2013 et 761 en 2012), et 643 ordonnances pénales ont été prononcées (550 en 2014, 578 en 2013 et 732 en 2012).

Le rapport indique en outre que le nombre d'infractions avérées en matière sanitaire est passé de 1 361 en 2012 à 2 409 en 2015 (article 282 du Code du travail – Obligation de l'employeur d'assurer à ses salariés des conditions d'hygiène et un service de médecine du travail conformes aux normes).

Le Comité note qu'au terme de l'article 3§3 de la Charte, les États Parties doivent mettre en œuvre des mesures pour orienter davantage l'Inspection du travail sur les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Faute de trouver dans le présent rapport une réponse à sa question sur ce point (Conclusions 2013), le Comité demande que les informations demandées figurent dans le prochain rapport.

Le Comité prend note des informations fournies. Ces renseignements ne sont toutefois pas suffisants pour apprécier la conformité à cette partie de l'article 3§3 de la Charte. Le Comité demande donc que le prochain rapport indique la proportion de travailleurs couverts par les visites d'inspection et le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet de contrôles en matière de santé et de sécurité pour les années couvertes par la période de référence. En attendant, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bulgarie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures visant à réduire le nombre d'accidents mortels 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 Bulgarie.

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2003) les questions relatives à l'institution progressive de services de médecine du travail. Il a ajourné sa conclusion dans l'attente d'informations sur les mesures prises pour promouvoir le développement progressif de tels services à une échéance raisonnable, au prix de progrès mesurables, en utilisant au mieux les ressources mobilisables, ainsi que sur les stratégies visant à instaurer l'accès à ces services pour tous les travailleurs dans toutes les branches d'activité économique et toutes les entreprises. Il a aussi indiqué que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à l'article 3§4 de la Charte.

Le Comité note que la République de Bulgarie a ratifié la Convention n° 161 de l'OIT, sur les services de santé au travail (1985) le 1er mars 2012. Il relève également que, d'après les informations figurant dans les commentaires de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) de l'OIT publiés en 2016 (105e session CIT) et concernant la convention précitée, la politique nationale relative aux services de médecine du travail fait partie intégrante de la politique nationale de santé et sécurité au travail (SST), laquelle est mise en œuvre au moyen des programmes nationaux de SST qui sont élaborés chaque année en consultation avec les partenaires sociaux. Selon la même source, dans le programme national de 2014 relatif à la SST, les mesures concernant les services de médecine du travail prévoyaient notamment l'élaboration de modules de formation et la formation pour les formateurs, des cours de qualifications postuniversitaires et des cours pour spécialistes, l'élaboration de moyens d'évaluation des risques et la définition des termes et procédures des examens médicaux réguliers et obligatoires des ouvriers et des employés de bureau.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quel était le nombre de médecins du travail par rapport à la population active. Le rapport indique que, selon les données issues d'une analyse réalisée en 2015 par le Centre national de santé publique et d'analyses, 473 services régionaux de médecine du travail sont enregistrés sur le territoire bulgare ; 196 d'entre eux exercent leur activité dans plusieurs régions. Le Comité relève que 403 médecins sont spécialisés en médecine/hygiène du travail et que 56 médecins n'ayant pas cette spécialité sont attachés à un service de médecine du travail. Environ 3 % des spécialistes en médecine/hygiène du travail ont acquis une seconde spécialité. Au total, 576 personnes titulaires d'un diplôme d'enseignement technique supérieur travaillent dans un service de médecine du travail ; 15 % d'entre eux sont des ingénieurs mécaniques ; il y a également des ingénieurs électriciens, ainsi que des ingénieurs en santé et sécurité au travail. Les effectifs des services de médecine du travail comprennent aussi 557 autres spécialistes dont 48 infirmiers, 65 économistes, 267 techniciens spécialisés, 97 personnes diplômées de l'enseignement secondaire et 80 spécialistes diplômés de l'enseignement supérieur ayant un profil différent – chimistes, physiciens, biologistes.

S'agissant des mesures prises à l'égard des employeurs qui n'assuraient pas l'accès de leurs salariés à des services de médecine du travail, le rapport indique que le nombre de constats d'infractions à l'article 25 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, qui oblige les employeurs à prévoir des services de médecine du travail, a diminué de 70 en 2012 à 35 en 2015.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations concernant le nombre d'entreprises qui disposent d'un service interne de santé et de sécurité au travail ou qui le partagent avec d'autres entreprises, en chiffres absolus, outre ceux qui ressortent des visites de l'Inspection du travail. Le rapport indique qu'en 2015, sur l'ensemble des entreprises ayant fait l'objet d'un contrôle, 30 948 (soit 80 % des

entreprises contrôlées) assuraient l'accès de leurs salariés à des services de médecine du travail (contre 33 435 en 2012). Dans 290 entreprises, ce service a été mis en place par les autorités de l'Agence exécutive de l'Inspection générale du travail (contre 467 en 2012).

En réponse à la question du Comité concernant les conséquences des modifications apportées au cadre juridique, le rapport indique que le décret n° 331 relatif à la promulgation d'une loi modifiant et complétant la loi relative à la santé, publié au Journal officiel (JO n° 98 du 14 décembre 2010), a introduit des changements dans l'organisation des expertises médicales et des compétences des inspections régionales de la santé. Le décret n° 142 relatif à la promulgation d'une loi modifiant et complétant la loi relative à la santé, publié au Journal officiel (n° 41 du 2 juin 2009) a introduit de nouveaux changements en matière d'expertise médicale et modifié le statut de la Commission nationale des experts médicaux, de même que les compétences des inspections régionales de la santé. Il a enfin institué l'Agence exécutive « Audit médical ».

Le rapport fait par ailleurs état de l'adoption d'un arrêté relatif aux normes fondamentales de radioprotection (JO n° 76 du 5 octobre 2012). Ce texte contient des dispositions traitant spécifiquement de l'évaluation de l'irradiation et de la surveillance médicale. Selon cet arrêté, les travailleurs exposés aux radiations sont soumis à une surveillance médicale obligatoire afin d'assurer un suivi de leur état de santé et d'établir leur aptitude, d'un point de vue médical, à accomplir les tâches qui leur sont assignées. La surveillance médicale des salariés concernés est assurée par des établissements de soins ou de santé. Les entreprises et les autorités de contrôle spécialisées sont tenues de soumettre à ces établissements les informations relatives aux paramètres de l'environnement et des conditions de travail, ainsi que les résultats du suivi individuel.

Selon le rapport, les principaux instruments juridiques régissant la médecine du travail sont la loi relative à la santé et à la sécurité au travail et l'arrêté n° 3 du 25 janvier 2008 relatif aux conditions et procédures d'exercice de l'activité des services de médecine du travail. La loi modifiant et complétant la loi relative à la santé et à la sécurité au travail de 2007 (JO n° 40/2007) et l'arrêté n° 3/2008 relatif aux conditions et procédures d'exercice de l'activité des services de médecine du travail contiennent des dispositions fixant les modalités d'enregistrement des services de médecine du travail et prévoyant un contrôle spécialisé de leur activité et des dossiers tenus par ces services. Le rapport ajoute que des sanctions spécifiques frappent les personnes qui se sont enregistrées comme prestataires de services de médecine du travail sans que lesdits services respectent les obligations prévues par la loi.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bulgarie 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 Bulgarie.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, d'après l'OMS, l'espérance de vie moyenne à la naissance (pour les deux sexes) était de 74,5 ans en 2015 (selon les données Eurostat, la moyenne enregistrée en 2015 pour les 28 Etats membres de l'UE était de 80,6 ans). Par rapport aux autres pays européens, l'espérance de vie reste faible en Bulgarie – près de six ans de moins que la moyenne relevée dans l'Union européenne.

Avec 15 décès pour 1 000 habitants en 2015, le taux de mortalité s'avère élevé par rapport aux autres pays européens.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quelles mesures étaient prises pour lutter contre les principales causes de mortalité. Le Comité relève dans le rapport qu'en 2015, les maladies cardiovasculaires demeuraient la première cause de mortalité, suivies par le cancer. Le rapport fait état, dans sa réponse, de plusieurs initiatives destinées à lutter contre les maladies en question, à savoir notamment l'adoption d'un Programme national de prévention des affections chroniques non transmissibles pour la période 2014 – 2020, la création de 71 structures spécialisées dans la cardiologie invasive, la modernisation des infrastructures hospitalières dédiées au traitement du cancer, ou encore l'organisation de campagnes annuelles de sensibilisation. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les mesures prises pour lutter contre les causes de mortalité.

La mortalité infantile a varié de façon marginale au cours de la période de référence : elle a été ramenée de 7 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2013 à 6,6 décès en 2015. Le Comité prend note de cette tendance à la baisse de la mortalité infantile, mais constate qu'elle reste supérieure à la moyenne observée dans les 28 pays de l'UE (3,6 pour 1 000 en 2015).

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, le Comité note qu'il était de 11 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015, ce qui demeure supérieur à la moyenne enregistrée dans les autres pays de l'Union européenne.

Le Comité relève dans le rapport de pays établi en 2015 par la Commission européenne (https ://ec.europa.eu/info/sites/info/files/cr2016_bulgaria_en.pdf) que le système de soins de santé bulgare reste peu performant. Sur l'ensemble des Etats membres de l'UE, la Bulgarie se classe en dernière position pour ce qui est de la mortalité infantile (1-14 ans), arrive avant dernière pour ce qui est de la mortalité périnatale et occupe la quatrième place en partant du bas pour ce qui concerne la mortalité évitable. La Bulgarie fait partie des pays de l'UE qui affichent les moins bons chiffres en termes d'espérance de vie et de mortalité. Elle est, de tous les Etats membres, celui qui compte le plus de décès dus aux maladies cardiovasculaires.

Le Comité considère que les taux de mortalité infantile et maternelle élevés, conjugués à une espérance de vie relativement faible, indiquent que la situation de la Bulgarie ne s'inscrit pas dans la moyenne des autres pays européens, et témoignent de la faiblesse du système de santé. En conséquence, il estime que les efforts déployés et les progrès accomplis sont insuffisants en la matière.

Accès aux soins de santé

Le Comité note dans le rapport que la Caisse nationale d'assurance maladie (NHIF) assure le paiement intégral des soins dentaires à des groupes sociaux spécifiques tels que les personnes placées dans des foyers pour des services médicaux et sociaux ; les enfants

placés dans des écoles spécialisées et des foyers et les détenus. L'accès à l'assistance dentaire pour les personnes vivant dans des établissements dans des conditions défavorables a été amélioré grâce au paiement supplémentaire de la NHIF aux dentistes pour les activités menées dans ces zones. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les services et traitements de soins dentaires (tels que les coûts des principaux traitements et la part des patients pris en charge par les patients).

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que les citoyens ainsi que les professionnels de la santé étaient insatisfaits du système de santé et de l'équité. Le Comité a invité le gouvernement à présenter des commentaires sur cette question. Le rapport ne répond pas à cette question particulière.

Le rapport de pays établi en 2015 par la Commission européenne (https ://ec.europa.eu/info/sites/info/files/cr2016_bulgaria_en.pdf) attire l'attention sur le fait que le système de soins de santé bulgare doit faire face à de graves difficultés, notamment un accès limité, de faibles moyens financiers, et de mauvais résultats sur le plan sanitaire. On estime que 12 % des Bulgares n'ont pas de couverture santé. Ce problème de couverture insuffisante ne touche pas toutes les couches de la société de la même manière. Les inégalités d'accès sont le reflet des inégalités de revenus, les plus démunis étant ceux qui ont le plus de mal à obtenir les services que les pouvoirs publics mettent à disposition. L'absence de couverture santé est prédominante parmi la population rom. Le volume élevé de besoins médicaux non satisfaits, essentiellement pour des raisons de coûts, témoigne de l'accès limité aux soins. Le système de soins de santé bulgare continue de se heurter à un manque de moyens financiers et la population est insuffisamment protégée contre les risques matériels liés à une santé déficiente. Les dépenses publiques consacrées aux soins de santé représentaient 4.52 % du PIB en 2013 (pourcentage nettement inférieur à la moyenne des pays de l'UE). Le problème est particulièrement criant pour ce qui concerne les produits pharmaceutiques. Sur l'ensemble des dépenses affectées aux médicaments dans le secteur ambulatoire, la part que l'Etat y consacre est la plus faible de tous les Etats membres de l'UE (23,8 % en 2013, contre 58,4 % en moyenne dans l'UE). Insuffisamment financé par l'Etat, le système de santé n'est pas en mesure de faire en sorte que toute la population ait un accès approprié aux soins. Les pots-de-vin et les rétributions « au noir » sont des pratiques répandues dans le système de santé ; quant à la répartition et à l'utilisation des ressources qui lui sont affectées, elles sont tout aussi inefficaces. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des commentaires sur ces informations.

Le Comité rappelle que les moyens d'accès aux soins ne doivent pas entraîner des retards indus dans la fourniture des soins. Il souligne qu'il sera particulièrement attentif à ce que l'accès aux traitements soit fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en termes de qualité de vie (Conclusions XV-2 (2001), Royaume-Uni). Le rapport fait état de l'adoption, en application du décret n° 58 pris en Conseil des Ministres le 21 mars 2015, d'amendements portant modification de l'ordonnance relative à la mise en œuvre du droit d'accès aux soins médicaux. Ces modifications ont trait aux conditions et procédures permettant aux personnes couvertes par un régime d'assurance maladie de bénéficier de services de santé pris en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie, qui garantit à chaque assuré l'accès à un traitement médical correspondant au stade d'évolution et à la gravité de la maladie. La Bulgarie ne dispose pas de statistiques concernant les délais d'attente constatés en cas d'hospitalisation.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des statistiques sur les délais d'attente réels dont sont assortis, en moyenne, les soins de santé primaire et les soins

spécialisés, ainsi que les traitements hospitaliers et ambulatoires, en ce compris les interventions chirurgicales.

Le Comité note par ailleurs que, selon le rapport de pays établi par la Commission européenne, l'exode des professionnels de santé s'explique principalement par les rémunérations plus avantageuses qui peuvent être obtenues dans d'autres Etats membres, mais aussi par l'absence de véritables possibilités d'évolution de carrière en Bulgarie. Cette situation semble, ici encore, partiellement due à la modicité des ressources financières allouées au secteur de la santé.

Le Comité constate qu'il n'a pas été établi que des mesures suffisantes avaient été prises pour garantir l'accès aux soins de santé.

Lors de son dernier examen de l'article 11, le Comité a décidé de poser une question générale à l'ensemble des Etats, concernant l'existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes et l'éventail des possibilités et des traitements offerts. Le présent rapport indique, dans sa réponse sur ce point, que plusieurs programmes de réadaptation en milieu ouvert et en milieu fermé ont été retenus comme faisant figure de bonnes pratiques au regard de l'ordonnance n° 8 du 7 septembre 2011 du ministère de la Santé relative aux conditions et procédures afférentes à la mise en œuvre de programmes de réadaptation psychosociale destinés aux individus consommant des produits stupéfiants de manière addictive ou abusive.

Suivi de la réclamation collective Centre européen des droits des Roms (CEDR) c. Bulgarie (réclamation n° 46/2007, décision sur le bien-fondé du 12 mars 2008)

Le Comité a conclu qu'il y avait violation des paragraphes 1, 2 et 3 de l'article 11 combinés à l'article E de la Charte au motif que les autorités n'ont pas pris les mesures appropriées pour remédier à l'exclusion, à la marginalisation et aux risques environnementaux auxquels la population rom est exposée en Bulgarie, de même qu'aux difficultés qu'éprouvent de nombreux Roms à avoir accès aux services médicaux.

Les autorités ont fait savoir, dans les informations enregistrées le 4 décembre 2014, que plusieurs mesures ont été engagées pour améliorer les services médicaux proposés aux personnes socialement vulnérables, en particulier les Roms. Premièrement, les informations mentionnent que les activités et priorités prévues dans la Stratégie de la santé pour les personnes défavorisées faisant partie de minorités ethniques (2005-2015) sont incluses dans le volet « Soins de santé » de la Stratégie nationale pour l'intégration des Roms 2012-2020 et du Plan d'action. Dans le cadre de ce dernier, le ministère de la Santé alloue chaque année des fonds pour réaliser des examens et contrôles prophylactiques dans les quartiers roms en utilisant les 23 unités d'examen mobiles fournies par le programme PHARE. Sur la période 2010-2013, 60 164 examens et contrôles ont été effectués dans ces unités mobiles. Les examens s'accompagnent de conférences et de campagnes. Deuxièmement, les informations précisent le nombre de médiateurs de santé qui sont chargés de surmonter les barrières culturelles dans la communication entre les populations roms et le personnel médical dans différents lieux. En 2014, il y avait 150 médiateurs de santé. Troisièmement, les informations indiquent que, sur la période 2010-2013, sept conférences nationales ont été organisées dans le cadre du projet « Initiative pour la santé et la prophylaxie par la vaccination ».

Dans les constats 2015, le Comité a considéré que la situation n'avait pas été rendue conforme à la Charte. Le Comité évaluera les implications concrètes des mesures susmentionnées à partir des informations et statistiques détaillées concernant le nombre de Roms vivant en Bulgarie à présenter en octobre 2017.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bulgarie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes.
- qu'il n'est pas établi que des mesures suffisantes avaient été prises pour garantir l'accès aux soins de santé.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

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

Education et sensibilisation de la population

Le rapport indique que de nouveaux programmes d'éducation à la santé ont été mis en place portant sur des thèmes allant de la santé physique et de la santé mentale au bien-être social (habitudes alimentaires, éducation sexuelle, connaissance de soi, prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie).

Le rapport fait état de diverses activités de sensibilisation destinées à promouvoir de bonnes habitudes alimentaires, l'activité physique et sportive, la santé bucco-dentaire, l'hygiène corporelle et la sexualité, de campagnes de prévention du VIH/sida comme la campagne d'information « Santé et sexualité », de campagnes antitabac, etc.

Dans l'ensemble du pays, les services de l'Inspection régionale de la santé ont organisé et conduit 1 283 campagnes et activités éducatives axées sur la prévention du VIH et la promotion de la santé en matière de sexualité et de procréation. Ces initiatives ont permis de toucher 122 237 jeunes.

Dans le cadre du programme « Prévention et lutte contre le VIH/sida » du ministère de la Santé, financé par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, diverses actions ont pu être menées à bien grâce à la création d'un réseau de dix-huit clubs de jeunes pour l'éducation par les pairs qui, avec l'aide d'ONG, œuvrent auprès d'enfants et adolescents à risque.

Consultation et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si les enfants avaient accès à des contrôles médicaux pendant leur scolarité et, dans l'affirmative, quelle était la fréquence de ces examens, leurs objectifs et la proportion d'élèves couverts.

Le rapport indique en réponse que, conformément aux prescriptions de l'arrêté n°. 39 de 2004 relatif aux examens préventifs et au système prophylactique, les tests et examens préventifs ont pour but de déceler les maladies à un stade précoce. Chez l'enfant, ils sont effectués par un médecin généraliste. Si le généraliste n'est pas spécialisé en pédiatrie, ils peuvent être réalisés, à la demande des parents ou du tuteur de l'enfant, par un pédiatre d'un centre médical assurant des soins ambulatoires spécialisés. L'arrêté prévoit la réalisation, pour les enfants d'âge scolaire (c.-à-d. de 7 à 18 ans), d'un examen de prévention annuel destiné à vérifier et évaluer le développement des enfants (stades de puberté) et à établir un bilan de santé systématique. Le bilan comporte différents volets : anamnèse et statut détaillé ; biométrie (taille, poids, tour de poitrine) ; mesure de la pression artérielle ; évaluation du développement physique ; mesure de l'acuité visuelle et de la vision des couleurs ; recherche d'éventuelles déviations survenues dans le développement des os et articulations ; test d'albuminurie. Les examens préventifs des enfants placés dans des foyers et bénéficiant d'une prise en charge médico-sociale sont effectués par le médecin travaillant dans le centre médical dont ils relèvent. Les examens préventifs des enfants accueillis dans des établissements spécialisés dépendant du ministère de l'Éducation et des Sciences, du ministère du Travail et de la Politique sociale, du ministère de la Justice ou du ministère de l'Intérieur, ou encore dans des structures résidentielles pour mineurs dépendant des services sociaux, sont effectués par un médecin-dentiste. En 2015, le nombre moyen d'examens préventifs recensés pour les enfants de 7 à 18 ans s'élevait à 0,85 par enfant, alors que le programme exige un examen par an. Les activités de prévention entrant dans le cadre du programme « Soins de santé pour les enfants », destiné aux enfants de 7 à 18 ans, sont réalisées par le médecin de famille de l'enfant ou par un pédiatre.

Le rapport ajoute qu'en application de la loi relative à la santé, les crèches, les écoles et les établissements spécialisés dans les services sociaux destinés aux enfants doivent disposer d'une salle de consultation. Ces prestations sont assurées par un médecin ou un médecin spécialiste, qui consigne les informations pertinentes sur une fiche et intègre systématiquement les données communiquées par le dentiste concernant la santé dentaire (prévention et traitement) des enfants scolarisés en crèche ou à l'école ou dans un établissement spécialisé dans les services sociaux destinés aux enfants.

Le dernier rapport confirme que les femmes enceintes bénéficient d'examens gratuits et réguliers (dans le cadre du Programme de santé pour les mères, des examens sont réalisés dès que la grossesse est connue et jusqu'à la 42e semaine d'aménorrhée). Les femmes qui n'ont pas de couverture maladie ont également accès aux tests génétiques et à d'autres checkups. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la proportion de femmes couvertes par ces examens. Il demande également des informations sur l'accès à de tels dépistages pour les femmes vivant dans les zones rurales.

En ce qui concerne les services de consultation et de dépistage des maladies dans l'ensemble de la population, le rapport indique que l'arrêté n° 39 de 2004 prévoit des examens prophylactiques pour les maladies qui figurent parmi les principales causes de décès. Les facteurs de risque considérés sont les maladies cardiovasculaires, les diabètes et les tumeurs malignes. Le contenu et la fréquence des checkups sont établis en fonction de l'âge et des facteurs de risque. Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des exemples précis de programmes de dépistage disponibles et des données relatives aux personnes qui y ont accès. En réponse, le rapport fait état de la décision du Centre national de dépistage de mettre en place un système d'information et de notification dans le cadre du projet BG051PO001- 5.3.02-0001-C0001 « STOP – Faites-vous dépister ». Il a été procédé à la mise en service du système et sa maintenance est assurée. Différentes campagnes ont touché 2 000 000 de personnes grâce aux informations diffusées dans les médias. Un million de courriers d'invitation au dépistage (première invitation et relance) ont été adressés à 619 120 personnes faisant partie des populations cibles. Au total, 55 898 tests ou examens ont été réalisés, dont 12 269 dépistages du cancer colorectal et du cancer du côlon, 10 392 dépistages du cancer du sein et 33 237 dépistages du cancer du col de l'utérus. Les personnes ayant effectué un test peuvent consulter le résultat après s'être inscrites dans le système du Centre national de dépistage en utilisant l'identifiant figurant sur leur invitation. Les examens et tests de dépistage prévus par le projet sont pris en charge par le Centre, qui a une obligation de déclaration. S'agissant des maladies qui constituent les principales causes de mortalité, le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur le taux de couverture du dépistage.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bulgarie 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 Bulgarie.

Environnement sain

Le Comité note qu'en application du Programme d'action national Environnement-Santé 2008-2013, diverses mesures ont été prises pour permettre une amélioration des mécanismes de contrôle et de protection de l'eau, de l'air et des sols, la prévention des effets nocifs des substances chimiques dangereuses, des accidents industriels et du bruit, un renforcement de l'éducation à la santé et à l'écologie et la participation du public à la prise de décision, le développement des infrastructures écologiques, etc.

Durant la période de référence, la construction des infrastructures nécessaires pour améliorer les **réseaux d'eau et d'assainissement** s'est poursuivie avec la pose de 158 km de canalisations. La proportion de la population concernée par des restrictions d'approvisionnement en raison du manque d'eau est passée de 2,9 % (2013) à 0,6 % (2014). La proportion de la population raccordée à une station d'épuration des eaux urbaines résiduaires est en hausse (41 % en 2005, 56,8 % en 2014). La part relative de la population raccordée à un réseau public d'assainissement a été portée de 69 % (2005) à 74,9 % (2014). Une stratégie de développement et gestion de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en République de Bulgarie pour la période 2014-2023 a été élaborée et adoptée en 2014.

S'agissant de la **qualité de l'air**, au cours de la période 2012-2015 des modifications ont été apportées à la loi relative à la qualité de l'air ambiant et aux instruments de droit dérivé aux fins de l'application de mesures limitant progressivement les émissions de substances dangereuses (oxydes de soufre et d'azote, poussières, métaux lourds, composés organiques volatils, etc.) des sources fixes.

Le Comité souhaite recevoir des informations à jour sur les niveaux de pollution de l'air, de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire au cours de la période de référence, à savoir si les tendances de ces niveaux ont augmenté ou diminué. Il demande également des informations sur la pollution sonore, la gestion des déchets, les risques liés à l'amiante.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le rapport informe de la mise en œuvre de plusieurs programmes nationaux (avec la participation des pouvoirs publics et d'ONG) pour réduire le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Concernant la consommation de tabac, l'article 56 de la loi sur la santé interdit de fumer à l'intérieur des lieux publics, ainsi que sur le lieu de travail et dans certains endroits situés à l'extérieur (à proximité des crèches, des écoles, des équipements sportifs, etc.). Des exceptions limitées sont prévues : fumer est autorisé dans des endroits spécialement aménagés dans les lieux publics, mais leur accès est interdit aux moins de 18 ans. Malgré les mesures de contrôle et les programmes anti-tabac, la consommation de tabac reste très populaire dans le pays et d'après le rapport, son incidence a augmenté pendant la période de référence. Selon les données de l'Institut national de la statistique, présentées en 2014, 40 % des hommes et 20 % des femmes fument en Bulgarie, tandis que la proportion de fumeurs occasionnels s'élève à 10 % seulement. Environ 50 % des hommes et 70 % des femmes sont non-fumeurs. Les données montrent que les fumeurs les plus actifs sont les hommes âgés de 25 à 44 ans – plus de 55 % des fumeurs actifs. Chez les femmes, les fumeuses les plus actives sont également âgées de 25 à 44 ans. Enfin, les fumeurs les moins actifs sont les femmes de plus de 65 ans (2 % seulement). En Bulgarie, le tabagisme est responsable de 1 000 décès/100 000 personnes.

S’agissant de la politique en matière d’alcool, le Comité relève que selon l’OMS la limite d’âge légale est fixée à 18 ans pour la vente sur place ou à emporter. Des réglementations sur la publicité et le placement de produits sont également en vigueur. Concernant les tendances, le rapport mentionne les résultats d’une étude sur les facteurs de risque réalisée par le Centre national de la santé publique, qui révèle que 23,2 % des 25-64 ans consomment régulièrement des boissons alcoolisées. Le Comité demande à être informé de l’évolution de la consommation d’alcool.

Le rapport ne fournit aucune information sur l’abus de drogues illicites. En ce qui concerne la consommation de drogues illicites, le Comité souhaite recevoir des informations actualisées sur la législation relative à l’usage de drogues ainsi que sur les tendances de la consommation.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport confirme que la vaccination est obligatoire contre onze maladies infectieuses. Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que le taux de couverture était élevé, autour de 95 %. D’après le rapport, maintenir des taux d’immunisation élevée reste une priorité sanitaire. Le Comité souhaite recevoir des informations à jour à ce sujet.

Accidents

Le rapport indique qu’une stratégie nationale pour améliorer la sécurité routière a été adoptée pour la période 2011-2020 en décembre 2011. L’objectif premier est de diviser par deux le nombre de tués et de blessés dans des accidents de la circulation d’ici 2020. Il donne des chiffres précis : le nombre des accidents a certes diminué pendant la période de référence, mais il reste élevé avec 7 225 accidents graves en 2015, qui ont fait 708 morts et 8 971 blessés (dont 6 676 légers et 2 295 grièvement touchés). Le rapport fournit cependant de nombreuses informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents de la route. Durant la période de référence (2011-2015), diverses mesures et d’importantes campagnes ont été mises en œuvre pour prévenir non seulement les accidents de la route, mais encore les accidents domestiques et ceux survenant durant les loisirs, particulièrement fréquents dans certaines catégories vulnérables de la population.

Le projet « S’informer pour être en bonne santé », mis en œuvre par le ministère de la Santé avec le concours financier du Fonds social européen, incorporait des campagnes ciblées visant à prévenir les accidents domestiques. Le projet « Prendre conscience des risques pour les éviter » a unifié des manifestations organisées dans dix-neuf villes du pays pour sensibiliser la population aux risques les plus courants et aux bons comportements et réflexes à avoir pour les prévenir ou réagir en cas d’accident domestique accidentel ou délibéré.

Le Comité rappelle que les États parties doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d’accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs (Conclusions 2005, République de Moldova). Le Comité demande des informations sur tous les types d’accidents et sur les mesures prises pour les prévenir.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Bulgarie 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 Bulgarie.

S'agissant des **prestations familiales** et des prestations de **maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives, respectivement, à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2011).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2004, 2006, 2009 et 2013) pour une description du système de sécurité sociale bulgare et relève dans le rapport que le Code de sécurité sociale couvre huit parmi les neuf éventualités envisagées par la Convention n° 102 de l'OIT (maladie, invalidité, maternité, famille, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, décès et chômage). Le système de sécurité sociale repose par ailleurs sur un financement collectif, en ce qu'il est alimenté par des cotisations (employeurs, salariés, État) et par le budget de l'État. En ce qui concerne les soins de santé et l'assistance médicale, le rapport précise qu'ils relèvent de la responsabilité de la Caisse nationale d'assurance maladie et du ministère de la Santé.

D'après le rapport, tous les citoyens bulgares, résidents de longue durée et réfugiés ont droit à des soins médicaux, ainsi que les étudiants étrangers et les ressortissants de l'Union européenne séjournant et travaillant légalement en Bulgarie. En réponse à la question du Comité, le rapport précise que fin 2015, 6 355 184 personnes étaient couvertes par le régime d'assurance obligatoire de la Caisse nationale d'assurance maladie, sur une population totale de 7 177 991 habitants, soit 88,5 % de la population. Le rapport ajoute cependant que les droits en matière d'assurance maladie de 1 950 331 personnes étaient suspendus (ressortissants bulgares couverts temporairement par le régime d'assurance maladie d'un autre État de l'Union européenne, ressortissants étrangers résidant à l'étranger pendant plus de 183 jours par an ou qui ne se sont pas affiliés à l'assurance maladie). Le Comité demande que le prochain rapport indique si les personnes dont les droits à l'assurance maladie sont suspendus sont incluses dans le nombre total d'assurés. Il note par ailleurs que selon le rapport sur la Bulgarie établi en 2016 par la Commission européenne, on estime que 12 % des Bulgares (qui ne résident pas en permanence à l'étranger) n'ont pas de couverture santé et que cette absence de couverture est prédominante parmi la population rom. Le Comité demande que le prochain rapport éclaircisse ce point et qu'il fournisse des informations actualisées sur le pourcentage de la population totale couverte par l'assurance maladie.

Sur une population active de 3 276 000 personnes, 2 462 520 étaient affiliées à la Caisse d'assurance chômage en 2015 (soit 75 % de la population active). S'agissant des autres branches de la sécurité sociale, le Comité relève dans le rapport qu'en 2015, tous les salariés étaient obligatoirement assurés contre l'ensemble des risques couverts (y compris ceux qui ne travaillaient pas plus de cinq jours ouvrables ou 40 heures par mois civil et qui étaient auparavant exclus – voir aussi Conclusions relatives à l'article 12§3). Il en allait de même pour certaines catégories professionnelles particulières telles que les fonctionnaires, les juges, les cadres dirigeants, les militaires, les prêtres, etc. Les travailleurs indépendants (travailleurs free-lance et artisans immatriculés, entrepreneurs individuels, partenaires dans une société commerciale, agriculteurs immatriculés, titulaires d'une pension exerçant une activité professionnelle) n'étaient obligatoirement assurés que pour les risques d'invalidité, de vieillesse et de décès. Ils pouvaient souscrire volontairement une assurance maladie, mais n'avaient pas de couverture contre les risques d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de chômage. À la lumière des informations fournies dans le rapport, le Comité comprend qu'en 2015, 84,1 % de la population active (2 755 906 personnes) était assurée contre les risques d'invalidité, de vieillesse et de décès et que 74,7 % de la population active (2 477 588 personnes) était assurée contre tous les risques. Il demande que le prochain rapport indique si cette interprétation est correcte et si ces données incluent

les personnes assurées aussi bien dans le cadre du régime obligatoire que dans celui des régimes volontaires. Ayant noté que la plupart des catégories de travailleurs bénéficiaient d'une assurance obligatoire et que, par conséquent, un pourcentage important de la population active pouvait vraisemblablement prétendre à des prestations de servies en remplacement des revenus, le Comité demande toutefois que le prochain rapport fournisse des données plus détaillées concernant le nombre de personnes assurées pour chaque risque.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 3 332 € par an en 2015, soit 278 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 1 666 € par an, soit 139 € par mois. 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 111 € par mois.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé que la situation de la Bulgarie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que les niveaux minima des prestations de vieillesse et de chômage étaient insuffisants.

Le Comité relève dans le rapport qu'en ce qui concerne les prestations de **vieillesse**, le régime public d'assurance pension (premier pilier) couvre tous les salariés et les travailleurs indépendants et fonctionne comme un régime de retraite par répartition standard. En outre, un régime d'assurance pension obligatoire complémentaire, fondé sur les cotisations (second pilier), s'applique aux personnes nées après le 31 décembre 1959 affiliées au Fonds de pension universel, ainsi qu'aux personnes employées à des travaux pénibles affiliées au Fonds de pension professionnel (voir aussi les Conclusions 2017 relatives à l'article 12§3). De plus, les personnes âgées d'au moins 70 ans qui ne sont pas admises au bénéfice d'une pension de vieillesse contributive peuvent bénéficier d'une pension sociale non contributive (voir les Conclusions 2017 relatives à l'article 13§1). Dans la mesure où la pension complémentaire du deuxième pilier n'est pas ouverte à toutes les personnes et ne prévoit pas le versement d'un montant minimum, le Comité ne tient compte que du régime public d'assurance pension (premier pilier) et note que, d'après le rapport, son montant minimum mensuel était, fin 2015, de 157,44 BGN (80 €). Ce montant étant largement inférieur au seuil de pauvreté, le Comité considère qu'il est manifestement insuffisant.

S'agissant des **prestations de maladie**, le Comité renvoie à sa conclusion précédente (Conclusions 2013), dans laquelle il a noté qu'avaient droit à ces prestations les personnes qui avaient été assurées pendant au moins six mois et qu'elles étaient servies jusqu'à la récupération de la capacité de travail ou l'établissement de l'invalidité. L'indemnité journalière représentait 80 % des gains journaliers moyens bruts ou du revenu journalier moyen soumis à cotisation sur les 18 mois ayant précédé l'incapacité de travail, mais ne pouvait excéder la rémunération journalière moyenne nette sur la période retenue pour le calcul de la prestation. D'après le rapport, l'indemnité journalière moyenne était de 25,47 BGN en 2015 (soit 764,10 BGN pour 30 jours, c.-à-d. 389 €). Si, au lieu de tenir compte de la rémunération journalière moyenne l'on tient compte du montant du salaire minimum, qui était de 380 BGN (194 €) en 2015, alors le montant minimum des prestations de maladie devrait plutôt correspondre à 155 €. Le Comité considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Ont droit à des **prestations de chômage** les personnes ayant cotisé au moins neuf mois au cours des quinze derniers mois ; les prestations sont versées pendant un maximum de quatre mois aux personnes n'ayant pas cotisé plus de trois ans et pendant un maximum de douze mois aux personnes ayant cotisé pendant plus de 25 ans. Le Comité a précédemment relevé (Conclusions 2006, 2009) que les prestations de chômage pouvaient être supprimées en cas de refus non justifié par le bénéficiaire d'une offre d'emploi ou d'une mesure d'activation, et que cette décision pouvait faire l'objet d'un recours auprès du directeur du service compétent, décision qui était elle-même susceptible d'appel devant les

juridictions administratives de première et deuxième instance. Il a également noté (Conclusions 2016 relatives à l'article 1§2) que pendant les dix-huit mois suivant l'inscription d'une personne au chômage, on entendait par « travail convenable » tout travail correspondant à la formation, aux qualifications et à l'état de santé de l'intéressé et situé à proximité ou à pas plus de 30 km de son domicile, à condition d'être accessible par un moyen de transport public approprié ; passé ce délai, un travail était jugé « convenable » s'il était compatible avec l'état de santé de l'intéressé et s'il répondait aux critères de proximité précités. L'indemnité de chômage est égale à 60 % du revenu journalier moyen soumis à cotisations au cours des 24 mois qui ont précédé la fin de la période d'assurance, mais son montant minimum, que le Comité a précédemment jugé manifestement insuffisant (Conclusions 2013), n'a pas été modifié au cours de la période de référence. Ce montant minimum, qui est versé aux personnes dont le contrat de travail a été résilié avec leur accord ou qui ont fait l'objet d'un licenciement sans préavis est donc resté fixé 7,20 BGN (3,68 €, soit, pour une moyenne de 21 jours de travail par mois, 77 € mensuels). Par conséquent, la situation demeure non conforme à cet égard.

En ce qui concerne les **accidents du travail** et les **maladies professionnelles**, les prestations représentent 90 % de la rémunération journalière moyenne brute ou du revenu journalier moyen soumis à cotisation sur les 18 mois ayant précédé la survenance de l'incapacité de travail. Leur montant mensuel minimum, calculé sur la base du salaire minimum, était en 2015 de 342 BGN (174 €), ce qui est conforme à la Charte.

Le montant minimum des **prestations d'invalidité**, pour une personne ayant une capacité de travail réduite/un degré d'invalidité de plus de 90 % était, en 2015, de 181,06 BGN (93 €), ce qui représentait 115 % du montant minimum de la pension de vieillesse contributive. Le rapport donne aussi des informations sur les prestations non contributives, telles que la pension d'invalidité civile et la pension d'invalidité sociale. Pour une personne ayant une capacité de travail réduite permanente/un degré d'invalidité de plus de 90 %, leurs montants minima correspondaient respectivement à 150 % et à 120 % du montant minimum de la pension de vieillesse sociale, soit, en 2015, 172,73 BGN (88 €) pour la pension d'invalidité civile et 138,18 BGN (70 €) pour la pension d'invalidité sociale. Le Comité note que ces montants sont largement inférieurs au seuil de pauvreté. La situation n'est donc pas conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bulgarie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des prestations contributives de vieillesse est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de chômage est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations d'invalidité (contributives et non contributives) est insuffisant.

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 Bulgarie.

Il prend note des changements apportés à la législation au cours de la période de référence, tels qu'indiqués dans le rapport, et renvoie à ses précédentes conclusions, ainsi qu'à sa conclusion relative à l'article 12§1, pour une description du système de sécurité sociale bulgare. Il relève également qu'au cours de la période de référence, des changements sont intervenus dans le régime des prestations de maternité et des prestations familiales. La Bulgarie ayant ratifié les articles 8§1 et 16 de la Charte, le Comité appréciera la portée et l'impact de ces changements 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 rapport fait notamment mention des améliorations suivantes :

- le champ d'application personnel de l'assurance obligatoire couvrant les risques de maladie, de maternité, d'invalidité due à une maladie, de vieillesse, de décès, d'accidents du travail et maladies professionnelles et de chômage a été étendu aux travailleurs et aux salariés qui ne travaillent pas plus de cinq jours ouvrés (40 heures) par mois civil et aux dirigeants d'entreprises publiques et municipales définies au chapitre IX du code du commerce, de leurs filiales ou d'autres entités juridiques désignées par la loi (en 2015), ainsi qu'à d'autres catégories de travailleurs (juges aspirants et procureurs débutants en 2012, personnes relevant de la loi relative aux moyens de surveillance spéciaux en 2013) ;
- le champ d'application personnel de l'assurance couvrant les risques d'invalidité due à une maladie, de vieillesse, de décès, de maladie et de maternité a aussi été étendu, en 2012, aux conjoints des travailleurs indépendants, des artisans et des agriculteurs (en tant qu'assurance volontaire) ;
- le champ d'application personnel de l'assurance couvrant les risques d'invalidité due à une maladie, de vieillesse, de décès, d'accidents du travail et maladies professionnelles a été étendu en 2015 aux travailleurs agricoles saisonniers ;
- toutes les pensions contributives ont été augmentées (pour les pensions relevant du régime public d'assurance, l'augmentation a été d'environ 8 % pendant la période de référence) afin de compenser l'inflation et une règle d'indexation (la règle « suisse ») a été instaurée et appliquée à partir de 2014 ;
- la pension sociale de vieillesse a aussi été augmentée (d'environ 14 % pendant la période de référence), tout comme les prestations calculées sur la base de la pension sociale (prestations d'accidents du travail, pension d'invalidité et pension de survie).

Le rapport fait également état des améliorations apportées à certaines pensions non contributives (pension d'invalidité militaire, pension d'invalidité civile, pension sociale de vieillesse, pension d'invalidité sociale et autres pensions d'assistance sociale).

D'autres mesures sont mentionnées dans le rapport, dont l'impact en termes de couverture personnelle et de niveau de prestations n'apparaît pas clairement à ce stade. Le Comité prend note en particulier de l'adoption, le 28 juillet 2015, d'une réforme majeure des pensions (loi n° 61 du 11 août 2015 modifiant et complétant le code d'assurance sociale). D'après le rapport, la réforme vise à assurer la stabilité financière du régime des pensions, à améliorer l'adéquation des pensions, et plus particulièrement à :

- accroître les revenus du système d'assurance sociale par l'augmentation des cotisations d'assurance sociale versées aux fonds de pension ;
- optimiser les coûts du système d'assurance sociale en établissant des conditions d'accès aux pensions plus strictes et plus équitables pour tous les groupes d'assurés sociaux – les modifications prévoient notamment l'égalisation à long

terme de l'âge de départ à la retraite des hommes et des femmes et l'augmentation progressive de l'âge d'admission à la retraite et de la durée de cotisation requise, la possibilité d'accorder une pension à taux réduit aux personnes qui n'ont pas cotisé pendant une durée suffisante ou qui ont pris leur retraite de manière anticipée, la fixation d'un âge d'admission à la retraite pour les travailleurs du secteur de la défense et de la sécurité, les danseurs, les enseignants et les personnes exerçant des professions réputées pénibles (à compter de 2016) et son augmentation progressive ;

- améliorer l'adéquation des pensions, en augmentant progressivement (à partir de 2017), lors du calcul du montant des pensions, le coefficient correspondant à une année de cotisation, jusqu'à ce qu'il atteigne 1,5 % (cette mesure concerne les pensions nouvellement accordées ainsi que les pensions déjà versées, dont le montant sera recalculé). Il en ira de même des coefficients utilisés pour calculer les pensions d'invalidité dues à une maladie et les pensions versées à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- développer et améliorer le régime de pensions basé sur trois piliers en offrant, à compter de 2015, la possibilité aux personnes nées après le 31 décembre 1959 de choisir de souscrire une pension supplémentaire auprès d'un fonds de pension universel ou de s'en tenir indéfiniment à la pension servie par le régime public d'assurance sociale et, sous certaines conditions, de revenir sur leur choix. Les autorités expliquent dans le rapport que les personnes qui cotisent à un fonds de pension universel ont droit, outre la pension de vieillesse normale accordée en fonction de leur durée de cotisation et de leur âge, à une pension de vieillesse complémentaire (y compris en cas de retraite anticipée), ainsi qu'à une indemnité forfaitaire en cas d'invalidité permanente de plus de 89,99 % ou en cas de décès (versée aux survivants). Le montant des pensions octroyées par un fonds de pension universel est calculé sur la base du capital accumulé sur le compte individuel de l'assuré à partir des cotisations versées et du rendement des cotisations investies, déduction faite des frais et retenues prévus par le code, et compte tenu de l'espérance de vie après l'âge de la retraite. Le rapport ajoute que, depuis 2012, le coefficient appliqué pour les années de cotisation acquises après l'âge de la retraite a été relevé pour ceux qui, tout en justifiant d'une durée de cotisation suffisante pour bénéficier d'une pension, décident de retarder leur départ à la retraite. Le coefficient majoré ne s'applique qu'aux assurés justifiant d'une période de cotisation postérieure au 31 décembre 2011.

  Le Comité relève dans le rapport que dans le cadre de la réforme du système des pensions, une nouvelle condition cumulative pour acquérir le droit à pension (remplaçant le précédent système à points) a été fixée, que la durée de cotisation et l'âge de départ à la retraite augmentent progressivement depuis 2011 et que cette hausse se poursuivra jusqu'en 2020 (bien qu'elle ait été interrompue pendant la période de référence), voire jusqu'en 2037, et que l'âge de départ à la retraite et la durée de cotisation exigée ont été modifiés pour le personnel des services spécialisés (officiers de l'armée, policiers, enquêteurs, etc.) et les enseignants. Dans la mesure où la plupart de ces changements ont été adoptés à la fin de la période de référence, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre des réformes et leur impact.

Conclusion

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

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 Bulgarie.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité relève dans le rapport que le programme d'assistance est mis en œuvre sur le fondement de l'article 9 du règlement d'application de la loi relative à l'assistance sociale. Il couvre les personnes et les familles qui satisfont aux critères et conditions fixés par la loi en matière de revenu, patrimoine, état de santé, situation matrimoniale, âge, études et charge de travail, entre autres. Ces critères et conditions sont conformes aux dispositions de la loi relative à l'assistance sociale et de son règlement d'application.

Dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), le Comité a jugé la situation non conforme à la Charte au motif que les chômeurs inscrits auprès des services de l'emploi n'avaient pas droit à l'assistance sociale avant une période d'au moins six mois.

Le Comité relève à cet égard dans le rapport du Comité gouvernemental (GC(2014)21) et dans le rapport national que, dès lors qu'il existe des motifs raisonnables justifiant l'octroi d'une aide, la loi relative à l'assistance sociale et son règlement d'application prévoient une prestation d'assistance sous la forme d'un versement unique d'un montant pouvant aller jusqu'à cinq fois le revenu minimum garanti (RMG). En pratique, l'obligation d'être régulièrement inscrit depuis au moins six mois auprès des services de l'emploi n'implique donc pas que le droit des intéressés à bénéficier d'une aide sociale de l'État pendant cette période soit restreint. Par conséquent, selon le rapport, les personnes concernées ne sont pas entièrement privées des prestations mensuelles servies au titre de l'assistance sociale si les critères et conditions fixés par la loi sont remplis.

Le Comité relève en outre dans la base de données MISSOC que le calcul du revenu minimum différencié des chômeurs n'intervient qu'à l'issue de la période de six mois suivant leur inscription auprès des services de l'emploi. Dans l'hypothèse où un membre de la famille serait au chômage sans être inscrit auprès des services de l'emploi, les allocations mensuelles ne seront accordées qu'au terme d'une évaluation sociale détaillée de la situation de la famille. Considérant que la situation qu'il a précédemment jugée non conforme à la Charte n'a pas changé, le Comité reconduit sa précédente conclusion de non-conformité au motif que les chômeurs inscrits auprès des services de l'emploi n'ont pas droit à l'assistance sociale avant une période d'au moins six mois.

S'agissant de l'assistance médicale, dans son examen des suites données en 2015 à la réclamation n° 46/2007 (*Centre européen des Droits des Roms (CEDR) c. Bulgarie*, décision sur le bien-fondé du 3 décembre 2008), le Comité a considéré qu'il n'était toujours pas établi que les personnes ne bénéficiant pas de l'assistance sociale soient néanmoins couvertes par une assistance médicale non limitée aux seuls soins d'urgence, hospitaliers ou d'obstétrique. Le Comité attend de prendre connaissance des informations concernant les suites données à ses décisions, qui doivent leur parvenir en octobre 2017, pour évaluer les conséquences pratiques des mesures prises en la matière et voir si des mesures analogues sont envisagées pour d'autres groupes vulnérables.

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, pour apprécier le niveau de l'assistance sociale au cours de la période de référence, des éléments suivants :

- Prestation de base : le Comité relève dans la base de données MISSOC que le montant de l'allocation mensuelle versée au titre de l'assistance sociale est égal à la différence entre le revenu minimum différencié (RMD) et le revenu que perçoit l'intéressé. Le RMD correspond à un pourcentage du revenu minimum garanti, fixé à 65 BGN (33 €) par mois durant la période de référence. Une

personne isolée de moins de 65 ans touchait 73 % du RMG (soit 24 €) ; ce taux s'établissait à 140 % pour une personne isolée de plus de 65 ans (46 €) et à 165 % pour une personne isolée de plus de 75 ans (54 €).

- Prestations supplémentaires : le Comité prend note de l'allocation spéciale de chauffage et de ses conditions d'octroi. Il note que ces conditions sont conformes à celles fixées pour les prestations d'assistance sociale. Il relève en outre que, pour les chômeurs, l'allocation reste subordonnée à leur inscription depuis au moins six mois auprès des services de l'emploi. Elle est versée pour la saison de chauffe considérée et son montant est fixé par un arrêté du Ministre du Travail et de la Politique sociale, sur la base du prix de l'électricité facturé aux ménages. Le Comité relève dans la base de données MISSOC que le RMD pris en considération pour le chauffage oscille entre 167 % et 311 % du RMG et est déterminé en fonction de la catégorie dont relève le demandeur, à l'instar du mode de calcul des prestations mensuelles d'assistance sociale. Il note également qu'une allocation unique est versée à titre exceptionnel pour faire face à une situation particulièrement critique, notamment en cas de nécessité vitale en matière de santé, d'éducation, de conditions de vie ou autres. Son montant est déterminé en fonction de la situation personnelle de l'intéressé et peut atteindre jusqu'à cinq fois le RMG. Le rapport mentionne en outre d'autres types de prestations supplémentaires, comme l'allocation de loyer pour les locataires de logements municipaux ou l'allocation unique pour la délivrance d'une carte d'identité.
- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté déterminé par Eurostat) : il était estimé à 139 € en 2015.

Le Comité relève dans le rapport que l'assistance sociale a vocation à satisfaire les besoins vitaux essentiels au regard du développement socio-économique du pays. Le système d'aide sociale est suffisamment souple et mobile pour assurer – dans la limite des ressources financières qu'autorise le budget – un élargissement de la couverture, ainsi que le versement d'allocations plus élevées.

Le montant du revenu minimum garanti (RMG) fixé par la loi sert de base pour déterminer le montant des allocations sociales, de façon à assurer un revenu minimum qui puisse couvrir les besoins essentiels des bénéficiaires en fonction de critères tels que l'âge, la situation matrimoniale, l'état de santé, le patrimoine, la charge de travail ou le temps consacré aux études. Les critères ainsi définis sont appliqués sous la forme de facteurs de correction pouvant aller jusqu'à 165 % du montant. La valeur du RMG entre dans le calcul des allocations sociales servies au titre de la loi relative à l'assistance sociale.

Selon le rapport, ceux qui touchent des allocations mensuelles et des allocations spéciales de chauffage, conformément à la loi relative à l'assistance sociale, bénéficient, si elles ne sont pas assurées à d'autres titres, d'une assurance maladie financée sur le budget de l'État.

Le Comité prend note de l'exemple donné dans le rapport pour une personne isolée de plus de 75 ans qui, avec un facteur de correction de 165 %, reçoit une allocation mensuelle de 107,25 BGN (54 €). Pendant la période de chauffe, cette personne perçoit en outre une allocation mensuelle spécialement destinée à couvrir les frais de chauffage d'un montant de 72,20 BGN (38 €), au niveau actuel des prix de l'électricité.

Le Comité rappelle qu'au titre de l'article 13§1, il se limite à examiner la situation d'une personne seule sans ressources. Il ne tient donc pas compte des exemples de familles avec enfants. Il constate que, dans l'exemple ci-dessus d'une personne isolée de plus de 75 ans, le montant total de l'assistance, y compris le revenu minimum différencié et l'allocation de chauffage, serait de l'ordre de 92 €. Une personne isolée de moins de 65 ans toucherait 73 % du RMG, soit 24 €. Même à supposer qu'elle puisse bénéficier d'une allocation de

chauffage d'un même montant, la somme totale perçue serait resterait nettement en-deçà du seuil de 50 % du revenu médian ajusté dans tous les cas exposés dans le rapport. Ceci vaut également pour les personnes âgées de plus de 75 ans.

En conséquence, le Comité considère que le niveau de l'assistance est insuffisant au motif que le montant total de l'aide sociale que peut obtenir une personne sans ressources (y compris les personnes âgées) n'assure pas un niveau de revenu correspondant au seuil de pauvreté.

Le Comité prend note des données chiffrées de l'Agence d'assistance sociale concernant le nombre de bénéficiaires d'allocations mensuelles et les dépenses totales consacrées aux prestations.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations à jour sur le droit de recours et assistance judiciaire.

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 qu'en ce qui concerne l'assistance sociale et médicale d'urgence, les étrangers en situation irrégulière sur le territoire d'un État seront désormais aussi couverts 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 étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'Etats parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si les étrangers résidant légalement en Bulgarie pouvaient être rapatriés au seul motif qu'ils étaient dans le besoin.

Selon le rapport, les ressortissants étrangers détenteurs d'un titre de séjour permanent jouissent des mêmes droits à l'assistance sociale et aux services sociaux que les citoyens bulgares.

Le Comité relève dans une autre source (https ://www.angloinfo.com/how-to/bulgaria/moving/residency/residence-permits) que deux types de titres de séjour sont délivrés aux étrangers désireux de s'installer en Bulgarie : le titre de séjour de longue durée, délivré pour un an aux ressortissants d'États non membres de l'UE et pour cinq ans aux ressortissants communautaires, et le titre de séjour permanent, délivré pour une durée indéterminée par la Direction nationale des migrations et ses antennes locales.

Le Comité relève dans le rapport que les ressortissants étrangers n'ont droit à l'assistance sociale qu'après avoir obtenu un titre de séjour permanent, qui peut être délivré pour une durée indéterminée après cinq ans de résidence ininterrompue en Bulgarie. Ils bénéficient alors des mêmes droits que les citoyens bulgares.

Le Comité comprend donc que seuls les étrangers détenteurs d'un titre de séjour permanent ont droit à l'assistance sociale, dont l'obtention est assujettie à une condition de durée préalable de résidence de cinq ans. Il demande si cette interprétation est correcte et réserve sa position sur ce point.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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 (y compris un état médical). 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 demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique répondent à ces critères.

Conclusion

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

- les chômeurs inscrits auprès des services de l'emploi n'ont pas droit à l'assistance sociale avant une période d'au moins six mois ;
- le niveau de l'assistance sociale versée à une personne sans ressources y compris les personnes âgées n'est pas suffisant.

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 Bulgarie.

Selon le rapport, l'article 3 de la loi relative à l'assistance sociale interdit toute discrimination directe ou indirecte dans l'exercice du droit à l'assistance sociale et aux services sociaux. En réponse à la question posée par le Comité dans la conclusion précédente, à savoir si des bénéficiaires de l'assistance sociale auraient fait l'objet d'une discrimination dans l'exercice des droits politiques et sociaux, le rapport indique que le ministère du Travail et de la Politique sociale n'a pas été cité à comparaître pour être entendu en qualité de partie intéressée dans les procédures engagées par la Commission pour la protection contre la discrimination sur le fondement de l'article 4, paragraphe 1, de la loi antidiscrimination. Par ailleurs, le ministère n'a reçu aucune plainte ni aucun signalement de pratiques discriminatoires émanant de personnes bénéficiant d'une telle assistance.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bulgarie 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 Bulgarie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si les services sociaux destinés aux personnes sans ressources étaient assurés gratuitement. Il note à cet égard que l'une des fonctions des directions de l'action sociale de l'Agence d'assistance sociale est de fournir informations et conseils aux personnes physiques concernant leurs droits en matière d'assistance sociale et d'aides aux familles. Les personnes concernées peuvent recevoir gratuitement des conseils. La Caisse nationale d'assurance maladie offre également un service de conseil gratuit.

Conclusion

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

Organisation des services sociaux

Le rapport indique que le Gouvernement a adopté deux documents stratégiques sur la désinstitutionnalisation des enfants et des majeurs : la stratégie nationale « Une vision pour la désinstitutionnalisation des enfants en République de Bulgarie », assortie d'un plan d'action, en 2010, et la stratégie nationale pour la prise en charge à long terme, concernant la désinstitutionnalisation de la prise en charge des personnes majeures, en 2014. Un plan d'action doit être adopté prochainement pour assurer sa mise en œuvre. Le Comité note que les informations fournies ne concernent que les services de garde d'enfants et les mesures sont adoptées en dehors de la période de référence, le Comité demande donc à être informé de l'organisation des services sociaux pour toutes les catégories de personnes concernées par l'article 14§1 et l'impact des mesures adoptées en dehors de la période de référence (Stratégie nationale pour les soins de longue durée pour la période 2016-2020).

L'article 14§1 garantit le droit au bénéfice des services sociaux généraux. Le droit au bénéfice des services sociaux doit s'appliquer potentiellement à l'ensemble de la population, ce qui distingue le droit garanti par l'article 14 des « différentes dispositions de la Charte qui imposent aux Etats Parties d'organiser des services sociaux à objet étroitement spécialisé ». L'offre de services sociaux doit viser toute personne en situation de dépendance, en particulier les groupes vulnérables et les individus confrontés à un problème social. Des services sociaux doivent, par conséquent, exister pour toutes les catégories de la population qui pourraient en avoir besoin. Il a identifié les groupes suivants : enfants, personnes âgées, personnes handicapées, jeunes en difficulté, jeunes délinquants, minorités (migrants, Roms, réfugiés, etc.), sans-abri, alcooliques et toxicomanes, femmes battues et anciens détenus.

La liste n'est pas exhaustive, puisque le droit aux services sociaux doit être reconnu à tous les individus et groupes de la communauté. Elle donne cependant une indication des groupes auxquels le Comité s'intéresse systématiquement, du fait de leur situation plus vulnérable dans la société. » Lorsque ces diverses dispositions n'ont pas été acceptées par un État partie, la situation est examinée en ce qui concerne les services sociaux pour les groupes cibles spécifiques concernés au titre de l'article 14 (lorsque cet article a été accepté).(Conclusions 2009, Observation interprétative de l'article 14§1).

Accès égal et effectif

Le rapport indique qu'aux termes de la loi relative à l'assistance sociale, les personnes pouvant bénéficier des services sociaux sont les citoyens bulgares et leurs ayants droit (membres de la famille et personnes vivant sous leur toit), de même que les ressortissants étrangers possédant la carte de résident de longue durée ou un permis de séjour permanent en République de Bulgarie, les étrangers ayant obtenu l'asile, le statut de réfugié ou la protection humanitaire, et les personnes couvertes par les dispositions en la matière prévues par un accord international auquel la République de Bulgarie est partie. Lorsque des services sociaux sont assurés, la loi interdit toute discrimination directe ou indirecte – ou sur toute autre raison prévue par la loi ou par un traité international auquel la République bulgare est partie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport indique si les « résidents temporaires », c'est-à-dire les ressortissants étrangers résidant légalement et travaillant régulièrement sur le territoire national et qui ne sont pas des résidents permanents, avaient accès aux services sociaux sur un pied d'égalité avec les citoyens bulgares. S'agissant de savoir si les « résidents temporaires » ont accès aux services sociaux au même titre que les nationaux, le rapport indique qu'à la suite de la modification de la loi relative aux demandeurs d'asile et aux réfugiés, en vigueur depuis le

16 octobre 2015, l'article 11 de la loi a été abrogé (la loi ne contient plus le terme de « protection temporaire »). Selon le rapport il n'existe aucune limitation restreignant l'accès aux services sociaux des réfugiés et des personnes bénéficiant d'une protection humanitaire en vertu des dispositions de l'article 36, paragraphe 2 du règlement d'application de la loi relative à l'assistance sociale : ils ont les mêmes droits que les citoyens bulgares.

Le Comité note que le rapport ne répond pas à sa question et réitère sa demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la question de savoir si « les résidents temporaires », c'est-à-dire les ressortissants étrangers qui résident légalement et travaillent régulièrement sur le territoire du pays et qui ne sont pas résidents permanents, ont le même accès aux services sociaux que les citoyens bulgares. Si ces informations ne sont pas fournies, rien n'indiquerait que la situation est conforme à la Charte.

Qualité des services

Dans les Conclusions 2015, le Comité a pris note des statistiques détaillées émanant de l'Agence pour l'assistance sociale, selon lesquelles les effectifs des services sociaux étaient passés de 12 208 personnes en 2008 à 13 234 en 2011. Le Comité a demandé des éclaircissements sur la répartition du personnel entre l'État et le niveau municipal et des estimations (ou des exemples) du nombre d'employés impliqués dans la fourniture de services sociaux dans le cadre de l'activité municipale et ou comme fournisseur privé.

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 14§1, le droit aux services sociaux doit être garanti en droit et en fait. Les ressources des services sociaux doivent être à la hauteur de leurs responsabilités et suivre l'évolution des besoins des usagers. Cela suppose que : le personnel soit qualifié et suffisamment nombreux ; les décisions soient prises au plus près des usagers ; des mécanismes soient mis en place pour vérifier le caractère adéquat des services, tant publics que privés.

Le rapport indique qu'au 31 mai 2016, on dénombrait sur le territoire de la République de Bulgarie 1 266 centres offrant des services sociaux dans le cadre d'une délégation de service public. Parmi eux, 1 077 assuraient des services de proximité et 189 étaient des institutions spécialisées dans la prise en charge d'enfants et de majeurs. Le rapport souligne qu'en cas de délégation de service public ayant pour objet des services sociaux, l'effectif minimal des structures concernées est déterminé par la Procédure relative au personnel des institutions spécialisées ou assurant des services sociaux de proximité, approuvée par le ministre du Travail et de la Politique sociale. Les effectifs de personnels dépendent du type de service social. Chaque prestataire peut recruter davantage de personnes, en fonction des besoins des usagers. Les effectifs sont déterminés en multipliant le nombre de places par le coefficient attribué au service social considéré.

Le Comité note que le rapport ne répond pas à sa question et réitère sa demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la question de savoir si « les résidents temporaires », c'est-à-dire les ressortissants étrangers qui résident légalement et travaillent régulièrement sur le territoire du pays et qui ne le sont pas résidents permanents, ont le même accès aux services sociaux que les citoyens bulgares. Selon lui, si ces informations ne sont pas fournies, rien n'indiquerait que la situation est conforme à l'article 14§1 de la Charte.

Le Comité rappelle qu'il examine, conformément à l'article 14§1, les règles régissant les conditions d'admission au bénéfice du droit aux services sociaux (accès effectif et égalité d'accès) et la qualité et la surveillance des services sociaux (...). À cet égard, il demande quels sont les mécanismes en place pour vérifier le caractère adéquat des services, tant publics que privés. Le Comité demande également s'il existe un quelconque texte de loi relatif à la protection des données à caractère personnel.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bulgarie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif que il n'est pas établi que le nombre de personnel des services sociaux est adéquat et a la qualification nécessaire pour correspondre aux besoins de l'utilisateur.

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 Bulgarie.

Le Comité rappelle que l'article 14§2 fait obligation aux États d'aider les organisations bénévoles qui cherchent à créer des services sociaux.

Dans ses conclusions précédentes (2013), le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des statistiques concernant les subventions versées par l'État et les collectivités locales aux organismes bénévoles qui dispensent des services sociaux. Il a également demandé que le prochain rapport décrive les autres types d'aides qui pourraient être mises à disposition des organisations bénévoles, comme par exemple des avantages fiscaux.

Le Comité a enfin demandé si et comment le Gouvernement veillait à l'efficacité des services gérés par le secteur privé et vérifiait qu'ils soient accessibles à tous dans des conditions d'égalité et sans discrimination, à tout le moins à raison de la race, de l'origine ethnique, de la religion, du handicap, de l'âge, de l'orientation sexuelle et des opinions politiques.

Le rapport contient des informations relatives aux critères requis pour l'inscription au registre des prestataires de services sociaux tenu par l'Agence pour l'assistance sociale. En vertu des modifications apportées en 2016 à la loi relative à l'assistance sociale, les formalités d'immatriculation – notamment les renseignements à fournir par les prestataires de services – ont été facilitées. La loi prévoit désormais l'échange automatique d'informations avec d'autres organismes. Le Comité note que le rapport fournit des informations en dehors de la période de référence et demande au prochain rapport de fournir des informations et des développements mis à jour à la suite des modifications apportées dans la Loi sur l'aide sociale.

Le rapport souligne que le mécanisme de financement des services sociaux assurés dans le cadre d'une délégation de service public n'est pas lié au versement de subventions. Ils sont financés par le budget de l'État par le biais du budget des collectivités locales, conformément à la loi de finances de la République de Bulgarie pour l'année budgétaire considérée. Il est à noter que les services sociaux sont décentralisés et gérés par les collectivités locales, qui sont responsables de l'attribution des crédits. En vue d'encourager l'entrepreneuriat social et d'établir des partenariats avec le secteur des ONG, le maire d'une commune peut attribuer la gestion d'un service social à un prestataire externe par le biais d'une procédure de mise en concurrence, comme prévu par le règlement d'application de la loi relative à l'assistance sociale. Il arrête son choix à l'issue d'une procédure concurrentielle qui assure le respect des principes de non-discrimination et d'égalité de traitement de tous les candidats.

En réponse à la question relative au montant des subventions versées par l'État aux organismes bénévoles qui dispensent des services sociaux, le rapport indique que les prélèvements opérés chaque année sur le budget de l'État pour assurer l'offre de services sociaux sont importants et souligne leur augmentation constante pendant la période de référence. Les montants des dotations de l'État pour les services sociaux sont ainsi passés de 183 205 800 BGN en 2014, à 189 803 600 BGN en 2015. Le rapport explique que l'attribution des fonds aux prestataires privés incombe aux municipalités. C'est pourquoi aucune donnée n'est disponible. Le Comité demande à nouveau que le prochain rapport contienne des informations à ce sujet. Il demande en particulier des renseignements relatifs à la répartition géographique, dans différentes collectivités locales, des dotations consacrées aux organisations bénévoles offrant des services sociaux, et que le prochain rapport décrive tous les autres types d'aides qui sont en place pour les organisations bénévoles, comme par exemple des avantages fiscaux.

En réponse à la question relative à l'efficacité des services gérés par le secteur privé, le rapport indique qu'au cours des dernières années, plusieurs changements sont intervenus

dans les textes de loi régissant le secteur des services sociaux en vue d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des services et de mieux satisfaire les besoins des usagers. Ces changements concernent l'ensemble des prestataires de services sociaux, y compris le secteur privé. En 2015, une modification du règlement d'application de la loi relative à l'assistance sociale a introduit un critère de différenciation pour le placement en milieu ouvert des usagers ayant des besoins multiples. Le changement visait aussi l'application d'une approche différenciée lors de la définition des normes applicables au financement, par le biais des budgets municipaux, des services sociaux mis en œuvre par un tiers dans le cadre d'une délégation de service public. La loi relative à l'assistance sociale a par ailleurs été modifiée en 2016 afin d'améliorer l'accès aux services sociaux et d'optimiser leur efficacité. L'objectif était d'assurer l'application d'une approche individuelle visant à garantir les droits des usagers moyennant la mise en place d'une évaluation individualisée et d'un plan d'accompagnement personnalisé par une équipe pluridisciplinaire, qui s'attache à éviter tout placement permanent en institution et à favoriser la participation des intéressés au dispositif d'orientation et aux aspects relatifs à la prestation de service.Le Comité note que le rapport fournit des informations en dehors de la période de référence et demande au prochain rapport de fournir des informations et des développements mis à jour à la suite des modifications apportées dans la Loi sur l'assistance sociale afin d'améliorer l'accès et l'efficacité des services sociaux.

Le rapport indique que le Gouvernement, compte tenu du rôle grandissant des services sociaux dans le contexte national et au regard des différents besoins des personnes handicapées, a entrepris de revoir totalement le secteur social. Un nouveau projet de loi sur les services sociaux est en cours d'élaboration afin d'améliorer la planification, le financement, la qualité, le suivi et le contrôle de l'activité des services sociaux. À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les suites données au projet de loi précité et sur les mécanismes de contrôle mis en place par la réforme pour vérifier la qualité des services sociaux et assurer le respect des droits des usagers.

Conclusion

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

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

ESTONIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Estonie, qui a ratifié la Charte le 11 septembre 2000. L'échéance pour remettre le 14e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Estonie l'a présenté le 23 novembre 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).

L'Estonie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 3§4 et l'article 23.

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

Les Conclusions relatives à l'Estonie concernent 17 situations et sont les suivantes :

– 12 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 11§1, 11§2, 11§3, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3, 13§4, 14§1 et 14§2,

– 4 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 12§1, 12§4 et 13§1.

En ce qui concerne la situation relative à l'article 30, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par l'Estonie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§1

- Le Réseau pour la santé et la sécurité au travail en Estonie a été rétabli en 2012. Il vise à développer le domaine de la santé et de la sécurité au travail en offrant un cadre permettant une utilisation plus efficace des informations, des expériences et des connaissances en la matière par les institutions membres du réseau
- Un outil électronique ("Tööbik") a été développé en 2011-2015. Il permet aux entreprises d'administrer les données relatives à leur environnement de travail, d'effectuer des évaluations des risques et de tenir à jour les bases de données nécessaires

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),

- droit à l’information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

L’échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 3 janvier 2018. 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 l'Estonie.

Objectif général de la politique

Le rapport précise que selon le Cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail (2014-2020), la politique et la législation estoniennes sur la santé et la sécurité au travail doivent être élaborées en ayant à l'esprit les objectifs suivants : assurer l'application de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail, faciliter une telle application, en particulier par les microentreprises et les petites entreprises, tenir compte des nouveaux risques, prévenir les maladies professionnelles et les maladies liées au travail et recueillir des données statistiques fiables sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

D'après le rapport, la Stratégie nationale en matière de santé et de sécurité au travail définit les domaines d'intervention pour les années 2010 à 2013, à savoir, notamment : développer le cadre législatif relatif à la santé et à la sécurité au travail, sensibiliser à la nécessité de travailler dans un environnement qui préserve la santé, développer les formations en matière de santé et de sécurité au travail, mettre en place des services de médecine du travail et tenir compte des nouveaux risques au travail. Le rapport précise que les objectifs et les mesures à prendre dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail sont décrits dans le Plan national 2009-2020 en faveur de la santé, qui est revu et modifié chaque année. Le Comité prend note des domaines d'activité retenus, des objectifs fixés et des résultats obtenus au cours de la période de référence, en application du Plan d'action afférant à la Stratégie en matière de santé et de sécurité, tels que décrits dans le rapport (le cadre législatif relatif à la santé et à la sécurité au travail est à jour, l'évaluation des risques a été améliorée, la sensibilisation des différentes parties prenantes a été renforcée, les services de médecine du travail ont été développés, etc.).

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. Il rappelle également que, s'agissant 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). D'après le rapport, des inspections axées sur les facteurs de risques psychosociaux ont été effectuées en 2012 et des campagnes de sensibilisation ont été menées par l'Inspection estonienne du travail sur les risques psychosociaux au travail (2012) et le stress lié au travail (2014-2015). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur ce point.

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

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le rapport précise qu'un outil électronique ("Tööbik") a été développé en 2011-2015. Il permet aux entreprises d'administrer les données relatives à leur environnement de travail, d'effectuer des évaluations des risques et de tenir à jour les bases de données nécessaires. D'après l'étude de 2015 sur la vie au travail en Estonie, 89 % des organisations ont procédé à une évaluation des risques.

Le Réseau pour la santé et la sécurité au travail en Estonie a été rétabli en 2012. Il vise à développer le domaine de la santé et de la sécurité au travail en offrant un cadre permettant une utilisation plus efficace des informations, des expériences et des connaissances en la matière par les institutions membres du réseau.

Le rapport dresse également le bilan des campagnes d'information menées par l'Inspection du travail afin de sensibiliser les travailleurs et les employeurs, de modifier les comportements et de développer une culture de la sécurité dans les entreprises estoniennes. Elle a notamment organisé des campagnes sur le stress lié au travail et mené d'autres activités – production d'un magazine sur la vie au travail, publication de bulletins d'information destinés aux start-up, développement d'un portail consacré à la vie au travail, mise en place d'une base de données de bonnes pratiques et élaboration de brochures, de prospectus, de manuels et autres.

Le rapport ajoute que le service de conseil de l'Inspection du travail joue un rôle important dans le renforcement de la sécurité et de la qualité de la vie au travail, parallèlement à ses activités de contrôle et d'information. Le service de conseil s'adresse à toutes les parties aux relations de travail (salariés, employeurs et organisations professionnelles). Les conseillers sont essentiellement des conseillers juridiques et des spécialistes de l'environnement de travail, ou des inspecteurs du travail et des inspecteurs juristes qui donnent des conseils depuis leurs bureaux. Ils ont notamment vocation à aider les parties aux relations de travail à agir consciemment dans le respect de la législation régissant les relations de travail et la santé et la sécurité au travail, et à encourager des comportements respectueux des lois dans les relations de travail. Depuis 2015, l'Inspection du travail propose des services de conseil au sein des entreprises. Le Comité relève dans le rapport que les conseillers n'assurent pas les contrôles dans les entreprises et ne délivrent pas d'injonctions. Ils n'établissent aucun document (par exemple analyse des risques, instructions de sécurité, etc.) et ne donnent pas d'instructions aux salariés pris individuellement.

Le Comité considère que des mesures sont prises en matière de prévention des risques professionnels, de sensibilisation et d'évaluation des risques liés au travail et d'information et de formation des travailleurs. Il observe également que les inspecteurs du travail s'attachent à développer une culture de santé et de sécurité parmi les employeurs et les travailleurs et s'acquittent de leur obligation de partager les connaissances acquises au fil de leurs inspections en matière de risques et de prévention des risques, dans le cadre de leurs activités de prévention.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'implication des pouvoirs publics dans la recherche scientifique et technique en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi que dans la formation de professionnels qualifiés, et a demandé des exemples concrets de la participation de l'État à des activités liées aux connaissances et à la conception de programmes de certification et de modules de formation. En réponse, le rapport dresse la liste de tous les types d'activités mises en œuvre afin de sensibiliser à la nécessité de travailler dans des environnements sains : formations sur la santé et la sécurité au travail pour différents niveaux scolaires, formation de représentants de la santé et de la sécurité sur les lieux de travail, formation professionnelle de spécialistes de la santé au travail dans les universités, formation interne de spécialistes de la santé au travail, etc. Plusieurs formations destinées aux spécialistes de la santé ont été organisées par le ministère des Affaires sociales entre 2012 et 2014 (champs électromagnétiques, risques chimiques, risques psychosociaux, radiations et nanoparticules dans l'environnement de travail, protection des voies respiratoires supérieures, utilisation d'équipements de protection individuelle, etc.).

De plus, en 2012 et 2013, des normes professionnelles destinées aux prestataires de services de santé au travail (ergonomes, hygiénistes du travail et psychologue du travail) ont

été élaborées, avec la participation de spécialistes du ministère des Affaires sociales et d'universitaires. Le Comité prend note des activités mises en œuvre pendant la période de référence par le ministère des Affaires sociales dans le domaine de la santé au travail, telles que décrites dans le rapport (36 instructions ont été rédigées, un manuel pour les établissements d'enseignement professionnel a été élaboré et un Mois de l'ergonomie a été organisé).

Le rapport dresse aussi la liste des études menées dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail pendant la période de référence et présente les principales conclusions auxquelles elles sont parvenues sur le thème de la santé au travail en 2015.

Le Comité observe qu'il existe un système visant à améliorer la santé et la sécurité au travail par la recherche, le développement et la formation. Il constate que les autorités publiques s'investissent dans la recherche scientifique et appliquée ainsi que dans la formation sur la santé et la sécurité au travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion et a demandé des informations sur les changements apportés par la loi du 13 décembre 2006 portant modification de la loi du 16 juin 1993 relative aux représentants des salariés, qui a transposé la Directive 2002/14/CE du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2002 établissant un cadre général relatif à l'information et la consultation des travailleurs dans la Communauté européenne. En réponse, le rapport précise que la Directive 2002/14/CE est transposée par la loi de 2006 relative aux délégués du personnel, qui régit les activités de ces derniers. Un délégué du personnel est un salarié d'une entreprise élu par l'assemblée générale des salariés pour les représenter dans leurs relations avec leur employeur, conformément aux obligations qui leur incombent en vertu de la loi.

Le Comité prend note des exemples illustrant la manière dont les partenaires sociaux participent concrètement à la définition de la politique en matière de santé et de sécurité au travail. Les partenaires sociaux prennent part deux fois par an au comité directeur du Plan national en faveur de la santé 2009-2020 et du Plan de développement de la protection sociale 2016-2023. Ils ont également participé au recensement des principaux problèmes rencontrés dans l'application de la politique relative à la santé et à la sécurité au travail en 2015. Enfin, les partenaires sociaux ont été associés aux discussions menées concernant les conclusions de différentes études sur la santé et la sécurité au travail (quatre réunions en 2015).

Le Comité constate que les partenaires sociaux sont consultés lors de la conception et la mise en œuvre de la politique de santé et de sécurité au travail.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a considéré que la législation et la réglementation en vigueur satisfaisaient à l'obligation générale prévue par l'article 3§2 de la Charte et a demandé des informations sur toute modification apportée à la législation et à la réglementation pendant la période de référence. Le rapport indique en réponse qu'aucune modification importante n'a été apportée à la législation en matière de santé et de sécurité au travail. Toutefois, dans la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, l'ordre d'enregistrement des prestataires non médicaux de services de santé au travail a été modifié en 2014.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les mesures qui auraient été adoptées pour transposer la Directive 2008/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2008 modifiant la directive 2004/40/CE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques). Le rapport indique en réponse que l'arrêté ministériel n° 44 sur les prescriptions de santé et de sécurité visant les environnements de travail exposés à des champs électromagnétiques, les limites d'exposition aux champs électromagnétiques et la procédure de mesure de ces champs a été adopté le 1er avril 2016 (hors période de référence) et couvre la Directive 2013/35/UE abrogeant la Directive 2004/40/CE.

En ce qui concerne les mesures prises pour mettre en œuvre le cadre juridique, le rapport précise qu'en application de la décision CE n° K/2011/9200, l'Estonie a élaboré son rapport national de synthèse sur la mise en œuvre concrète de 24 directives de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail en Estonie. L'objectif de ce rapport était d'offrir une vue d'ensemble de la mise en œuvre des directives sur la santé et la sécurité au travail en Estonie et, plus généralement, au sein de l'Union européenne. Le rapport a été établi sur la base de documents et d'entretiens avec les parties prenantes nationales. Le Comité relève dans le document de travail établi en 2017 par les services de la Commission européenne sur l'évaluation a posteriori des directives de l'Union européenne relatives à la santé et à la sécurité au travail (évaluation REFIT) que la législation estonienne dans le domaine de la santé et de la sécurité couvre tous les secteurs sans distinction, en ce compris le secteur public et tous les types d'entreprises.

En réponse à l'autre question du Comité, le rapport précise que la ratification de toutes les conventions sur la santé et la sécurité au travail est coordonnée par l'organe tripartite de dialogue social, à savoir le Conseil estonien de l'OIT. Ce dernier formule des propositions et des avis concernant les nouvelles conventions et recommandations de l'OIT, et encourage l'intégration des conventions non ratifiées de l'OIT dans la législation et la pratique. Les dispositions des conventions non ratifiées sont aussi prises en compte dans la réglementation estonienne. Le rapport souligne cependant que toutes les directives de l'Union européenne portant sur la santé et la sécurité au travail, par exemple la Directive-cadre 89/391 et les directives qui y sont associées, ont été transposées dans la législation nationale.

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 fournit aucune information sur ce point. Le Comité note cependant que, selon les informations fournies dans le rapport établi conjointement par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail et l'EU-OHSA

sur les risques psychosociaux en Europe (2014), la législation estonienne insiste sur la nécessité de prendre en considération les risques psychosociaux ou la santé mentale lorsque l'on traite des questions de santé et de sécurité au travail. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport.

Le Comité note que, selon la base de données NORMLEX de l'OIT, le nombre de conventions de l'OIT ratifiées par l'Estonie est particulièrement faible, tandis que l'acquis communautaire en matière de santé et de sécurité au travail a été pour l'essentiel transposé dans le droit interne. Dans l'attente des informations demandées, le Comité considère par conséquent que la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail sont conformes à l'obligation générale de l'article 3§2 de la Charte, qui exige que la grande majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 soit couverte de manière spécifique, selon les niveaux fixés par les normes internationales de référence.

Niveaux de prévention et de protection

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la 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. Il a également demandé des informations détaillées sur la mise en œuvre de mesures préventives axées sur la nature des risques identifiés lors des évaluations obligatoires effectuées sur les lieux de travail et sur l'existence d'un calendrier de mise en conformité. Le rapport n'abordant pas ce point, le Comité renouvelle ses questions.

Le Comité relève cependant dans le document de travail établi en 2017 par les services de la Commission européenne sur l'évaluation a posteriori des directives de l'Union européenne relatives à la santé et à la sécurité au travail (évaluation REFIT) qu'en ce qui concerne la Directive 90/269/CE (manutention manuelle de charges), la législation contient des dispositions encore plus détaillées concernant l'évaluation des risques et les mesures de prévention et de protection à l'intention des femmes, des travailleuses enceintes/allaitantes et des jeunes qui travaillent. S'agissant de la Directive 90/270/CEE (équipements à écran de visualisation), le Comité relève dans la même source que la législation nationale couvre les systèmes informatiques principalement destinés à l'usage public, qui comptent parmi les éléments expressément exclus du champ d'application de la directive. En outre, plusieurs prescriptions minimales sont davantage développées, notamment celles qui concernent l'évaluation des risques, la durée des pauses, et les conditions et la périodicité des examens médicaux.

Le Comité souligne que le rapport doit fournir des informations complètes et à jour sur les changements apportés à la législation et à la réglementation pendant la période de référence. Dans l'intervalle, il réserve sa position sur ce point.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité demande que le prochain rapport précise quelles sont les normes internationales ou européennes que les textes législatifs ou réglementaires édictés et/ou modifiés au cours de la période de référence visent à intégrer.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les mesures adoptées pour intégrer la limite d'exposition de 0,1 fibre/cm^3 introduite par la Directive 2009/148/CE. Le rapport indique en réponse que selon le paragraphe 2 de l'arrêté ministériel n° 224 relatif aux prescriptions de santé et de sécurité contre les risques liés à l'exposition à l'amiante au travail, adopté le 11 octobre 2007, la valeur limite d'exposition à l'amiante est de 0,1 fibre/cm^3, comme l'exige la Directive 2009/148/CE.

Le Comité considère que la situation de l'Estonie est conforme à la Charte sur ce point.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le rapport précise que la protection des travailleurs contre les radiations est garantie par la loi de 2014 relative aux radiations, qui a été modifiée en 2016 (hors période de référence).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et à jour sur les changements apportés à la législation et à la réglementation pendant la période de référence. 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 de la législation et de la règlementation en ce qui concerne les travailleurs en situation d'emploi atypique.

Travailleurs temporaires

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion et a demandé des exemples concrets sur la manière dont les travailleurs temporaires, les travailleurs intérimaires et les travailleurs sous contrat à durée déterminée étaient informés des dangers, des formations sur les méthodes permettant de travailler en toute sécurité et de l'examen médical à effectuer lors de leur réembauche ou de leur affectation à de nouvelles tâches. Il a aussi demandé si ces travailleurs étaient en droit d'être représentés au travail.

Le rapport précise que les prescriptions de santé et de sécurité prévues par la législation estonienne sont les mêmes pour les travailleurs temporaires que pour les travailleurs réguliers. Selon le paragraphe 13(1)13 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, l'employeur doit faire en sorte que ses salariés reçoivent des instructions et bénéficient d'une formation sur la santé et la sécurité au travail correspondant à leur poste et à leur profession avant qu'ils ne débutent leur emploi ou ne changent de fonctions. Les instructions et la formation doivent être renouvelées si les équipements ou la technologie changent ou sont modernisés. Les questions relatives aux contrôles médicaux sont régies par le Règlement n° 74 adopté le 24 avril 2003 par le ministre des Affaires sociales sur la procédure de suivi médical des travailleurs.

Selon le paragraphe 12(1) de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, si des tâches sont confiées à une agence de travail temporaire, l'entreprise utilisatrice doit s'assurer qu'elles sont exécutées dans le respect des prescriptions en matière de santé et de sécurité. Le rapport précise que cette disposition vaut également pour la représentation des intérêts des travailleurs temporaires pendant la période durant laquelle ils travaillent dans l'entreprise utilisatrice.

Le Comité confirme que les travailleurs temporaires et les travailleurs intérimaires jouissent du même niveau de protection que les travailleurs sous contrat à durée indéterminée.

Autres catégories de travailleurs

En réponse à la question du Comité concernant d'éventuelles restrictions à l'application de la législation et de la réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail en fonction du nombre de salariés, le rapport précise qu'il n'existe pas de telles restrictions et que tous les travailleurs bénéficient du même niveau de protection dans la pratique.

Selon le paragraphe 12(1) de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, l'employeur doit garantir le respect des prescriptions en matière de santé et de sécurité dans toutes les situations de travail. Ainsi, si un travailleur à domicile ou un employé de maison a conclu un contrat de travail avec un employeur, il est protégé par la loi en cas de problèmes de santé liés au travail.

Le rapport ajoute que la loi relative à la santé et à la sécurité au travail contient des prescriptions de base concernant les travailleurs indépendants, conformément à la Recommandation 2003/134/CE du Conseil. Aux termes des paragraphes 12(7) et (8), l'entrepreneur individuel (travailleur indépendant) doit veiller à utiliser correctement et judicieusement les équipements de travail, équipements de protection individuelle ou autres équipements lui appartenant dans toutes les situations de travail. Si un entrepreneur individuel intervient sur un lieu de travail simultanément avec un ou plusieurs salariés d'une entreprise, il doit informer l'employeur qui organise les travaux ou, en son absence, les autres employeurs, des risques liés à ses activités et veiller à ce que celles-ci ne mettent pas en danger les autres salariés.

Le Comité considère que les travailleurs à domicile et les travailleurs indépendants sont inclus dans le champ d'application de la législation nationale relative à la santé et à la sécurité au travail. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures permettant de vérifier et de s'assurer que la protection accordée par la règlementation aux travailleurs indépendants, aux travailleurs à domicile et aux employés de maison est appliquée dans la pratique.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion et a demandé des informations sur les mesures qui auraient été prises pour accroître le nombre de délégués aux conditions de travail et de comités des conditions de travail dans les entreprises. D'après le rapport, les organisations professionnelles participent à la mise en œuvre de la Stratégie 2010-2013. L'étude de 2015 sur la vie au travail a révélé que 54 % des entreprises disposaient d'un délégué aux conditions de travail (48 % en 2009) et 98 % d'une personne qui s'occupait des conditions de travail (90 % en 2009). Le rapport indique également quelle est l'approche adoptée par les délégués aux conditions de travail (santé sécurité) et les comités des conditions de travail et décrit la procédure d'élection.

Le rapport ajoute qu'en septembre 2015, 814 conventions collectives avaient été négociées entre des employeurs et des salariés enregistrés en Estonie. Les questions de santé et de sécurité au travail étaient prises en compte par 86 % d'entre elles (suivi médical des salariés, coopération et activités de promotion de la santé au travail). Ventilées par type d'activité, 54 conventions collectives étaient en vigueur dans le secteur du bâtiment, huit dans le secteur minier et seize dans le secteur de l'agriculture, de la pêche et de l'industrie du bois.

Le Comité considère que la situation est donc conforme sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Estonie est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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 l'Estonie.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et, vu la persistance du phénomène de sous-déclaration, a demandé des informations concernant l'application de l'arrêté ministériel n° 75 dans la pratique. Il a notamment demandé combien d'accidents du travail non mortels avaient donné lieu à une enquête de l'Inspection du travail, si les médecins étaient bien conscients de leurs obligations en matière de déclaration, si des mesures avaient été prises pour contrecarrer d'éventuels arrangements entre employeurs et travailleurs, et si des sanctions étaient infligées aux employeurs ou aux médecins en cas d'omission de déclaration. Le rapport ne contenant pas les informations demandées, le Comité renouvelle ses questions.

Selon le rapport, le nombre d'accidents non mortels du travail a augmenté pendant la période de référence. En effet, il est passé de 4 147 en 2012 à 4 774 en 2015. Le nombre d'accidents mortels du travail était de 15 en 2012 et de 16 en 2015. Le rapport indique par ailleurs qu'en 2013, 4 183 accidents du travail sont survenus, dont 3 388 ont causé des lésions corporelles mineures, 775 ont causé des lésions corporelles graves et 20 ont entraîné la mort du salarié. Par rapport à 2012, le nombre d'accidents du travail enregistrés a augmenté de 26 cas. Le nombre d'accidents du travail enregistrés pour 100 000 travailleurs, en augmentation, est passé de 676 en 2012 à 745 en 2015. Le Comité prend note du nombre d'accidents du travail par secteur d'activité détaillé dans le rapport.

Les données EUROSTAT confirment la tendance observée en ce qui concerne le nombre d'accidents du travail (plus de trois jours d'absence, hors accidents survenus sur le trajet domicile-travail) (passés de 5 847 en 2012 à 6 288 en 2014), leur taux d'incidence (1 005,49 en 2012 et 1 137,9 en 2014), et leur niveau manifestement bas par rapport au taux d'incidence moyen relevé dans l'Union européenne des 28. Les données confirment également la tendance observée en ce qui concerne le nombre d'accidents mortels (14 en 2012, 16 en 2014) et leur taux d'incidence (1,85 en 2012, 2,16 en 2014), qui est inférieur au taux moyen relevé dans l'Union européenne des 28 (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014).

Le rapport précise que compte tenu de la taille de population de l'Estonie, les décès sont peu nombreux, sachant qu'il suffit d'un seul accident du travail pour influencer les données statistiques. Le nombre d'accidents graves du travail a été relativement stable au cours de ces dernières années. L'augmentation du nombre total d'accidents du travail est due à des accidents mineurs, ce qui témoigne, selon le rapport, de l'amélioration de l'enregistrement des accidents du travail, de la sensibilisation des employeurs et d'un meilleur respect de la loi.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, le rapport précise que la loi relative à la santé et à la sécurité au travail classe les troubles de santé causés par le travail selon les catégories suivantes : maladies professionnelles, maladies causées par le travail et maladies liées au travail. En 2013, l'Inspection du travail a été informée de 56 diagnostics de maladies professionnelles et de 190 diagnostics de maladies liées au travail. Le Comité relève dans le rapport que le nombre de maladies professionnelles (57 en 2012 et 50 en 2015) et de maladies causées par le travail (172 en 2012 et 128 en 2015) a diminué pendant la période de référence. Le Comité comprend que cela signifie que maladies professionnelles, maladies causées par le travail et maladies liées au travail constituent le sens des maladies professionnelles au sens de la Charte et demande au gouvernement de confirmer. Il demande également des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la

période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a aussi demandé des informations sur les mesures prises pour réduire le niveau élevé des accidents mortels et l'augmentation des cas de maladie professionnelle. En réponse, le rapport précise que l'Inspection estonienne du travail mène chaque année des campagnes sur la santé au travail afin de sensibiliser les travailleurs et les employeurs, de modifier les comportements et de développer une culture de la sécurité au sein des entreprises. Sa principale priorité est de réduire le nombre d'accidents graves et mortels du travail. Pour y parvenir, elle entend augmenter le nombre et la fréquence des visites de contrôle et améliorer leur qualité. Des inspections portant sur l'environnement de travail sont menées en fonction du niveau de risque observé dans les entreprises. L'une des tâches majeures de l'Inspection du travail, outre sa mission de contrôle et de conseil, est de mener des activités de prévention et d'information sur les questions de santé et de sécurité au travail et les relations professionnelles, afin de rendre les environnements de travail plus sûrs et d'améliorer la qualité du travail.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Le rapport précise que l'Inspection du travail a organisé des formations sur la santé et la sécurité au travail à l'intention des représentants des petites et moyennes entreprises et des spécialistes de l'environnement de travail (3 656 participants entre 2009 et 2014).

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé des informations concernant l'application concrète de l'arrêté ministériel n° 48 et de l'arrêté n° 26 du ministère des Affaires sociales. Il a aussi demandé des données relatives au nombre d'inspecteurs du travail et des informations sur les mesures prises pour mettre fin à la baisse persistante du nombre de salariés couverts par les visites d'inspection. Le rapport précise que les inspections de la santé et de la sécurité au travail sont régis par la loi relative à la santé et à la sécurité au travail (chapitre 6) et la loi relative à l'application de la législation, adoptée le 23 février 2011. L'Inspection du travail a mis au point un manuel d'instructions à l'intention des inspecteurs chargés de contrôler les lieux de travail. Les principaux types de contrôle sont les inspections, les inspections spécifiques, les inspections de suivi, les inspections de nouvelles constructions ou de constructions rénovées et la surveillance du marché des équipements de protection individuelle. L'Inspection du travail veille au respect des prescriptions en matière de santé et de sécurité au travail dans tous les domaines d'activité et collabore avec les services de police et l'administration des impôts et des douanes en procédant à des inspections conjointes. En cas de non-respect des exigences législatives, l'inspecteur du travail est habilité à délivrer une injonction de mesures correctives que l'employeur est tenu d'appliquer. Si l'employeur n'en tient pas compte, une amende peut lui être infligée.

Le rapport fait état d'une augmentation du nombre d'entreprises contrôlées pendant la période de référence (3 132 en 2012 et 3 838 en 2015) et du nombre de visites de contrôle effectuées (4 616 en 2012 et 5 347 en 2015). Cependant, cette tendance ne se retrouve ni dans le nombre de travailleurs couverts par les visites d'inspection (166 233 en 2012 et 97 581 en 2015), ni dans la proportion de travailleurs indiquée dans le rapport (27 % en 2012 et 15 % en 2015). Le Comité demande une nouvelle fois quelles mesures sont prises pour mettre fin à la baisse persistante du nombre de salariés couverts par les visites d'inspection.

Le Comité note que, selon les données chiffrées publiées par ILOSTAT, le nombre d'inspecteurs du travail est resté stable (38 en 2012, 37 en 2013 et en 2014, et 39 en 2015), le nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10 000 salariés était de 0,6 pendant la période de référence, le nombre de visites de contrôle effectuées sur les lieux de travail au cours d'une année, en légère hausse, est passé 3 771 en 2012 à 4 246 en 2015, et le nombre moyen de visites de contrôle effectuées par inspecteur a aussi augmenté pendant la période de référence (il est passé de 99,2 en 2012 à 108,9 en 2015). Le Comité demande que le prochain rapport explique pourquoi les chiffres concernant les visites de contrôle sur les lieux de travail indiqués dans le rapport et publiés par ILOSTAT sont différents.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a pris note du très faible nombre d'amendes infligées par rapport au nombre d'infractions signalées et de leur montant très bas, y compris dans les procédures contraventionnelles, alors que les paragraphes 27.1 et 27.2 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail prévoyaient des amendes d'un montant maximal de 2 600 € et 2 000 € respectivement. Afin de mesurer le caractère dissuasif des sanctions en pratique, et étant donné la persistance de la sous-déclaration, le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations sur le nombre de condamnations à une peine d'emprisonnement résultant d'une procédure engagée en vertu des paragraphes 197 et 198 du Code pénal. Le rapport indique en réponse que l'inspection du travail engage une procédure pour infraction si un acte ayant les attributs d'une infraction a été commis. La procédure est menée conformément au Code pénal et au Code de procédure pénale. Compte tenu du nombre et de la nature des infractions constatées, et des évaluations des inspecteurs du travail (inspections fondées sur les listes d'évaluation) les sanctions devraient effectivement être plus fréquentes. S'il n'en est pas ainsi, c'est, d'une part, parce que les employeurs remédient dès que possible aux manquements constatés et, d'autre part, parce que les inspecteurs du travail considèrent que leur rôle est certes de contrôler, mais aussi de conseiller les employeurs. C'est pourquoi, d'après le rapport, ils ne souhaitent pas toujours engager une procédure pour infraction.

Selon le Code pénal (paragraphe 197 et 198), quiconque ne respecte pas, par négligence, les prescriptions de santé et de sécurité au travail et porte, en conséquence, gravement atteinte à la santé d'une personne ou cause sa mort, est passible d'une sanction pécuniaire ou d'une peine de détention pouvant aller jusqu'à trois ans d'emprisonnement. Le rapport indique le nombre de procédures engagées en application du Code pénal par l'Inspection du travail (3 en 2012, 1 en 2013 et 0 en 2014 et en 2015).

Le rapport indique également que l'inspection du travail a signalé 12 280 infractions à la loi relative à la santé et à la sécurité au travail en 2012 et 17 611 en 2015, délivré 680 avertissements préalables à une amende en 2012 et 628 en 2015, infligé 25 amendes en 2012 et 47 en 2015, pour un montant global de 4 485 € en 2012 et de 8 690 € en 2015, et engagé 326 procédures pour infraction aux prescriptions de santé et de sécurité au travail (paragraphe 27.1 de la loi précitée) ou dissimulation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (paragraphe 27.2 de la loi précitée) en 2012 (301 amendes d'un montant global de 63 473 €) et 156 en 2015 (150 amendes d'un montant global de 43 575 €).

Le Comité considère qu'au cours de la période de référence, les structures d'inspection du travail n'étaient pas suffisamment développées dans la pratique pour établir l'existence d'un système d'inspection du travail efficace et qu'en termes absolus, le nombre d'amendes et les montants infligés demeuraient trop faibles pour avoir un effet dissuasif. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte au motif que le système d'inspection du travail, en ce qui concerne la santé et la sécurité au travail, est inefficace.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que le système d'inspection du travail, en ce qui concerne la santé et la sécurité au travail, est inefficace.

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 l'Estonie.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, d'après l'OMS, l'espérance de vie à la naissance était de 77,6 ans en 2015 (moyenne pour les deux sexes). Elle reste donc inférieure à celle des autres pays européens, mais a augmenté depuis la dernière période de référence. D'après le rapport, l'espérance de vie à la naissance a augmenté en moyenne de 0,7 ans par rapport à 2012 (76,5 ans). 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 relève dans le rapport que le taux de mortalité, en légère baisse, est passé, de 1 168,1 à 1 159,5 décès pour 100 000 habitants entre 2012 et 2015. Les principales causes de mortalité sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les accidents. Le Comité prend note des informations et des statistiques détaillées fournies dans le rapport concernant les principales causes de décès prématurés. Le rapport précise que si le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires est en diminution, ces dernières étaient toujours à l'origine de 52,3 % des décès enregistrés en 2015 (54,1 %en 2012). Les statistiques montrent que le nombre de nouveaux cas de contamination par le VIH, tout comme le nombre de décès dus au VIH, ont diminué pendant la période de référence.

En réponse à la précédente question du Comité concernant la mise en œuvre de la Stratégie nationale de lutte contre le VIH et le sida 2006-2015, le rapport précise que toutes les activités prévues par la stratégie ont été intégrées dans le plan d'application 2013-2016 du Plan national pour la santé 2009-2020. La stratégie a facilité la réalisation du Plan national pour la santé, en limitant la propagation du VIH et en permettant aux malades du sida de bénéficier d'un traitement de qualité. Une évaluation de la Stratégie nationale de lutte contre le VIH et le sida 2006-2015 est en cours.

Selon les données de l'Office estonien des statistiques, la mortalité infantile a diminué au cours de la période de référence : de 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012, elle a été ramenée à 2,5 en 2015. Le Comité note que ce taux est inférieur à la moyenne européenne (moyenne enregistrée pour l'UE des 28 en 2015 : 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes).

S'agissant de la mortalité maternelle, le Comité note que, d'après les données fournies dans le rapport, le nombre de décès enregistrés était de 23 en 2012, douze en 2013, quatorze en 2014 et seize en 2015. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données actualisées sur le taux de mortalité maternelle.

Accès aux soins de santé

Le Comité note que, d'après l'OCDE, les dépenses de santé en Estonie (à l'exclusion des dépenses d'investissement) représentaient 6 % du PIB en 2013, soit un pourcentage nettement inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE, qui était de 8,9 %. Il relève dans le rapport que la part du PIB allouée aux dépenses de santé a légèrement augmenté pendant la période de référence : elle est passée de 5,8 % en 2012 à 6 % 2013, puis à 6,2 % en 2014, pour atteindre 6,5 % en 2015.

Le Comité prend note des statistiques fournies dans le rapport concernant la capacité d'accueil des hôpitaux. D'après le rapport, le nombre de médecins est proche de la moyenne de l'Union européenne et le nombre d'infirmières et de sages-femmes est légèrement inférieur à la moyenne de l'Union européenne.

En réponse à la précédente demande d'informations du Comité concernant l'évolution des dépenses restant à la charge des patients, le rapport précise que leur proportion par rapport

aux dépenses de santé totales est passée de 17,6 % en 2011 à 23,8 % en 2014. Cependant, la part des dépenses médicales à la charge des patients rapportée aux dépenses de consommation finale des ménages estoniens était inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE (Estonie : 2,4 %, OCDE : 2,8 %). Le rapport fournit des informations sur les mesures prises pour réduire les frais à la charge des patients : campagnes de promotion des médicaments génériques menées par la Caisse estonienne d'assurance maladie ou politique de prescription d'un unique principe actif mise en œuvre avec les pharmaciens. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur l'évolution de la situation en ce qui concerne les frais à la charge des patients et sur l'impact des mesures prises pour en réduire le montant.

S'agissant des délais d'attente, le Comité a précédemment noté que la durée maximale d'attente avait été portée à six semaines pour les soins médicaux spécialisés en ambulatoire (contre quatre auparavant) et a demandé à être informé des évolutions dans ce domaine (Conclusions 2013). Le rapport précise que la durée maximale d'attente pour des soins spécialisés (non urgents) est de six semaines s'ils sont réalisés en ambulatoire et de huit mois s'ils nécessitent une hospitalisation et une intervention chirurgicale. Pour certaines interventions, l'attente maximale est plus longue. Le rapport ajoute que, d'après une série d'enquêtes menées par la Caisse estonienne d'assurance maladie en 2013, c'est davantage le manque de médecins que de ressources financières qui constitue le principal obstacle à l'accès rapide aux soins. Le rapport fournit des données statistiques sur les délais moyens d'accès à un médecin de famille, à des services infirmiers ou à des soins spécialisés, établies sur la base de questionnaires de satisfaction remplis par les patients.

Le Comité prend note, d'après le rapport, des mesures prises pour améliorer l'efficacité des services de santé pendant la période de référence : (i) les consultations et les visites en ligne ont été incluses en 2013 dans la panoplie de services proposés par la Caisse estonienne d'assurance maladie ; (ii) un système centralisé d'enregistrement en ligne pour l'ensemble des hôpitaux du secteur public est en cours de mise en place. Il permettra aux hôpitaux d'avoir une meilleure vue d'ensemble des taux d'occupation réels et aux patients de comparer les délais d'attente imposés par les différents prestataires ; (iii) renforcer les soins de santé primaires afin de réduire la pression sur les soins spécialisés et hospitaliers : tel est le principal objectif d'un projet de construction d'un réseau de centres de soins de santé primaire, dans lesquels exerceront des équipes multiprofessionnelles de spécialistes ; (iv) la réorganisation du secteur hospitalier et le travail en réseau entre les grands centres hospitaliers et les petits hôpitaux régionaux permettent d'assurer les soins ambulatoires spécialisés et les soins de jour nécessaires dans les zones rurales ; (v) mise en place d'une politique salariale compétitive et de formations à l'intention des professionnels de santé. Le Comité demande à être informé de l'évolution des délais d'attente et de l'impact des mesures prises sur la réduction de ces délais.

Il prend note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant les structures de réadaptation et les traitements disponibles pour les toxicomanes.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les services de soins et de traitement des maladies mentales, y compris des informations sur la prévention des troubles mentaux et les mesures permettant de favoriser la guérison des patients qui en sont atteints.

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).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

Education et sensibilisation de la population

Dans sa précédente conclusion, le Comité a noté que le Département de la santé publique du ministère des Affaires sociales était chargé de la promotion de l'éducation et de la sensibilisation à la santé et a demandé des informations sur les mesures et campagnes spécifiques menées pendant la période de référence pour promouvoir la santé/prévenir les maladies (Conclusions 2013).

Le Comité note que, d'après les informations fournies dans le rapport concernant l'article 11§1, le Plan national pour la santé 2009-2020 a fixé des objectifs stratégiques en vue d'une amélioration continue de la santé publique. Les politiques suivantes ont été mises en œuvre : (i) le Livre vert sur la politique relative à l'alcool vise à réduire les maladies et les dommages sociaux causés par l'alcool et à faire en sorte que les enfants et les adolescents puissent grandir dans un environnement sûr ; (ii) en application du Livre vert sur la politique relative au tabac, un groupe de travail a été créé pour observer sa mise en œuvre. Le concours des classes non-fumeurs, organisé par l'Institut national pour la santé et le développement, figurait parmi les nombreuses mesures de prévention prévues par le Livre vert ; (iii) le Livre blanc sur la politique de prévention de la toxicomanie définit la ligne de conduite du Gouvernement pour réduire la disponibilité des drogues, prévenir leur utilisation et assurer la prise en charge médicale des toxicomanes. En 2014, des groupes de travail spécialisés dans la réduction de l'offre, le traitement de la dépendance, la réadaptation, la réinsertion sociale et la prévention primaire se sont réunis, et les résultats de leurs travaux ont été présentés lors d'une réunion de la commission gouvernementale de prévention de la toxicomanie ; et (iv) le Livre vert sur la nutrition et l'activité physique est en cours d'élaboration au sein du ministère des Affaires sociales en coopération avec tous les autres ministères concernés.

L'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de la politique de santé publique. Les activités peuvent être plus ou moins développées selon les problèmes de santé publique les plus importants dans le pays (Conclusions 2007, Albanie). Des mesures doivent viser la prévention des modes de vie nuisibles pour la santé (tels que : tabac, alcool, drogue) et encourager le développement du sens de la responsabilité individuelle dans des domaines tels que l'alimentation, la sexualité, l'environnement (Conclusions XV-2, la République slovaque). Le Comité prend note, d'après le rapport, des progrès observés dans le rapport d'évaluation de la deuxième phase (2013-2014) du Plan national pour la santé 2009-2020. Ledit rapport dresse la liste des principaux défis restant à relever : le taux de suicide des enfants et des adolescents n'a pas baissé, le suicide des personnes âgées tend à augmenter, de nouvelles maladies mentales et comportementales se développent chez les enfants et les adolescents, la mortalité des enfants et des adolescents de 0 à 19 ans, notamment le taux d'accidents mortels, ne diminue pas, le surpoids et l'obésité (qui débutent dès l'enfance) sont un sujet de préoccupation. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises et les campagnes de sensibilisation menées pendant la période de référence, notamment dans les écoles, afin de promouvoir la santé et de remédier aux problèmes susmentionnés.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité prend note des informations et des données actualisées fournies dans le rapport concernant les programmes de dépistage, notamment les programmes de dépistage destinés aux nouveau-nés et aux femmes enceintes et les programmes de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Le rapport précise que les femmes enceintes appartenant à certains groupes à risques bénéficient également d'un dépistage des maladies héréditaires et chromosomiques. Le rapport ajoute que depuis 2015, les dépistages destinés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés font partie intégrante de l'éventail de services proposés dans le cadre du suivi de la grossesse et de la naissance.

Le rapport ajoute que la plupart des tests cytologiques (80 %) sont réalisés à l'occasion de visites médicales ordinaires. Un bus dans lequel il est possible de réaliser des mammographies se déplace dans les différentes régions afin d'augmenter la disponibilité de ces tests ainsi que les taux de participation aux dépistages. Les programmes de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus sont financés par la Caisse estonienne d'assurance maladie et coordonnés par l'Institut national pour le développement de la santé et le Registre du dépistage du cancer. En 2016 (hors période de référence), un nouveau programme de dépistage du cancer colorectal, s'adressant aux assurés de sexe masculin et féminin âgés de 60 à 69 ans, a débuté. Ce groupe cible bénéficiera d'un tel dépistage tous les deux ans.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les visites médicales organisées dans les écoles.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

Environnement sain

Le Comité a précédemment demandé des informations actualisées sur la mise en œuvre des mesures et des politiques de protection de l'environnement, ainsi que sur les niveaux de pollution atmosphérique et les tendances en la matière, ou sur les cas de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire pendant la période de référence (Conclusions 2013).

En ce qui concerne la qualité de l'air, le rapport précise que la quantité de particules fines dans l'air est en diminution constante, et que cette baisse a été particulièrement marquée en 2008, lorsque la Directive 2008/50/CE concernant la qualité de l'air ambiant et un air pur pour l'Europe est entrée en vigueur. La quantité de SO2 dans l'air ambiant n'a cessé de baisser depuis que la teneur en soufre dans les carburants est strictement réglementée. [Si le volume moyen de particules a diminué dans toutes les stations de mesure urbaines, les valeurs maximales sur 24 heures ont augmenté dans la plupart des stations].

S'agissant de l'eau potable, le rapport souligne qu'en vertu de la loi sur l'eau, des règles spéciales ont été fixées pour empêcher la dégradation des caractéristiques de l'eau et pour protéger les installations de captage. Le Comité prend note des mesures décrites dans le rapport concernant notamment la mise en place de périmètres de protection sanitaire autour des points de captage, la limitation de l'accès à ces zones, et la restriction des activités dans ces zones en fonction du volume d'eau capté. Le rapport mentionne en outre que suite à de telles mesures et à d'importants investissements, le taux de population lié aux systèmes centraux de distribution d'eau potable et, par conséquent, fourni avec de l'eau potable qui répond à toutes les exigences est passé de 88 % en 2012 à 98 % en 2015.

En ce qui concerne la sécurité alimentaire, le rapport précise que le ministère des Affaires rurales élabore des normes et une législation en la matière et organise au niveau national des contrôles de la chaîne alimentaire. Dans la plupart des secteurs, les contrôles officiels sont réalisés par le comité d'hygiène alimentaire et vétérinaire, sous l'égide du ministère des Affaires rurales. En 2015, 11 500 contrôles ont été réalisés au total dans des entreprises du secteur alimentaire et environ 5 200 échantillons de nourriture ont été prélevés. Le pourcentage d'échantillons non conformes était de 3,4 %, ce qui représente une légère augmentation par rapport à 2014 (2,5 %). Le Comité demande à être informé de l'évolution de la situation en ce qui concerne les intoxications alimentaires dans le prochain rapport.

Le Comité demande également à être informé des mesures prises et des développements dans le domaine de la gestion des déchets.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité a précédemment noté qu'il était interdit de fumer dans certains lieux, comme les entrepôts des magasins ou les installations sportives. Il a demandé si l'Estonie prévoyait d'étendre l'interdiction de fumer à d'autres lieux publics comme les bars, les restaurants, les discothèques et les pubs (Conclusions 2013). Le rapport fournit une liste de lieux où il n'est permis de fumer que dans une salle ou un espace fumeurs, tels que : les locaux des établissements d'enseignement supérieur, les locaux des centres de loisirs, les locaux des organismes ou des entreprises fournissant des services de santé, les trains locaux, les trains de grand parcours, les navires à passagers, les salles et infrastructures sportives et les installations de jeux. Le rapport établit une distinction entre une « salle fumeurs » et un « espace fumeurs » et souligne qu'à compter du 1er juin 2017, les espaces fumeurs situés à l'intérieur seront interdits et il ne sera permis de fumer que dans des salles fumeurs.

Le Comité prend note des informations que contient le rapport concernant les programmes et campagnes de sensibilisation mis en œuvre pendant la période de référence afin de prévenir la consommation de drogues, tels que le Livre blanc sur la politique de prévention de la toxicomanie, les mesures visant à empêcher l'accès aux drogues en milieu carcéral et à assurer la prise en charge médicale et la réadaptation systématiques des toxicomanes en prison, les formations sur l'utilisation de la naloxone afin d'éviter les décès par overdose et les services de conseil proposés aux personnes ayant des problèmes de dépendance et à leurs proches dans différentes régions d'Estonie. Le rapport précise que le nombre de décès par overdose a fortement baissé en 2014 par rapport à 2012 et à 2013.

Pour ce qui est de la consommation d'alcool, le Comité prend note des informations fournies dans le rapport concernant les mesures prises dans le cadre du Livre vert sur la politique relative à l'alcool (sous l'article 11§1).

Le Comité demande que le prochain rapport rende compte des effets concrets des mesures susmentionnées sur la prévention/la réduction de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues et sur l'évolution de ces consommations.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité prend note des mesures décrites dans le rapport et des données qu'il y figurent concernant la lutte contre la tuberculose. En 2012, l'objectif du programme national de prévention de la tuberculose a été atteint, à savoir ramener le nombre de cas de contraction initiale de la tuberculose à 20 pour 100 000 habitants en 2012 (en 2012, l'incidence de la contraction initiale s'est élevée à 17,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants). En 2013-2015, la contraction de la tuberculose est restée sous contrôle et le nombre de nouveaux cas a été en diminution constante. Le taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants était de 15,6 en 2014.

En ce qui concerne la vaccination, le rapport souligne qu'en 2012, la couverture vaccinale des enfants de moins de deux ans a chuté par rapport à 2011 pour tous les vaccins prévus par le plan de vaccination. Le taux de 95 % recommandé par l'OMS n'a pas été atteint pour neuf maladies. Le Comité demande à être tenu informé des taux de couverture vaccinale.

Accidents

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport concernant les mesures prises pour réduire tous les types d'accidents et l'évolution de leur nombre. Le rapport souligne que le taux de mortalité par accident a baissé pendant la période de référence : les morts par accident représentaient 7,4 % des décès enregistrés en 2012 et 5,7 % en 2015.

Le rapport ajoute qu'un groupe de travail dirigé par le Bureau du Gouvernement a été chargé d'examiner les causes de décès par accident et de proposer des mesures de prévention efficaces. Tous les ministères et institutions concernés suivront ses recommandations et planifieront et mettront en œuvre les mesures proposées d'ici à 2020. Le Comité demande à être tenu informé de la mise en œuvre et des retombées des recommandations du groupe de travail.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

S'agissant des prestations **familiales** et des prestations de **maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système estonien de sécurité sociale. Il note qu'il continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins médicaux, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail/maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants) et qu'il repose toujours sur un financement collectif, en ce qu'il est alimenté par des cotisations (employeurs, salariés) et par le budget de l'État.

D'après le rapport, en 2015, 94 % de la population était couverte par l'assurance soins de santé et 89,6 % de la population active (nombre total de salariés et de chômeurs) était couverte par l'assurance chômage. En ce qui concerne la pension de vieillesse, 99 % des personnes ayant atteint l'âge de la retraite (hommes et femmes de plus de 63 ans) étaient affiliées au système de retraite. Le nombre de bénéficiaires de l'allocation chômage, en baisse, est passé de 27 307 personnes en 2012 à 24 791 personnes en 2015, tandis que le nombre de bénéficiaires d'indemnités d'assurance chômage est demeuré stable, avec 26 163 bénéficiaires en 2012 et 26 533 bénéficiaires en 2015. S'agissant de l'assurance maladie, le Comité relève dans le rapport que 615 333 sur 683 200 personnes (nombre total de salariés et de chômeurs) étaient assurées, soit 90 % de la population active. Le Comité demande que des informations sur la couverture concernant les risques invalidité ainsi qu'accidents du travail et maladies professionnelles figurent dans le prochain rapport.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 7 889 € par an en 2015, soit 657 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 3 944,5 € par an, soit 329 € par mois. 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 263 € par mois.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013), le Comité a jugé que les montants minima des allocations de chômage, des indemnités d'assurance chômage et de la pension nationale étaient manifestement insuffisants.

Les indemnités de **maladie** sont versées à compter du troisième jour de maladie pour une durée maximale de 182 jours (240 jours en cas de tuberculose). En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), le rapport précise que le montant des prestations correspond à 70 % du revenu journalier moyen de l'intéressé. Les salariés ou les travailleurs indépendants assurés, pour lesquels aucune cotisation sociale n'a été versée pendant l'année précédente perçoivent le montant minimum fixé pour les indemnités de maladie qui, en 2015, s'élevait à 209,30 € mensuels pour un salarié et à 190,46 € mensuels pour un travailleur indépendant. Dans la mesure où ces montants sont inférieurs au seuil de 40 % du revenu médian ajusté, la situation n'est pas conforme à la Charte.

Les indemnités d'assurance **chômage** sont versées pendant une durée pouvant aller de 180 jours civils (pour une durée d'affiliation à l'assurance de un à cinq ans) à 360 jours civils (pour une durée d'affiliation d'au moins dix ans). L'assuré perçoit 50 % du revenu de référence pendant les 100 premiers jours, puis 40 % de celui-ci. Le montant minimum des indemnités d'assurance chômage correspond à la moitié du salaire minimum national fixé pour l'année précédente, divisé par 30. Par conséquent, en 2015, le montant journalier minimum des indemnités d'assurance chômage était de 5,91 €, soit 183,21 € par mois (31 jours). Des allocations non contributives d'assistance chômage peuvent être octroyées sous

conditions de ressources aux personnes non admises au bénéfice des indemnités d'assurance-chômage ou dont les droits à ces prestations sont épuisés. Leur montant journalier était de 4,01 € en 2015, soit 124,31 € mensuels. Dans la mesure où ces deux montants sont largement inférieurs au seuil de 40 % du revenu médian ajusté, le Comité ne considère pas que leur cumul avec d'autres prestations mentionnées dans le rapport (telles que l'allocation de subsistance et les prestations familiales) puisse rendre la situation conforme à l'article 12§1. Par conséquent, la situation demeure non conforme à la Charte.

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), le rapport précise que par « emploi convenable », il faut entendre un emploi qui n'est pas contre-indiqué pour des raisons de santé et dont le temps de trajet pour s'y rendre ne représente pas plus de deux heures par jour dans les transports publics ou un coût supérieur à 15 % du salaire mensuel de l'intéressé. Pendant les vingt premières semaines de chômage, l'emploi proposé doit en outre correspondre à la formation, à la profession et à l'expérience professionnelle antérieure de la personne. Par la suite, une offre d'emploi est réputée « convenable » même s'il s'agit d'un emploi temporaire ou d'un emploi ne correspondant pas à la formation, à la profession et à l'expérience professionnelle antérieure de l'intéressé, pourvu que le salaire proposé soit supérieur aux indemnités d'assurance chômage et ne soit pas inférieur au salaire minimum mensuel. Des sanctions progressives s'appliquent lorsqu'une personne refuse sans raison valable une offre d'emploi convenable : après un premier refus injustifié, elle perd ses droits aux indemnités d'assurance chômage ; après un second refus injustifié, le versement des allocations d'assistance chômage est suspendu pendant dix jours ; après un troisième refus injustifié, l'intéressé ne sera plus inscrit comme chômeur et n'aura, par conséquent, plus droit à aucune prestation de chômage. Le Comité renvoie à ses Conclusions 2016 relatives à l'article 1§2, dans lesquelles il a noté qu'il pouvait être fait appel de la décision de la Caisse d'assurance chômage de suspendre ou de supprimer les prestations de chômage dans un délai de 30 jours après la notification de la décision. Le recours pouvait être introduit dans un premier temps auprès de la Caisse, puis dans un second temps auprès du tribunal administratif, ou bien directement auprès du tribunal administratif. Compte tenu des informations fournies, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

En ce qui concerne la pension de **vieillesse**, le Comité a précédemment noté que la pension de vieillesse versée au titre d'une activité professionnelle n'avait pas de montant minimum fixé par la loi, dans la mesure où elle était calculée en tenant compte de plusieurs éléments : un montant de base (144 € en 2015), la durée de cotisation (5,2 € multipliés par le nombre d'années cotisées – la durée minimale de cotisation étant de 15 ans) et une partie assurance fondée sur le revenu. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse une estimation du montant net de la pension à laquelle aurait droit un célibataire sans dépendants ayant travaillé pendant 15 ans au salaire minimum. En ce qui concerne la pension nationale (non contributive) versée aux personnes qui ne sont pas admises au bénéfice de la pension de vieillesse contributive, le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'Article 13§1.

En cas d'**invalidité**, la durée minimale de cotisation requise pour bénéficier d'une pension contributive dépend de l'âge à laquelle l'invalidité est survenue. Le montant minimum correspond à celui de la pension nationale (non contributive) qui était, en 2015, de 158,37 €. Bien que le montant de la pension nationale ait été relevé de 18 % au cours de la période de référence, le Comité note qu'il demeure largement inférieur au seuil de pauvreté (il représente à peine 24 % du revenu médian ajusté). Par conséquent, la situation demeure non conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité relève d'après la base de données du MISSOC que les **accidents du travail et les maladies professionnelles** sont couverts par l'assurance soins de santé et que les prestations, versées pendant une durée maximale de 182 jours (240 en cas de tuberculose) représentent 100 % du salaire de référence. Il considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des indemnités de maladie est insuffisant ;
- les montants minima de l'allocation de chômage et des indemnités d'assurance chômage sont insuffisants ;
- le montant minimum de la pension nationale 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 l'Estonie.

Le Comité note que l'Estonie a ratifié le Code européen de sécurité sociale, et en a accepté les parties II à V (soins médicaux, indemnités de maladie, prestations de chômage et prestations de vieillesse) et les parties VII à X (prestations aux familles, prestations de maternité, prestations d'invalidité et prestations de survivants).

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2016)5 sur l'application du Code européen de sécurité sociale par l'Estonie (période du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015) du Comité des Ministres que la législation et la pratique de l'Estonie continuent à donner effet à toutes les Parties acceptées du Code, sous réserve de recevoir des informations complémentaires concernant le niveau des paiements périodiques.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

Il renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système estonien de sécurité sociale. L'Estonie ayant ratifié les articles 8§1 et 16 de la Charte, le Comité appréciera la portée et l'impact des changements opérés dans le domaine des prestations de maternité et des prestations familiales lorsqu'il se prononcera sur la conformité de la situation au regard de ces articles.

D'après le rapport, aucune évolution majeure n'est intervenue pendant la période de référence, outre la revalorisation régulière des prestations : entre 2012 et 2015, le montant de l'allocation chômage a augmenté de 90 %, le montant des indemnités d'assurance chômage a progressé de près de 28 % et le montant minimum des indemnités de maladie a enregistré une hausse d'environ 34 % pour les salariés et de près de 28 % pour les travailleurs indépendants.

Le rapport fait néanmoins mention de réformes introduites en 2016, soit hors période de référence, concernant la durée de versement des indemnités de maladie et le remplacement du système de pension pour incapacité de travail par un nouveau système de soutien aux personnes ayant une capacité de travail réduite. Il ajoute qu'une étude détaillée sur les prestations minimales, couvrant toutes les branches de l'assurance sociale et l'ensemble des prestations pécuniaires d'aide sociale est en cours et devrait être achevée d'ici fin 2017. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les modifications apportées, en précisant quels sont les effets de ces changements sur le champ d'application personnel du système et sur les montants minima des prestations servies en remplacement des revenus.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

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 par le biais de mesures unilatérales.

Le Comité rappelle que, compte tenu de la législation de l'UE régissant la coordination des systèmes de sécurité sociale des États Membres de l'UE, fondée sur les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, tels que modifiés par le règlement (UE) n° 1231/2010, les États Membres de l'UE assurent, en principe, l'égalité de traitement entre, d'une part, leurs nationaux et, d'autre part, les ressortissants des autres États Membres de l'UE ou de l'EEE, les apatrides, les réfugiés résidant sur le territoire d'un État Membre qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou plusieurs États Membres, les membres de leur famille et leurs survivants, ainsi que les ressortissants de pays tiers, les membres de leur famille et leurs survivants, à condition qu'ils résident légalement sur le territoire d'un État Membre et qu'ils se trouvent dans une situation dont tous les éléments ne se 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 de l'EEE l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale quand ils résident légalement sur leur territoire (Conclusions XVIII-1 (2006)). Pour ce faire, ils doivent, soit conclure avec eux des accords bilatéraux, soit prendre des mesures unilatérales.

S'agissant des mesures unilatérales prises par l'Estonie, le rapport indique que la loi relative à l'assurance pension de l'État a été amendée. Le Comité note que les amendements n'entreront en vigueur qu'à compter du 1er janvier 2018, soit en dehors de la période de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur cette loi amendée et son impact sur le principe d'égalité de traitement.

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les États parties non membres de l'UE ou de l'EEE, le Comité constate que l'Estonie n'a, au cours de la période de référence, conclu aucun nouvel accord avec ces États.

Le rapport précise, en premier lieu, qu'aucun accord avec l'Andorre n'a été conclu, ni n'est envisagé, dans la mesure où aucun citoyen andorran ne réside, ni n'a résidé en Estonie ces cinq dernières années.

Le rapport souligne, en deuxième lieu, que l'Estonie applique les dispositions de sécurité sociale contenues dans les accords de stabilisation et d'association (ASAs) conclus entre, d'une part, l'UE et ses États Membres et, d'autre part, l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, l'« ex-République yougoslave de Macédoine », le Monténégro et la Serbie, aux ressortissants des ces États. Le Comité note, cependant, qu'aucune disposition ne consacre expressément le principe d'égalité de traitement en la matière entre les ressortissants des États Membres de l'UE et les ressortissants de l'Albanie, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République yougoslave de Macédoine », du Monténégro et de la Serbie qui résident légalement dans l'un des États Membres de l'UE. Il relève également que les ASAs n'empêchent pas les États Membres de l'UE de conclure des accords bilatéraux ou d'adopter des mesures unilatérales en vue de mettre en œuvre leurs dispositions et, dans ce contexte, les États Membres de l'UE, ainsi que l'UE elle-même, sont tenus de veiller à ce que les accords conclus ne donnent pas lieu à des situations discriminatoires entre les ressortissants des

États Membres de l'UE et les ressortissants de l'Albanie, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République yougoslave de Macédoine », du Monténégro et de la Serbie qui résident légalement sur le territoire d'un État Membre.

Le rapport indique, en troisième lieu, que l'Estonie garantit l'égalité de traitement en matière de conditions de travail aux ressortissants arméniens, conformément à l'Accord de Partenariat et de Coopération conclu entre l'UE et l'Arménie (Accord UE-Arménie). Le Comité note qu'aucune disposition de cet accord ne fait explicitement référence à la coordination des systèmes de sécurité sociale**.**

Enfin, le rapport précise que l'égalité de traitement est garantie aux ressortissants turcs qui résident en Estonie en vertu de l'Accord d'Association entre la Communauté économique européenne et la Turquie (ci-après, l'« Accord UE-Turquie »), et notamment de la décision n° 3/80 y afférente. À cet égard, le Comité rappelle que l'objet de la décision n° 3/80 est de coordonner les systèmes de sécurité sociale des États Membres afin de permettre aux ressortissants turcs qui travaillent ou ont travaillé dans un ou plusieurs États Membres de l'UE, aux membres de leur famille et à leurs survivants de jouir de leurs droits à prestations dans les branches traditionnelles de la sécurité sociale. Le Comité note également que, selon une jurisprudence constante de la Cour de justice de l'UE, l'égalité de traitement est effectivement garantie aux ressortissants turcs en vertu de la décision n° 3/80 (Voir, par exemple arrêt *Raad van bestuur van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (Uwv) contre M.S. Demirci e.a*. de la Cour de justice de l'UE (aff. C-171/13, ECLI :EU :C :2015 :8)).

Par conséquent, le Comité considère que le principe d'égalité de traitement n'est pas garanti à l'égard de tous les ressortissants des autres États parties à la Charte, et notamment l'Albanie, l'Arménie, la Bosnie-Herzégovine, l'« ex-République yougoslave de Macédoine », le Monténégro et la Serbie.

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 l'Estonie subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant réside sur son territoire.

Selon le rapport, accorder des prestations familiales au parent ou représentant d'un enfant qui résiderait dans un pays qui applique un principe différent, en particulier si l'État concerné impose, en plus, une condition de ressources, représenterait, au vu du système estonien, une lourde charge administrative ; par conséquent, l'Estonie ne prévoit pas de conclure d'accord couvrant les prestations familiales ou de prendre des mesures unilatérales visant à verser des prestations familiales à des personnes qui résident à l'étranger.

Le Comité rappelle qu'à défaut d'accord, l'Estonie est tenue, selon l'article 12§4 de la Charte, de prendre des mesures unilatérales pour se conformer aux prescriptions de cette disposition. Le Comité considère, par conséquent, que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), le Comité a considéré que la conservation des avantages acquis par les ressortissants étrangers est, en principe, garantie aux ressortissants des autres États Membres de l'UE ou appartenant à l'EEE.

Selon le rapport, les amendements apportés à la loi relative à l'assurance pension de l'État prévoient la possibilité d'exporter les pensions de vieillesse et de survivant acquises en Estonie par les ressortissants nationaux et ceux des autres États parties couverts par des accords, et ce qu'elle que soit la destination. Le Comité relève néanmoins que lesdits amendements n'entreront en vigueur qu'à compter du 1er janvier 2018. Il demande que davantage d'informations lui soient transmises à ce sujet dans le prochain rapport.

Le Comité note, par ailleurs, que les ASAs et l'Accord UE**-**Arménie n'offrent pas suffisamment de garanties en tant que tels, dans la mesure où ils ne coordonnent pas les systèmes de sécurité sociale de l'Albanie, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République yougoslave de Macédoine », du Monténégro et de la Serbie avec ceux des États Membres de l'UE, mais confèrent cette tâche aux Conseils de stabilisation et d'association (CASs). Le Comité considère qu'à défaut de décisions prises par les CASs en ce sens, les ASAs et l'Accord UE**-**Arménie ne garantissent pas en tant que telle la conservation des avantages acquis par les ressortissants de l'Albanie, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République yougoslave de Macédoine », du Monténégro et de la Serbie.

Le Comité réitère l'obligation qu'ont les États, en vertu de l'article 12§4, de conclure des accords multilatéraux ou bilatéraux, ou de prendre des mesures unilatérales pour assurer le droit à la conservation des avantages acquis quels que soient les déplacements de l'intéressé, et renouvelle sa conclusion de non-conformité sur ce point.

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

Le Comité rappelle que le fait d'avoir changé de pays d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. Cela consiste à assurer la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies par les ressortissants de tous les États parties sur le territoire de toute autre État partie et, pour les prestations à long terme, la proratisation pour l'ouverture, le calcul et le versement des prestations (Conclusion XIV-1 (1998), Portugal). Les États ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : convention multilatérale, accord bilatéral, ou tout autre moyen, telles que des mesures unilatérales, législatives ou administratives.

Le principe de totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi est garanti aux ressortissants des États parties couverts par la réglementation de l'UE.

En ce qui concerne les États parties à la Charte qui ne sont pas membres de l'UE et n'appartiennent pas à l'EEE, le rapport ne fournit aucune information.

Le Comité note qu'à défaut de décision prise par les CASs en ce sens, les ASAs et l'accord UE-Arménie ne garantissent pas en tant que telle la possibilité de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays par les ressortissants de l'Albanie, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République yougoslave de Macédoine », du Monténégro et de la Serbie. Il renouvelle, par conséquent, sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Conclusion

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

- l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- il n'est pas établi que l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- la conservation des avantages acquis 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 garantie 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 l'Estonie.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Selon le rapport, pendant la période de référence l'assistance sociale était octroyée sur le fondement de la loi de 1995 sur la protection sociale. L'organisation de la prestation des services sociaux, de l'assistance sociale d'urgence et d'autres formes d'aide, de même que l'octroi et le paiement des prestations, incombe aux collectivités locales (communes rurales et villes).

Le Comité prend note de l'adoption de certains amendements relatifs à l'allocation de subsistance. Entrés en vigueur en 2015, ils prévoient notamment l'élargissement des catégories de revenus non prises en compte pour le calcul de cette allocation (comme les prestations financées par le budget de la collectivité locale, les allocations spéciales liées à des besoins spécifiques, ou encore les bourses d'étude versées par un fonds spécial créé par un établissement d'enseignement, sur le fondement de la loi sur les bourses et prêts étudiants).

En outre, depuis janvier 2015, les collectivités locales ont la possibilité de décider de ne pas inclure des subventions allouées à des fins précises ou des prestations versées pour couvrir certaines dépenses ou compenser une perte de revenu d'une personne vivant seule ou d'une famille.

Les amendements entrés en vigueur en 2015 concernaient aussi les allocations destinées à compenser des dépenses liées au logement, financées sur le budget des allocations de subsistance. La liste des dépenses éligibles a été complétée en incluant le remboursement d'un prêt contracté pour effectuer des travaux de rénovation d'un immeuble d'habitation.

L'une des dispositions qui permettent aux collectivités locales de ne pas accorder une allocation de subsistance a également été complétée en janvier 2015. Il est désormais expressément prévu que les collectivités locales peuvent refuser d'octroyer une allocation de subsistance à toute personne âgée de plus de 18 ans et n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite, capable de travailler, qui n'est ni en emploi ni en études et n'est pas inscrite comme demandeur d'emploi auprès de la Caisse estonienne d'assurance-chômage. Précédemment, il n'était pas fait mention de ce dernier point. Selon le rapport, le but de cet amendement est de souligner l'importance de la recherche d'emploi lorsque la personne qui demande une allocation de subsistance est au chômage. À cet égard, le Comité se réfère à sa conclusion de 2009. Il y avait relevé que dans les cas où le bénéfice de la prestation est refusé – la personne ayant décliné une offre d'emploi à plusieurs reprises –, les intéressés ont droit à une aide sociale d'urgence, conformément aux dispositions de l'article 28 de la loi sur la protection sociale, dès lors qu'ils seraient en situation de détresse sociale au motif qu'ils n'auraient pas ou plus de moyens de subsistance. Le Comité demande si l'aide sociale d'urgence reste maintenue y compris dans les cas où une personne se voit refuser l'assistance sociale pour défaut d'inscription comme demandeur d'emploi.

Concernant l'assistance médicale, le Comité avait relevé dans sa conclusion 2013 que 92,0 % de la population était couverte par l'assurance maladie. Il note en outre que, d'après le rapport, l'assurance maladie continue à couvrir les groupes les plus vulnérables, au même titre que les assurés. Début 2015, l'assurance maladie obligatoire gérée par la Caisse d'assurance maladie couvrait 93,9 % de la population.

Les personnes non-assurées (6,1 % de la population) sont pour la plupart des personnes en âge de travailler (20-60 ans) qui sont économiquement inactives (mais non inscrites comme demandeur d'emploi) ou travaillent à l'étranger. Les non-assurés ont droit aux services d'urgence (ambulance, soins primaires et soins hospitaliers) financés sur le budget de l'État. La plupart des collectivités locales couvrent aussi leur prise en charge par les services de

soins primaires et spécialisés. La capitale (Tallinn, où vit près d'un tiers de la population) a ainsi mis en place un système distinct pour les personnes non assurées, financé par la municipalité. Tous les chômeurs inscrits comme demandeur d'emploi sont couverts par l'assurance maladie depuis 2009.

En réponse à la question du Comité dans la conclusion précédente, concernant l'aide sociale pour les personnes âgées, le rapport indique que la loi sur la protection sociale ne prévoit aucune restriction fondée sur l'âge quant à la possibilité de bénéficier des services sociaux et des prestations sociales. Par conséquent, les personnes âgées ont droit à l'aide sociale (y compris l'allocation de subsistance). S'agissant de l'allocation de subsistance, les personnes ayant l'âge de la retraite ne sont pas soumises à l'obligation de participer à des mesures actives en faveur de l'emploi ou d'être inscrit comme demandeur d'emploi auprès de la Caisse d'assurance chômage.

Niveau des prestations

Afin d'apprécier la situation pendant la période de référence, le Comité prend note des informations suivantes :

- Prestation de base : selon le rapport et la base de données MISSOC, une personne seule ou le premier membre de la famille percevait 90 euros au titre de l'allocation de subsistance.
- Prestations complémentaires : lorsque tous les membres de la famille du bénéficiaire d'une allocation de subsistance sont mineurs (moins de 18 ans), ce dernier a droit à une prestation sociale supplémentaire *(Täiendav sotsiaaltoetus)* de 15 euros en complément de l'allocation de subsistance. Selon la base de données MISSOC, le montant exact de l'allocation de subsistance dépend de la composition du ménage et des dépenses de logement. Le Comité note que les dépenses de logement sont prises en compte au regard des normes de décence considérées comme socialement justes et dans les limites des plafonds fixés par les collectivités locales.

Le Comité a précédemment (2013) observé que les dépenses de logement représentaient 47 % du montant total de l'allocation de subsistance en 2009. Il relève dans le rapport que la loi sur la protection sociale a aussi été complétée, en 2015, par des dispositions en vertu desquelles le demandeur d'une allocation de subsistance qui obtient le bénéfice de cette allocation pour couvrir ses frais de logement est tenu au paiement de ces frais. Si l'allocataire omet de régler le montant dû au titre du mois précédent, la collectivité locale est en droit de le prélever sur l'allocation de subsistance octroyée à l'intéressé. Le Comité demande si la somme versée pour couvrir les dépenses de logement est octroyée *en sus* de l'allocation de subsistance ou est déjà comprise dans son montant (90 € en 2015). Dans le premier cas, le Comité demande à être informé du montant moyen de la prestation octroyée au titre du logement à une personne seule bénéficiaire de l'allocation de subsistance.

- 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 329 euros en 2015.

À la lumière des données ci-dessus, le Comité considère que le niveau des prestations sociales servies aux personnes seules est insuffisant au motif que l'assistance sociale minimale à laquelle elles peuvent prétendre est inférieure au seuil de pauvreté.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées concernant le droit de recours et l'assistance judiciaire.

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

Selon le rapport, tous les étrangers résidant en Estonie titulaires d'un permis de résidence ou disposant du droit de séjour ont la possibilité de demander et percevoir l'allocation de subsistance et d'autres mesures d'assistance sociale, qu'ils séjournent en Estonie à titre temporaire ou permanent. S'agissant des résidents temporaires, cependant, le fait d'avoir touché l'allocation de subsistance peut limiter leurs possibilités de renouveler leur titre de séjour temporaire ou d'obtenir la carte de résident de longue durée. En effet, en vertu de la loi relative aux étrangers, l'une des conditions d'octroi d'une carte de séjour est de disposer de revenus légaux suffisants. Selon la définition énoncée par la loi précitée, les revenus légaux comprennent la rémunération du travail légalement acquise, les prestations parentales, les allocations de chômage, les revenus générés par des activités commerciales légales ou par des biens légalement acquis, les pensions, les bourses, les moyens de subsistance, les prestations servies par un État étranger et tout revenu obtenu de façon licite par les membres de la famille pour assurer leur subsistance. Autrement dit, l'allocation de subsistance et d'autres prestations soumises à conditions de ressources ne sont pas prises en considération pour l'évaluation des revenus légaux.

Le Comité rappelle qu'au titre de l'article 13§1, les étrangers résidant légalement sur le territoire d'une Partie contractante qui ne disposent pas de ressources suffisantes doivent bénéficier d'un droit individuel à une assistance appropriée sur un pied d'égalité avec les nationaux, c'est-à-dire allant au-delà de l'assistance d'urgence. De plus, ils ne peuvent être rapatriés au seul motif qu'ils ont besoin d'assistance. Au-delà de la validité du titre de résidence et/ou du permis de travail, les États n'ont plus d'obligation à l'égard des étrangers visés par la Charte même si ceux-ci sont dans le besoin. Cela ne signifie toutefois pas que les autorités soient autorisées à retirer un permis de séjour au seul motif que l'intéressé serait dépourvu de ressources et ne pourrait plus subvenir aux besoins de sa famille.

Le Comité comprend qu'un titre de séjour de séjour peut ne pas être renouvelé mais qu'il ne sera pas retiré avant sa date légale d'expiration au seul motif que l'intéressé est dans le besoin. Il demande si cette interprétation est correcte.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité relève dans le rapport qu'en vertu de la loi sur la protection sociale, toute personne séjournant en Estonie a droit à l'assistance sociale d'urgence. Partant, l'assistance sociale d'urgence est aussi garantie aux ressortissants d'autres pays qui se trouvent en Estonie sans être titulaires d'un permis de résidence ou disposer d'un droit au séjour (par exemple les personnes séjournant en Estonie sous couvert d'un visa, mais aussi celles qui n'y séjournent pas légalement). La loi sur la protection sociale définit l'assistance sociale d'urgence comme les mesures de protection sociale à appliquer dès lors qu'une personne ne dispose pas de moyens de subsistance suffisants pour pouvoir au moins se nourrir, s'habiller et se loger temporairement. L'assistance sociale d'urgence fournie à un étranger qui séjourne temporairement en Estonie est gérée au niveau de la circonscription administrative (commune rurale ou ville) où il se trouve au moment où il a besoin d'assistance.

Selon le rapport, l'organisation de la prestation des services sociaux, de l'assistance sociale d'urgence et d'autres formes d'aide, de même que l'octroi et le paiement des prestations, incombe aux collectivités locales. Hébergement et nourriture peuvent aussi être fournis par les services du Conseil de la police et des gardes-frontières lorsqu'ils détectent des entrées illégales sur le territoire de la République ou lorsque des personnes séjournant en Estonie sans y être légalement autorisées sont placées dans un centre de rétention en exécution d'une décision du juge administratif. Le cas échéant, le centre de rétention fournit gratuitement des vêtements à la personne qui fait l'objet d'une mesure de renvoi. Le centre organise les prestations de restauration ; dans la mesure du possible, les personnes retenues sont autorisées à observer, à leurs frais, les prescriptions alimentaires de leur religion. La personne chargée d'assurer l'offre de soins médicaux dans le centre de rétention supervise l'élaboration des menus et les repas servis. Au moins une fois par semaine et à l'admission, il est possible d'utiliser un sauna ou de prendre un bain ou une douche. Une fois par mois, les services d'un coiffeur barbier sont assurés. Un nécessaire de toilette est fourni par le centre de rétention si une personne retenue ne possède pas de produits d'hygiène ou n'a pas d'argent pour en acheter. Toute personne doit bénéficier d'un examen médical et avoir accès aux services de santé dont elle a besoin dans l'attente de son renvoi. Le centre de rétention dispose d'une antenne qui assure la permanence des soins et évalue l'état de santé des personnes retenues. La prise en charge sanitaire dans les centres de rétention est assurée par des personnes ayant une qualification en médecine générale (médecins de famille), conformément aux dispositions régissant l'offre de soins ambulatoires spécialisés.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le montant de l'assistance sociale accordée à une personne seule sans ressources est insuffisant.

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 l'Estonie.

Les autorités estoniennes ne font état d'aucun changement par rapport à la période de référence précédente. Les droits politiques et sociaux des personnes bénéficiant d'une assistance sociale et médicale ne font l'objet d'aucune restriction. Les dispositions de la Constitution, de la loi relative à la protection des données à caractère personnel et de la loi sur la protection sociale mentionnées dans le rapport précédent étaient toujours en vigueur sur la période 2012-2015.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

Le Comité note qu'aux termes de la loi sur la protection sociale qui était applicable jusqu'à la fin 2015, il appartenait aux collectivités locales de proposer des services de conseil et d'orientation aux personnes qui sollicitaient une allocation de subsistance ainsi qu'aux membres de leur famille qui nécessitaient une assistance. L'organisation pratique des services sociaux, de l'assistance sociale d'urgence et d'autres formes d'aide, de même que l'octroi et le paiement des prestations, incombent toujours aux collectivités locales.

Conformément à la loi sur la protection sociale, des services de conseil et d'orientation doivent être fournis aux bénéficiaires de l'allocation de subsistance et aux membres de leur famille. Sur la période 2012-2015, il a été fait droit à 447 506 demandes d'allocation de subsistance. Dans la mesure où l'organisation des services sociaux incombe aux collectivités locales, c'est à partir de leurs budgets que sont financés nombre de ces services.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (réclamation n° 86/2012, *Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Le Comité rappelle par ailleurs que le droit à l'assistance sociale d'urgence devrait être assorti d'un droit de recours auprès d'un organe indépendant. S'agissant de la fourniture d'un hébergement d'urgence, il doit exister un mécanisme de recours effectif auprès d'un organe judiciaire indépendant permettant de déterminer si l'attribution des hébergements est correctement administrée. Ce droit doit aussi être effectif dans la pratique (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 106).

Le Comité relève dans le rapport que, conformément à la loi relative à l'octroi de la protection internationale aux étrangers, les personnes qui sollicitent une telle protection, sont hébergées dans une structure d'accueil ou, pour des raisons de sécurité, en dehors d'une telle structure, et ne travaillent pas ont droit à des aides pécuniaires. Elles reçoivent une somme équivalant au minimum vital. Durant la période de référence, les personnes résidant dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile recevaient en outre une aide pécuniaire afin de leur permettre de faire face à de petites dépenses urgentes, d'un montant correspondant à 10 % du minimum vital. Les structures d'accueil mettent aussi à la disposition des personnes qui sollicitent une protection internationale, en tant que de besoin, différents services : logement, nourriture, habillement, nécessaire de toilette et autres articles essentiels, argent pour couvrir de menues dépenses urgentes, visite médicale et accès aux soins de santé dont ils ont besoin, services de traduction et cours d'estonien, information relative à leurs droits et obligations, et prise en charge des frais de transport liés aux formalités à accomplir dans le cadre de la procédure.

Les personnes qui sollicitent une protection internationale n'ont pas droit à l'assurance maladie mais ont accès aux soins de santé inscrits à la nomenclature de la Caisse d'assurance maladie, hormis les services liés à la manipulation et transplantation de cellules, tissus et organes et les soins dentaires pour adultes. Les soins dentaires et les traitements d'urgence prescrits par un médecin sont toutefois assurés. Les soins et les médicaments dispensés dans le cadre de ces prestations sont financés sur le budget de l'État. Le centre d'hébergement organise, le cas échéant, les visites médicales et l'accès aux services de santé, et a conclu un contrat à cette fin avec des prestataires sélectionnés. Il est tenu compte de la situation spécifique des personnes vulnérables et des besoins particuliers qui en découlent dans la procédure de protection internationale. Les demandeurs ayant des besoins physiques ou psychologiques particuliers ont accès aux services de soins, y compris dans le domaine de la santé mentale (prise en charge et aide psychologique, etc.).

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 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.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

Organisation des services sociaux

En réponse à la demande d'une description détaillée de l'organisation et du fonctionnement des services sociaux, le rapport indique que depuis le 1er janvier 2016, l'action sociale en Estonie est régie par deux textes, à savoir la partie générale du code social et la nouvelle loi relative à la protection sociale, adoptée le 9 décembre 2015. La loi définit les déterminants organisationnels, économiques et juridiques de l'action sociale. Pour la première fois, elle vise à uniformiser la qualité des services sociaux locaux et fixe des exigences minimales en la matière. Elle dresse une liste des services sociaux assurés par les collectivités territoriales – services domestiques, services généraux d'accompagnement en dehors du domicile, services d'aide à la personne, curatelle d'adultes, service d'auxiliaire de vie, service d'hébergement en foyer ou en refuge, service de transport social, offre de logement, service d'information et de conseil en matière de surendettement – et définit les objectifs et les contenus des prestations, ainsi que les obligations des autorités locales et les exigences requises pour la prestation du service. En outre, elle prévoit l'obligation d'évaluer les besoins du demandeur de service et d'offrir une prise en charge appropriée.

Le Comité prend note des développements législatifs qui ont eu lieu en dehors de la période de référence et demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'impact de ces mesures dans la pratique.

Le Comité note que le rapport se réfère principalement aux changements introduits dans les services de réadaptation et à l'extérieur de la période de référence. Le Comité rappelle que les services sociaux comprennent notamment des conseils, des conseils, de la réadaptation et d'autres formes de soutien des travailleurs sociaux, des services d'aide à domicile (aide au fonctionnement de la maison, hygiène personnelle, soutien social, livraison de repas), soins résidentiels et Soins sociaux sociaux (abris) (Conclusions 2005, Bulgarie). Le Comité rappelle en outre que l'article 14§1 garantit le droit aux services sociaux généraux et que le droit de bénéficier des services sociaux peut s'appliquer à l'ensemble de la population ; La prestation de services sociaux concerne tous ceux qui se retrouvent dans une situation de dépendance, en particulier les groupes vulnérables et les individus ayant un problème social, les services sociaux doivent donc être accessibles à toutes les catégories de population qui en ont besoin. (...) (Conclusions 2009, Déclaration d'interprétation sur l'article 14§1). À cet égard, le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations actualisées sur la situation concernant toutes les catégories de services sociaux.

Accès égal et effectif

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé à être informé de l'évolution de la situation concernant l'accès égal et effectif aux services sociaux des personnes résidant légalement sur le territoire.

Le rapport indique que la situation en la matière n'a pas changé. Selon les dispositions de la partie générale du code social, les citoyens estoniens résidant en Estonie, les étrangers résidant en Estonie en possession d'une carte de résident de longue durée ou disposant du droit au séjour permanent, de même que ceux qui y résident sur la base d'un titre de séjour temporaire ou d'un droit au séjour temporaire, ont droit à bénéficier des services sociaux. Dans les cas prévus par la loi, ces droits peuvent aussi s'appliquer à d'autres personnes. L'accès aux prestations et services sociaux est garanti aux bénéficiaires de la protection internationale de la même manière qu'aux autres résidents permanents.Cela suppose qu'aucun délai n'est fixé pour la demande de services et de prestations.

L’élaboration et adoption, en mars 2016, du plan d’action sociale pour la période 2016-2023 est considérée comme le résultat le plus important des efforts déployés en ce sens ces dernières années. Ses principaux axes stratégiques sont la prolongation de la vie active, l’aide à la vie autonome afin que chacun puisse s’assumer le plus longtemps possible et l’atténuation des risques sociaux, moyennant : une offre de services et des prestations en fonction des besoins réels ; une offre de services favorisant l’autonomie dans l’environnement quotidien ; le développement de services de proximité et de solutions souples et innovantes ; une attention plus grande accordée à la prévention ; la mise en place d’une coopération entre collectivités locales. Le Comité prend note des changements qui ont eu lieu en dehors de la période de référence et demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur la mise en oeuvre du Plan de protection sociale pour 2016-2023.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quels étaient les impacts des disparités territoriales en termes d’offre de services sociaux au regard du principe de l’accès égal et effectif aux services.Le rapport indique que le manque de services sociaux, tout particulièrement dans les petites collectivités locales à faible densité de population, peut constituer un obstacle à l’emploi et à la possibilité d’obtenir une prise en charge de qualité. Du fait de l’absence de services d’aide et d’accompagnement, les personnes qui doivent s’occuper d’un membre de leur famille s’investissent dans cette tâche au détriment de leur participation au marché du travail, ce qui a des effets à long terme sur leur revenu (appauvrissement, réduction des prestations de maladie et des pensions).Face à ces enjeux, la réforme des collectivités locales met l’accent sur l’amélioration de l’accessibilité et de la qualité des services sociaux et autres services publics.

Qualité des services

Le rapport indique que l’amélioration de la qualité des services sociaux est une priorité pour l’Estonie depuis plusieurs années. Afin d’aider les collectivités locales et les prestataires de services à appliquer la loi relative à la protection sociale, le ministère des Affaires sociales a élaboré en 2011, en concertation avec les acteurs concernés, des lignes directrices sur les différents services. Appliquées pendant la période de référence, elles vont être complétées par l’élaboration de lignes directrices générales relatives à la qualité des services sociaux, qui seront prêtes à compter de 2017. En vue d’assurer l’efficacité des systèmes de contrôle et de faire en sorte qu’ils soient bénéfiques en termes d’amélioration de la qualité des services sociaux, le ministère des Affaires sociales a lancé le concept de « Suivi & Conseil » et confié la mise en œuvre de cette démarche au Centre pour la qualité des services sociaux. Cet organisme, créé en 2012 en tant que centre de compétences EQUASS (label européen d’assurance-qualité), a depuis élargi sa mission. À cet égard, le Comité demande à connaître l’impact de ces mesures en pratique.

Le rapport indique que le plan 2014-2020 pour le développement des prises en charge spécifiques, approuvé par le ministre de la Protection sociale en septembre 2014, donne la priorité au développement de services d’accompagnement en mettant l’accent sur des services de proximité de grande qualité, centrés sur la personne. Les services d’accompagnement doivent mettre en œuvre des actions de prévention tout en apportant une réponse aux besoins des personnes 24 heures sur 24, et soutenir l’application des principes de désinstitutionnalisation. Le plan pour le développement des prises en charge spécifiques a également pour but la mise en place de services de soins spécialisés de grande qualité adhérant aux principes de désinstitutionnalisation. À cet égard, le Comité demande à recevoir des informations actualisées sur le résultat du Plan de développement des soins spéciaux 2014-2020.

Le rapport fournit des données chiffrées et des statistiques pour montrer que l’accès effectif aux services sociaux est assuré et pour illustrer la participation du tissu associatif à l’offre de services sociaux. Le nombre de prestataires a augmenté pendant la période de référence. Cette hausse s’explique par le fait que l’Etat soutient le développement de ce type de

services fournis en dehors du cadre d'un établissement, dans l'environnement habituel de la personne (c.-à-d. à son domicile) ou au plus près des usagers. Le nombre d'établissements pour adultes (passé de 131 en 2011 à 150 en 2015) a augmenté en raison du vieillissement de la population. L'accroissement du nombre d'usagers tient au fait que l'État a investi pour réduire les listes d'attente pour certains services, notamment les services de réadaptation (13 538 usagers en 2011, 16 142 en 2015), les services de soins spécialisés assurés 24 sur 24 (de 2 782 à 3 214 usagers) et les aides techniques (de 57 760 à 73 445 usagers).Les effectifs des institutions de protection sociale atteignaient 6 311 personnes à la fin 2015. Près de 25 % d'entre eux sont des personnels soignants, des travailleurs sociaux et des infirmiers et 34 % sont impliqués dans des actions de formation et de développement.

Le rapport contient des informations relatives aux dépenses et aux sources de financement des services d'action sociale pendant la période de référence, ventilées par type de service et par source de financement. Il explique que conformément à la loi relative à la protection sociale, les services sociaux peuvent être financés sur le budget de l'État, sur le budget des collectivités locales, ou par d'autres sources (par le biais de différents fonds, de dons, etc.). Une participation financière peut être demandée aux usagers des services sociaux. Son montant est fonction de la quantité de soins dispensés, de leur coût et de la situation financière du bénéficiaire et des membres de sa famille. À noter l'augmentation des dépenses totales dans tous les secteurs. Les dépenses au titre de la prise en charge institutionnelle des adultes, par exemple, sont passées de 34 211 944 € en 2011 à 49 789 879 € en 2015.

Le rapport indique que la responsabilité de l'assistance aux personnes en état de besoin incombe principalement aux collectivités locales. Pendant la période de référence, leurs dépenses de protection sociale ont augmenté. Cette hausse s'explique, là encore, par la situation socio-économique, le vieillissement et le besoin d'investissements. Il ressort des données chiffrées que la protection sociale des personnes âgées représentait la plus grande part des dépenses de protection sociale (un peu plus de 40 % des dépenses totales en moyenne). Viennent ensuite les enfants et les familles (environ 22 % des dépenses totales) et la protection sociale des personnes handicapées (environ 16 % des dépenses totales). La part des dépenses d'assurance sociale dans le budget de l'État n'a cessé d'augmenter depuis 2011, pour atteindre quelque 2,78 millions d'euros en 2013. Malgré la hausse des dépenses totales, les dépenses de protection sociale sont en baisse constante en pourcentage du PIB, passant de 15,7 % en 2011 à 14,8 % en 2013.Les estimations initiales de Statistiques Estonie montrent qu'une légère baisse a également été enregistrée en 2014. La part des dépenses de protection sociale s'est alors établie à 14,7 % du PIB.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), à propos du contrôle de la qualité des services sociaux, le Comité a demandé combien de réclamations avaient été déposées au niveau local et combien d'entre elles avaient été traitées. Le rapport indique que le ministère des Affaires sociales ne collecte pas d'informations concernant les réclamations déposées à l'échelon local. Dans le cadre du contrôle annuel, les collectivités locales peuvent toutefois faire état du nombre de réclamations soumises durant l'année, mais cette pratique n'est pas très courante. Seules quelques collectivités locales fournissent ce renseignement. La plupart des réclamations ont trait à l'attribution et au paiement de l'allocation de subsistance et d'autres prestations. Le rapport souligne néanmoins qu'il est rare que des réclamations soient déposées. Leur petit nombre met en évidence la méconnaissance de leurs droits par les personnes en état de besoin et leur famille. L'élaboration et la diffusion de lignes directrices relatives à la qualité des services (d'ici à la fin 2016) et d'autres activités (articles contenant des informations sur les services sociaux, diffusion d'informations sur le portail du ministère) sont envisagées par le ministère des Affaires sociales pour sensibiliser l'opinion aux droits des usagers. Des mesures seront également prises en vue de renforcer les organismes de défense des droits et de leur donner des moyens d'agir. Le Comité prend note de la réponse et demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'amélioration suite à l'élaboration et à la diffusion de lignes directrices sur la qualité des

services par le gouvernement, en ce qui concerne la sensibilisation du public aux droits de l'utilisateur, y compris les organismes de défense des droits et de leur donner des moyens d'agir.

S'agissant des informations demandées par le Comité (Conclusions 2013) sur les ratios en personnels en fonction du nombre d'usagers, le rapport indique que le ministère des Affaires sociales ne publie pas ces informations régulièrement, faute d'assurer un suivi constant en la matière. L'étude sur les travailleurs sociaux citée dans le rapport précédent était une étude ponctuelle. Pour le moment, il n'est pas prévu de réaliser d'autres études. À cet égard, le Comité réitère sa demande de connaître le ratio de personnel aux utilisateurs dans les services sociaux.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandée, le Comité conclut que la situation de l'Estonie 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 l'Estonie.

Le rapport indique que la participation du public à la création ou au maintien des services sociaux n'est pas réglementée par la loi. Cependant, conformément à la loi relative à la protection sociale, les prestataires de services doivent satisfaire aux critères de qualité fixés.À cet égard, le Comité demande à savoir quels sont les critères de qualité auxquels les prestataires de services doivent répondre.

Le Comité rappelle que l'article 14§2 fait obligation aux États d'aider les organisations bénévoles qui cherchent à créer des services sociaux (Conclusions 2005, Observation interprétative de l'article 14§2). Cela n'implique pas qu'il faille un modèle uniforme : les États peuvent parfaitement poursuivre cet objectif par des voies différentes, certains privilégiant des services sociaux gérés conjointement par des organismes publics, des sociétés privées et des associations bénévoles, tandis que d'autres préféreront laisser entièrement au secteur associatif le soin d'organiser certains services [...]. Le Comité examine toutes les formes de soutien et de prise en charge visées à l'article 14§1, ainsi que l'assistance financière ou les avantages fiscaux allant dans le même sens. Les Parties doivent faire en sorte que les services soient accessibles à tous sur un pied d'égalité et soient effectifs, conformément aux critères énoncés à l'article 14§1. Les Parties doivent plus précisément s'assurer que les services publics et privés soient correctement coordonnés et que leur efficacité ne pâtisse pas du nombre de prestataires concernés. Afin de veiller à la qualité des services et de garantir les droits des usagers ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés fondamentales, un mécanisme de contrôle effectif en termes de prévention et de réparation est nécessaire.

Le rapport indique que la participation de la société civile est réglementée par le manuel de participation des organisations gouvernementales et non-gouvernementales, qui décrit des bonnes pratiques pour associer les ONG à la mise en place de l'offre de services sociaux et d'autres services publics. La stratégie estonienne de développement régional pour la période 2014-2020 énonce par ailleurs l'objectif d'assurer la disponibilité et l'accessibilité de services publics de grande qualité pour différents groupes sociaux et d'améliorer la satisfaction. Des mesures vont notamment être prises à l'échelle du territoire dans le domaine des transports publics. L'accès à l'autonomie et l'insertion sont les objectifs piliers du nouveau plan 2016-2023 de développement de la protection sociale, qui couvre également les activités de sensibilisation aux droits et à l'offre de services sociaux et les activités d'appui à l'autonomisation individuelle des personnes et aux organisations représentatives de différentes catégories d'usagers.Le Comité note que le rapport fournit des informations en dehors de la période de référence et demande au prochain rapport de fournir des informations et des développements actualisés suite à l'adoption du nouveau Plan de développement social 2016-2023, en particulier sur les activités visant à sensibiliser le public aux droits et à la fourniture de Les services sociaux et l'autonomisation des personnes et des organisations représentatives de différents groupes d'utilisateurs.

Le rapport mentionne la création, en 2012, du réseau estonien des entreprises sociales. Regroupant actuellement 48 des entreprises sociales les plus dynamique, ce réseau a vocation à voir leur nombre, leur capacité d'organisation et leur impact social s'accroître. Sur la période 2014-2015, le Conseil de gestion de la taxe sur les jeux de hasard et la Fondation nationale de la société civile ont financé un programme de promotion de l'entrepreneuriat social et un programme destiné à accroître le potentiel des services publics dans la sphère sociale grâce à la participation de bénévoles. Les projets sélectionnés visaient à favoriser concrètement, grâce à l'accompagnement professionnel et à la formation, la création et le développement d'entreprises sociales et le recours au bénévolat dans l'exercice de leur activité. À ce propos, le Comité demande si et comment l'État s'assure que les services

gérés par le secteur privé sont dûment et efficacement contrôlés et si les services privés sont accessibles à tous sur un pied d'égalité.

Le rapport indique que le ministère des Affaires sociales ne collecte pas de données statistiques officielles concernant la participation du tissu associatif à l'offre de services sociaux. Il ressort toutefois d'une enquête menée en 2012 par le réseau des entreprises sociales sur les domaines d'activité de ces dernières en Estonie que 38 % des associations répondantes déclarent agir sur le terrain de l'action sociale. D'après les chiffres communiqués par le ministère des Affaires sociales pour la période de référence et repris dans le rapport, le nombre de personnes volontaires pour s'occuper de personnes en état de besoin serait passé de 350 personnes en 2011 à 729 en 2015.

Conclusion

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

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le principal indicateur utilisé par le Comité pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Il correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, qui est fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Le Comité note que selon Eurostat, le taux de risque de pauvreté (la limite était fixée à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) a augmenté, passant de 17,5 % en 2012 à 21,6 % en 2015 (ce dernier chiffre étant toutefois en baisse par rapport à 2014, quand ce taux a atteint 21,8 %). Le taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux est passé de 24,9 % en 2012 à 27,8 % en 2015. Le Comité relève à cet égard qu'en Estonie, l'incidence des transferts sociaux sur la pauvreté est l'une des plus faibles des pays de l'UE. Il note également que l'indicateur de référence pour la pauvreté de la stratégie Europe 2020 a augmenté de 23,4 % en 2012 à 24,2 % en 2015.

Le Comité relève aussi que le taux de risque de pauvreté des personnes de plus de 65 ans est en augmentation constante depuis 2010 et a atteint 39,8 % en 2015, soit l'un des taux les plus élevés de l'UE.

Le Comité note que les niveaux de pauvreté sont significatifs et nettement supérieurs aux moyennes de l'UE, avec toutefois une amélioration de la situation de 2014 à 2015 grâce à une diminution des taux globaux. Le taux de privation matérielle aiguë a diminué, passant de 6,7 % en 2014 à 5,7 % en 2015, ce qui se rapproche de la moyenne de 5,1 % constatée dans l'UE.

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

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'article 30 exige des Etats parties qu'ils adoptent une approche globale et coordonnée, laquelle doit consister en un cadre analytique, en un ensemble de priorités et de mesures correspondantes en vue de prévenir et de supprimer les obstacles qui entravent l'accès aux droits sociaux fondamentaux. Cette approche globale et coordonnée doit relier et intégrer les politiques de manière cohérente, et dépasser ainsi l'approche purement sectorielle ou catégorielle et des mécanismes de coordination, y compris pour la fourniture de l'assistance et des services aux personnes se trouvant, ou risquant de se trouver, en situation de pauvreté, doivent exister.

En ce qui concerne le cadre législatif, le Comité note que la législation estonienne ne définit pas la notion de pauvreté. Cependant, depuis 2011, la loi exige qu'avant d'adopter un texte législatif, son impact social soit préalablement évalué.

Selon le rapport, la meilleure façon de réduire la pauvreté est de réinsérer les personnes sur le marché du travail. Dans cette optique, l'accès des personnes âgées et des personnes handicapées aux services de l'emploi a été amélioré. En outre, le programme 2014-2015 en faveur de l'emploi crée la possibilité pour les titulaires d'une pension de vieillesse de bénéficier d'un soutien en vue d'obtenir de nouvelles qualifications.

Le Comité prend note des montants mensuels des prestations familiales assorties de conditions de ressources et versées en fonction du nombre d'enfants que comptent les familles. En ce qui concerne les pensions, il note qu'elles augmentent chaque année de 5 %.

Le Comité prend note des mesures prises par les pouvoirs publics pour mettre en application le cadre juridique. Par exemple, la stratégie pour une Estonie durable au XXIe siècle vise à renforcer la protection et l'inclusion sociales à l'horizon 2030. Pour atteindre cet objectif, des mesures actives en faveur de l'emploi ont été adoptées et un système

d'apprentissage tout au long de la vie sera créé, tout comme un dispositif de mesures de soutien visant à assurer la participation au marché du travail des groupes exclus. Le Comité souhaite trouver dans le prochain rapport des informations sur les résultats obtenus. Il demande également si des mesures spécifiques sont envisagées pour les personnes âgées en raison du taux de pauvreté considérable dans ce groupe.

Le Programme national de réforme « Estonie 2020 » a pour but de ramener le taux de risque de pauvreté à 15 % d'ici 2020. Dans cet objectif, des mesures sont prises pour améliorer l'insertion professionnelle des groupes défavorisés (personnes âgées, personnes handicapées, etc.). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur leurs résultats.

Il souhaite également des informations sur l'existence de mécanismes de coordination pour ces mesures, y compris au niveau de la fourniture des services (c'est-à-dire comment la coordination est assurée par rapport aux bénéficiaires individuels de l'assistance et des services).

Le Comité relève que d'après le rapport « Semestre européen 2017 : Estonie », l'incidence des transferts sociaux a diminué et est limitée, passant de plus de 36 % en 2010 à seulement 22 % en 2015. Le Comité demande si des mesures sont prises ou envisagées, et lesquelles, pour veiller à ce que les transferts sociaux induisent une réduction effective de la pauvreté.

Le Comité relève en outre que le volume total des dépenses consacrées à la protection sociale par le gouvernement a tourné autour de 12 % du PIB pour la période de référence, et a légèrement augmenté en 2015 pour passer à 12,9 %. Le Comité constate qu'il est nettement inférieur à la moyenne de 19,2 % constatée dans l'UE en 2015, et demande que le prochain rapport contienne des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires allouées pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale sont suffisants compte tenu de l'étendue du problème posé.

Enfin, le Comité renvoie à son constat de non-conformité relatif aux autres dispositions de la Charte pertinentes pour évaluer la conformité à l'article 30 (voir Conclusions 2013, Observation interprétative de l'article 30). Il renvoie en particulier à l'article 12§1 et à sa conclusion que le niveau minimum de plusieurs prestations de la sécurité sociale (maladie, chômage, retraite et invalidité) est manifestement insuffisant (Conclusions 2017), à l'article 13§1 et à sa conclusion que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant (Conclusions 2017) et à l'article 16 et à sa conclusion que le montant des prestations familiales est insuffisant pour un nombre significatif de familles (Conclusions 2015).

À la lumière de ce qui précède, le Comité considère qu'il n'est pas démontré que l'Estonie met en œuvre une stratégie globale et coordonnée de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale qui soit à la mesure de l'ampleur du problème ; étant donné les maigres informations dont il dispose ainsi que la modeste amélioration de la situation de 2014 2015, il réserve toutefois sa position sur la conformité à l'article 30.

Contrôle et évaluation

Le Comité relève dans le rapport que l'Office estonien des statistiques publie annuellement des statistiques sur la pauvreté et l'exclusion sociale. Ces informations sont ensuite analysées dans le cadre de diverses études, portant par exemple sur l'allocation de subsistance, les enfants, les personnes handicapées ou les personnes âgées. Ces analyses évaluent l'impact des prestations sociales sur les systèmes de protection sociale et les taux de risque de pauvreté.

Toutefois, le Comité rappelle que l'article 30 de la Charte requiert l'existence de mécanismes de surveillance servant à contrôler et à accepter les efforts dans tous les domaines et secteurs, et à tous les niveaux (national, régional, local) pour combattre la

pauvreté et l'exclusion sociale ; des mécanismes mobilisant tous les secteurs concernés, y compris la société civile et les personnes directement affectées par la pauvreté et par l'exclusion (voir Conclusions 2003, France, Article 30). Il demande par conséquent que le prochain rapport fournisse des informations complètes sur ces mécanismes couvrant tous les secteurs et domaines de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. A cet égard, le Comité souhaite également des informations sur la manière dont les particuliers, les instituts de recherche et les associations bénévoles participent à l'évaluation des mesures de lutte contre la pauvreté (voir aussi Conclusions 2013, Observation interprétative de l'article 30).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

FINLANDE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Finlande, qui a ratifié la Charte le 21 juin 2002. L'échéance pour remettre le 12e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Finlande l'a présenté le 28 octobre 2016. Le Comité a reçu, le 22 février 2017, des observations de *the central Organisation of Finnish Trade Unions (SAK), the Finnish Confederation of Professionals (STTK), and the Confederation of Unions for Professional and Managerial Staff in Finland (Akava)* exprimant son point de vue sur la mise en oeuvre des articles 3, 12 et 13. Le Comité a reçu, le 5 avril 2017, des observation de "the Finnish League for Human Rights and the Finnish Society of Social Rights" exprimant son point de vue sur la mise en oeuvre des articles 11, 12, 13, 23 et 30.

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 Finlande a accepté toutes les dispositions de ce groupe, excepté les articles 3§§2 et 3.

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

Les Conclusions relatives à la Finlande concernent 17 situations et sont les suivantes :

– 12 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§4, 11§1, 11§2, 11§3, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3, 14§1, 14§2 et 30,

– 3 conclusions de non-conformité : articles 12§1, 12§4 et 13§1.

En ce qui concerne les 2 autres situations, relatives aux articles 13§4 et 23, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut d'informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Finlande en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§4

Le décret gouvernemental n° 708/2013 relatif aux principes de bonnes pratiques en matière de médecine du travail, à la teneur des soins dispensés au titre de la médecine du travail et aux qualifications requises des professionnels et des spécialistes, a pris effet le 1er janvier 2014. Ce texte souligne l'importance d'une coopération active entre les prestataires de soins relevant de la médecine du travail et l'employeur, afin de préserver la capacité de travail de la main-d'œuvre ; ce même texte exige également des services de médecine du travail qu'ils s'assurent de la qualité et de l'efficacité de leurs prestations et cherchent à les améliorer.

Article 12§3

- En 2014, la durée minimale d'affiliation requise pour avoir droit à des allocations de chômage a été ramenée de 34 à 26 semaines pour les salariés et de 18 à 15 mois pour les travailleurs indépendants (loi modifiée n° 1049/2013 relative à l'assurance chômage) ;
- Depuis 2013, les revenus du conjoint du bénéficiaire ne sont plus pris en compte lors de la détermination des droits aux prestations non contributives de chômage (aide à l'insertion sur le marché du travail). En conséquence, les périodes de chômage sans prestations sont moins fréquentes ;

- Depuis début 2014 (loi modifiée n° 1197/2013 relative à l'assurance maladie), le droit à une allocation de parentalité (allocation de maternité, de paternité ou allocation parentale) a été étendu aux personnes affiliées au système de sécurité sociale finlandais pendant les 180 jours qui ont immédiatement précédé la date prévue de naissance de leur enfant. Auparavant, la loi exigeait des personnes qu'elles aient résidé en Finlande pendant cette durée, ce qui signifiait que les ressortissants de pays tiers qui travaillaient régulièrement en Finlande et qui étaient affiliés au système de sécurité sociale finlandais, mais qui ne satisfaisaient pas à la condition de durée de résidence, n'étaient pas admis au bénéfice d'une allocation de parentalité ;
- Début 2013, une autre modification à la loi relative à l'assurance maladie a prolongé la durée de service de l'allocation de paternité à 54 jours ouvrés ; les pères peuvent choisir d'utiliser leur congé et leur allocation de paternité pendant un à dix-huit jours au cours de la période durant laquelle la mère de l'enfant bénéficie d'une allocation de maternité ou d'une allocation parentale. Le reste de l'allocation de paternité peut être versé lorsque la période de service de l'allocation parentale a pris fin. Les pères peuvent aussi, s'ils le souhaitent, utiliser la totalité de leur allocation de paternité après la période de service de l'allocation parentale, mais avant que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans ;
- En vertu d'une autre modification à la loi n° 1224/2004 relative à l'assurance maladie, en 2014, l'indemnité partielle de maladie a été portée de 72 jours à 120 jours (loi modificative n° 972/2013) ;
- La loi n° 570/2007 relative aux prestations d'invalidité a été modifiée de sorte qu'à compter du 1er juin 2015, les frais engagés en raisons d'une maladie, d'un handicap ou d'un traumatisme sont mieux pris en compte lors de la détermination du montant des prestations accordées ; en conséquence, d'après le rapport, on devrait compter environ 10 000 nouveaux bénéficiaires (de plus de 16 ans) de prestations minimales d'ici la fin de 2020. L'admission au bénéfice des prestations sera étendue, notamment, aux personnes à risque de handicap, telles que les personnes atteintes de troubles mentaux et comportementaux de longue durée, de sclérose en plaques, de polyarthrite rhumatoïde ou de paralysie cérébrale ;
- Une autre modification concernant la réadaptation est entrée en vigueur début octobre 2015, en vertu de laquelle une personne peut bénéficier d'une allocation partielle de réadaptation pour les jours pendant lesquels elle travaille à temps partiel pour suivre une réadaptation.

* * *

*

Le prochain rapport que doit soumettre la Belgique 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.

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 30 octobre 2017.

* * *

*

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 Finlande. Il prend également note des informations contenues dans les observations présentées le 17 février 2017 par la Centrale des syndicats finlandais (SAK), la Confédération des syndicats finlandais des cadres et professions libérales (Akava) et la Confédération finlandaise des employés (STTK).

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a considéré que l'objectif général de la politique était conforme à l'article 3§1 de la Charte et demandé des informations à jour sur les évolutions législatives, réglementaires et jurisprudentielles intervenues au cours de la période de référence. Le rapport contient peu d'informations pertinentes pour la période de référence. Il indique que les politiques relatives à l'environnement de travail et au bien-être au travail applicables jusqu'en 2020 fixent des objectifs à long terme en matière de santé et de sécurité au travail et exposent les mesures à prendre pour les atteindre. En 2015, le Département de la sécurité et de la santé au travail du ministère des Affaires sociales et de la Santé a réalisé une étude très poussée consacrée à la vie professionnelle, intitulée « *Working Life 2025 Review. Effects of the changes in working life and the working environment on occupational safety and health and well-being at work* » (La vie professionnelle en 2025. Conséquences des changements affectant la vie professionnelle et le milieu du travail sur la santé, la sécurité et le bien-être au travail). Ce document pose les éléments du problème et énonce ensuite les mesures que les autorités en charge de la santé et de la sécurité au travail devraient prendre dès à présent pour pouvoir être à la hauteur des enjeux de demain ; il a pour objectifs d'éviter que ne se produisent des évolutions non souhaitées et de parvenir à un processus de développement meilleur que prévu. Selon le rapport, les modifications législatives qui devaient être apportées à cet effet concernant la sécurité au travail sont entrées en vigueur durant la période de référence.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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). A cet égard, le rapport indique que les directives relatives à la surveillance des actes et des menaces de violence physique (2015) et les directives relatives à la pression psychosociale (2013) ont été mises en œuvre par les divisions chargées de la santé et de la sécurité au travail.

Le Comité souligne qu'au sens de l'article 3§1 de la Charte révisée, le principal objectif de la politique nationale doit être de développer et de maintenir une culture de prévention en matière de santé et de sécurité au travail. La prévention des risques professionnels doit être intégrée à tous les niveaux d'intervention publique et faire partie des autres politiques publiques (emploi, personnes handicapées, égalité des chances, etc.). La politique et les stratégies retenues doivent être périodiquement évaluées et revues, notamment en fonction de l'évolution des risques. Le Comité estime que les informations présentées sont utiles, mais trop peu détaillées pour ce qui est de la politique nationale proprement dite. Il demande que le prochain rapport revienne plus particulièrement sur ces points dans son exposé de l'objectif général de la politique nationale.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Selon le rapport, c'est le Ministère des Affaires sociales et de la Santé qui gère la mise en œuvre de ses stratégies en matière de santé et sécurité au travail dans le cadre de négociations menées chaque année avec les divisions en charge de ces questions. Les actions engagées à ce titre reposent sur un accord-cadre quadriennal définissant les objectifs à atteindre ainsi que sur un accord complémentaire annuel portant sur les résultats. Le Comité note que le nombre d'avis écrits est passé de 45 450 en 2012 à 56 207 en 2015. Le nombre d'injonctions appelant à des mesures correctives a aussi augmenté de 6 420 en 2012 à 8 342 en 2015.

Le Comité considère que le rapport contient peu d'informations pertinentes pour la période de référence. Il demande des informations sur la manière dont l'Inspection du travail développe une culture de sécurité et de santé au travail auprès des employeurs et des travailleurs et partage son expérience dans la mise en œuvre d'instructions, d'actions préventives et de consultations. Il demande également des informations sur l'implication des autorités publiques dans la mise en œuvre de mesures de prévention (évaluation des risques, sensibilisation, mesures de protection de la sécurité), tant au niveau national que des entreprises.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le rapport ne donne aucune information nouvelle sur l'implication des pouvoirs publics dans les travaux de recherche relatifs à la sécurité et à la santé au travail, la formation de professionnels qualifiés, la définition de programmes de formation ou la certification de procédés. Le Comité demande que le prochain rapport donne des précisions sur l'implication des pouvoirs publics dans l'analyse de risques sectoriels.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le rapport indique qu'en Finlande, les relations professionnelles obéissent au principe d'une collaboration tripartite entre Gouvernement, employeurs et travailleurs. Les grandes politiques qui ont trait à la vie professionnelle, à la santé et à la sécurité au travail, à la sécurité sociale et au marché de l'emploi font toutes l'objet d'une négociation collective entre le Gouvernement, le patronat et les syndicats, et les accords sont signés sur une base consensuelle. Nommé par le Gouvernement, le Comité consultatif pour la sécurité et la santé au travail opère sous la tutelle du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Ses membres sont nommés de façon à représenter les principales organisations professionnelles et d'autres acteurs importants qui s'occupent des questions de santé et de sécurité au travail. Le rapport fait état de l'existence d'un autre organe consultatif compétent en matière de santé et sécurité au travail, à savoir le Comité consultatif pour les services de médecine du travail, qui relève du Département de la santé du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Finlande est conforme à l'article 3§1 de la Charte.

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 Finlande. Il prend également note des informations contenues dans les observations présentées le 17 février 2017 par la Centrale des syndicats finlandais (SAK), la Confédération des syndicats finlandais des cadres et professions libérales (Akava) et la Confédération finlandaise des employés (STTK).

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 médecine du 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 l'Observation interprétative de l'article 3§4, Conclusions 2013 ; voir aussi les Conclusions 2003 relatives à la Bulgarie). Il rappelle par ailleurs que, si des services de médecine du 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).

Le rapport indique que le décret gouvernemental n° 708/2013 relatif aux principes de bonnes pratiques en matière de médecine du travail, à la teneur des soins dispensés au titre de la médecine du travail et aux qualifications requises des professionnels et des spécialistes, a pris effet le 1er janvier 2014. Ce texte souligne l'importance d'une coopération active entre les prestataires de soins relevant de la médecine du travail et l'employeur, afin de préserver la capacité de travail de la main-d'œuvre ; ce même texte exige également des services de médecine du travail qu'ils s'assurent de la qualité et de l'efficacité de leurs prestations et cherchent à les améliorer.

En réponse à une question du Comité concernant les résultats des modifications législatives et des stratégies mises en œuvre (Conclusions 2013), le rapport rappelle que les nouvelles dispositions de la loi relative à l'assurance maladie (19/2012) et de la loi relative à la médecine du travail (20/2012) entrées en vigueur en juin 2012 font obligation à l'employeur de signaler aux services de médecine du travail les cas d'absence pour cause de maladie d'une durée supérieure à un mois (article 10a de la loi relative à la médecine du travail). En 2015, les services d'inspection du travail se sont assurés du respect de cette obligation à l'occasion de 51 visites de contrôle effectuées sur des lieux de travail, dont 35 ont abouti à l'envoi de recommandations écrites sur la question. Les premiers résultats d'une enquête réalisée en 2015 sur la médecine du travail en Finlande montrent que les professionnels de ce secteur s'engagent davantage dans des actions de prévention précoce et que la part de leurs activités consacrée aux soins demeure stable. Le Comité note que les statistiques 2015 du Centre finlandais de prévoyance et de retraite font état d'une baisse d'environ 2 000 départs à la retraite pour cause d'invalidité entre 2012 et 2014 et d'une diminution d'environ 730 000 journées d'arrêts de travail pour maladie entre 2010 et 2013 (arrêts supérieurs à neuf jours).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des précisions concernant la manière dont l'accès aux services de médecine du travail s'effectue en pratique pour les travailleurs intérimaires, les travailleurs indépendants et les travailleurs dont le statut n'est pas régi par un contrat de travail. Le rapport indique que les travailleurs temporaires dont le statut est régi par un contrat bénéficient des services de médecine du travail. Les travailleurs indépendants doivent s'organiser par eux-mêmes pour obtenir de tels services. Le Comité relève dans le rapport que, fin 2014, la Finlande comptait 239 970

travailleurs indépendants et que, selon les premiers résultats de l'étude réalisée en 2015 sur la médecine du travail en Finlande, seuls 37 088 d'entre eux avaient pris des dispositions en la matière. Les travailleurs qui n'ont pas de contrat de travail n'ont pas accès auxdits services ; un contrat de travail ou de service est en effet indispensable pour pouvoir en bénéficier, l'employeur étant alors tenu de les organiser et de les financer. Les travailleurs dont le statut n'est pas régi par un contrat de travail, comme les stagiaires et les salariés à l'essai, bénéficient du dispositif de sécurité mis en place sur le lieu de travail, mais pas des services médicaux dispensés à titre individuel.

Le Comité relève dans les observations communiquées par les syndicats (voir ci-dessus) que les organisations centrales font état de déficiences dans la couverture des services de médecine du travail, en particulier pour ce qui concerne les petites entreprises de moins de dix salariés. Les syndicats affirment que, même lorsque de tels services ont été officiellement mis en place, leur fonctionnement ne respecte pas toujours les conditions énoncées dans la loi relative à la médecine du travail ; il arrive, par exemple, que des examens médicaux concernant des travaux qui présentent un risque particulier de maladie ne soient pas réalisés conformément à ce qu'exige la loi. D'autre part, les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée et les travailleurs intérimaires rencontrent également des problèmes d'accès aux services de médecine du travail. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes informations utiles à cet égard.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations sur le nombre de médecins du travail par rapport à la main-d'œuvre totale, le nombre de travailleurs suivis par les services de médecine du travail et le taux de couverture des entreprises par les services de médecine du travail. Le rapport indique que l'on recensait en Finlande, en 2015, 2 832 médecins du travail. Le nombre total de personnes en activité s'élevait à 2 387 000 (nombre moyen pour la période comprise entre janvier 2014 et avril 2015), et celui des salariés à 2 034 106. Les services de médecine du travail couvraient 96 % des entreprises et ont suivi quelque 1 968 029 travailleurs. Le Comité prend également note dans le rapport du nombre de visites de contrôle qui ont porté sur les obligations résultant des accords relatifs à la mise en place de services de médecine du travail, sur le plan d'action élaboré en la matière et sur l'enquête concernant les lieux de travail.

Le rapport indique, en réponse à une question du Comité concernant la participation des organisations de travailleurs aux consultations préalables aux modifications législatives et aux stratégies mises en œuvre, que la santé et la sécurité au travail font l'objet d'une négociation collective entre le Gouvernement, les employeurs et les syndicats, et que des accords sont signés sur une base consensuelle. Les membres du Comité consultatif pour la sécurité et la santé au travail sont chargés de représenter les principales organisations professionnelles et d'autres acteurs importants qui s'occupent de l'organisation de services de santé et de sécurité au travail.

Le Comité considère, entretemps, que la situation est conforme à l'article 3§4 pendant la période de référence. Il demande que le prochain rapport donne des informations, étayées par des données chiffrées, sur la mise en place de services de médecine du travail pour tous les travailleurs, et en particulier sur le déploiement de mesures visant à améliorer l'accès à ces services pour le personnel des petites entreprises concernant les travailleurs à durée déterminée.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 note, au vu des informations figurant dans le rapport de la Finlande, que la situation qu'il a précédemment jugée conforme à l'article 11§1 de la Charte n'a pas changé. Il demande que le prochain rapport fournisse une description complète et à jour de la situation. En outre, il prend note des observations présentées en date du 5 avril 2017 par la Ligue finlandaise des Droits de l'Homme et la Société finlandaise des Droits Sociaux.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, d'après les données de l'OMS, l'espérance de vie à la naissance était de 81,1 ans en 2015. L'espérance de vie reste donc inférieure à celle de certains autres pays européens, mais a augmenté depuis la dernière période de référence (79,3 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 relève dans les données de l'Office finlandais de statistiques que la mortalité infantile a continué de baisser.En 2015, le nombre total de décès d'enfants âgés de moins d'un an s'est établi à 97 et la mortalité infantile a été ramenée à 1,7 décès pour 1000 naissances vivantes (contre 2 pour 1000 en 2010). La même source fait état de trois décès maternels en 2014, ce qui signifie que la mortalité maternelle était de 5,2 décès pour 1000 naissances vivantes (contre 4,92 pour 1000 en 2010 et 8,4 pour 1000 en 2008).

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations et statistiques concernant l'espérance de vie à la naissance, le taux global de mortalité et les principales causes de décès précoce, le taux de mortalité infantile ainsi que le taux de mortalité maternelle durant la période de référence considérée.

Accès aux soins de santé

Le Comité note que, selon l'Indice européen des consommateurs de soins de santé (EHCI), qui mesure l'efficacité des systèmes de santé dans 35 pays d'Europe, la Finlande s'est classée en quatrième position en 2015, derrière les Pays-Bas, la Suisse et la Norvège, et semble avoir corrigé les problèmes liés aux délais d'attente qu'elle connaissait depuis longtemps. Le Comité demande des informations à jour sur les délais d'attente dans le prochain rapport.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les services de soins et de traitement des maladies mentales, y compris des informations sur la prévention des troubles mentaux et les mesures permettant de favoriser la guérison des patients qui en sont atteints.

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 précédemment reçu de l'association ILGA (International Lesbian and Gay Association) (Région Europe) un document dans lequel elle affirme que « en Finlande, ces personnes ont l'obligation de se faire stériliser pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre ». Il a demandé à ce sujet si, en Finlande, la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013).

Le Comité prend note des observations présentées par Transgender Europe et l'ILGA (Région Europe) concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent

cycle de contrôle, dont il ressort que la Finlande fait partie des pays qui subordonnent la reconnaissance juridique de l'identité de genre à une stérilisation. Le rapport indique que deux unités spécialisées, l'une à l'Université d'Helsinki, l'autre à l'Université de Tampere, ont été chargées d'examiner les conditions requises par l'article 1er de la loi n° 563/2002 relative à la reconnaissance juridique de l'identité de genre des transsexuels. Un certificat médical établi par les experts psychiatres de ces deux hôpitaux à l'issue d'un entretien individuel est ainsi exigé. Le traitement hormonal et l'intervention chirurgicale ne peuvent être entrepris qu'après des examens suffisamment poussés. S'il est mis en œuvre jusqu'à un certain point, le traitement hormonal annihilera la fonction des organes reproducteurs, la condition de stérilité étant ainsi réputée satisfaite. En cas de traitement hormonal, une procédure distincte de stérilisation n'est pas nécessaire. Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport ainsi que dans d'autres sources. Il demande des informations à jour dans le prochain rapport.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 Finlande.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité note que, selon le rapport, la situation concernant ce volet de l'article, qu'il a précédemment jugée conforme, n'a pas changé. Il demande que le prochain rapport fournisse une description complète et à jour de la situation.

Consultation et dépistage des maladies

S'agissant du dépistage, le rapport explique que les centres de santé des municipalités sont tenus, dans le cadre du Programme national de dépistage, de réaliser des examens de détection précoce du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, ainsi que des anomalies des chromosomes et de la croissance du fœtus. Les municipalités organisent également, en plus de ceux prévus par le programme précité, d'autres examens de dépistage à des fins de diagnostic et de détection précoce des maladies. Le décret ministériel n° 1339/2006 fixe les règles régissant l'organisation des dépistages.

Le rapport ajoute qu'en 2016 (hors période de référence), un groupe de travail sous la direction du ministère des Affaires sociales et de la Santé a été chargé de revoir le décret susmentionné pour ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, du cancer des intestins et des cancers développés par certains groupes génétiquement à risque. Le groupe de travail prend actuellement les avis des experts et examinera ensuite les modifications qui pourraient être apportées au décret. Le Comité demande à être tenu informé dans le prochain rapport de toute évolution de la législation en matière de dépistage.

Concernant les examens médicaux à l'école, le Comité a demandé dans sa conclusion précédente quels étaient les principaux problèmes qui ont été identifiés dans ce domaine et quelles mesures avaient prises les instances de contrôle pour y remédier (Conclusions 2013). Le rapport indique que la législation a permis, selon plusieurs rapports nationaux de suivi (2011-2014), d'améliorer la réalisation de ces examens. Les centres de santé ont quasiment tous organisé en 2014 des examens médicaux dans les cliniques pédiatriques et les services de médecine scolaire.

Le rapport assure par ailleurs que les effectifs du personnel infirmier et le nombre de médecins en poste dans les établissements de santé publique ont augmenté. Les examens médicaux réalisés dans les maternités ont été effectués dans le plein respect de la législation et des nouvelles directives nationales (2013). Il conviendrait cependant de faire en sorte que les services destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles puissent, dans leur ensemble, mieux répondre aux besoins de façon à opérer leur intégration intersectorielle, à accélérer l'accès à ces services ainsi qu'aux dispositifs d'aide et assistance précoces, et à amener les enfants et les familles à s'occuper davantage des questions qui les concernent.

Le rapport ajoute que les autorités de contrôle ont supervisé le déploiement des services préventifs pour enfants et adolescents à partir de leur programme de contrôle (2012-2014) et de rapports de suivi. Elles ont mis en place les dispositifs de surveillance imaginés à cet effet – courriers, notifications et comptes rendus si nécessaire. Le Comité relève dans le rapport qu'un nouveau programme ministériel LAPE (2015-2018), en vue d'une réforme des services destinés aux enfants et aux familles, a été engagé. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre de ce programme.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 Finlande.

Environnement sain

Le Comité a précédemment relevé que la Finlande s'était attelée, en 2011, à l'élaboration d'un Plan national pour la qualité de l'eau et a demandé à être tenu informé de son adoption et de sa mise en œuvre (Conclusions 2013). Le rapport fait état de l'adoption par les autorités dudit Plan, ainsi que d'un Plan de gestion du risque sanitaire, préparés tous deux au cours de la période 2011-2015 dans le cadre d'un Programme en ligne consacré à l'ensemble de la chaîne d'alimentation en eau, depuis sa source jusqu'à son usage domestique et son élimination. Ce Programme envisage, à partir d'une approche axée sur l'analyse des risques potentiels, plusieurs centaines d'incidents et de combinaisons de facteurs dangereux prédéfinis, décrit les effets de divers polluants microbiologiques et chimiques sur la santé, et donne des exemples de mesures de contrôle et de gestion. Des formations au Programme de gestion des risques associés à la chaîne d'alimentation en eau ont été organisées à l'intention des autorités régionales (environ 150 personnes). Au début de l'année 2016, des entreprises de distribution d'eau de taille modeste (80 personnes environ) ont testé le Programme en ligne dans la partie occidentale du pays.A présent, la Finlande compte quelque 150 distributeurs (330 personnes) qui utilisent le Programme de gestion des risques associés à l'alimentation en eau potable.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur les mesures prises ainsi que sur les niveaux et les tendances de la pollution atmosphérique, de la contamination des eaux et de la sécurité sanitaire des aliments pendant la période de référence.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le rapport fait état d'une nouvelle loi sur le tabac, adoptée suite à l'entrée en vigueur en 2014 de la directive européenne 2014/40/UE relative aux produits du tabac. Ce texte (loi n° 549/2016) a pris effet le 15 août 2016 (hors période de référence). Il a pour objet de mettre fin à la consommation de tabac et autres produits contenant de la nicotine. Il interdit tous types de parfums utilisés dans les cigarettes, le tabac à rouler et les liquides pour cigarettes électroniques. Le Comité prend note d'un certain nombre de mesures mises en place par le biais de cette nouvelle loi et demande que le prochain rapport rende compte de leur mise en œuvre et de leur incidence sur les chiffres de consommation du tabac, statistiques à l'appui.

Le rapport indique qu'un nouveau texte, la loi n° 523/2015 relative à la prévention de l'alcoolisme, du tabagisme, de la toxicomanie et de l'addition aux jeux d'argent, est entré en vigueur au 1er décembre 2015, en remplacement de l'ancienne loi de prohibition.Aux termes de cette loi, la responsabilité en matière de prévention de l'alcoolisme, du tabagisme, de la toxicomanie et des dangers que présentent les jeux d'argent incombe à l'Etat et aux municipalités, qui doivent travailler ici en collaboration avec la société civile. Le Comité relève qu'un Plan d'action pour la prévention de l'alcoolisme, du tabagisme, de la toxicomanie et de l'addiction aux jeux d'argent destiné aux personnels et aux dirigeants des instances municipales et régionales chargées de ces questions, ainsi que d'autres intervenants au plan national, a été rendu public le 1er décembre 2015. Le Comité demande des informations complémentaires sur la mise en œuvre de ce Plan.

Le Comité note que, durant la période de référence, la prévalence du tabagisme a régressé, tant chez les adultes que chez les jeunes. Le taux d'adultes qui fument quotidiennement a été ramené de 17 % en 2012 à 15 % en 2014. Le pourcentage de fumeurs quotidiens était de 17 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes en 2014. Chez les jeunes âgés de 14 à 18 ans, la consommation quotidienne de produits tabagiques, qui concernait 13 %

d'entre eux en 2013, a baissé à 12 % en 2015. Le pourcentage de jeunes qui fument quotidiennement était de 13 % chez les garçons et de 10 % chez les filles en 2015.

Concernant la consommation de boissons alcoolisées, le rapport affirme qu'elle a continué de diminuer durant la période de référence. Le Comité note que, selon les informations publiées sur le site Web de l'Institut national de la santé et de la protection sociale, la consommation totale de boissons alcoolisées s'est établie, en 2015, à 10,8 litres d'alcool pur par personne âgée de 15 ans ou plus, soit 3,6 % de moins qu'en 2014. Le rapport indique que le Gouvernement a l'intention de refondre entièrement la loi finlandaise sur l'alcool afin de libéraliser ce marché dans une certaine mesure ; des discussions ont eu lieu en ce sens, mais la rédaction du nouveau texte de loi n'a pas encore démarré. Le Comité demande à être tenu informé de toute réforme législative en la matière, ainsi que de l'évolution des niveaux de consommation d'alcool.

Le Comité demande que le prochain rapport l'informe de la situation en qui concerne la toxicomanie en Finlande.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité prend note des informations présentées dans le rapport concernant le programme national de vaccination, ainsi que des statistiques relatives à la couverture vaccinale. Fin 2015, la couverture vaccinale nationale affichait des taux élevés pour les maladies infantiles : 98 % pour le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, 92 % pour celui contre le rotavirus, 93 % pour celui contre le pneumocoque et 95 % pour le vaccin ROR (rougeole, rubéole, oreillons).

Le Comité prend note de la situation observée en Finlande pour ce qui concerne le VIH/Sida ainsi que du taux de mortalité des patients séropositifs sur la période de référence 2012 – 2015.

Accidents

Dans sa précédente conclusion, le Comité a relevé que les accidents domestiques et les accidents survenant durant les loisirs représentaient 80 % des accidents et a demandé que le rapport suivant contienne des informations sur les mesures prises pour les prévenir. Les efforts menés sur ce terrain sont coordonnés et pilotés par un organe multisectoriel créé en 2012, le Groupe de coordination pour la prévention des accidents domestiques et de loisirs,dont le mandat a été renouvelé en 2015 pour la période 2016-2020. Le Groupe de coordination a élaboré un Plan d'action national 2014-2020 pour la prévention des accidents domestiques et de loisirs. Ce plan comprend 92 initiatives, chacune d'elles étant placée sous la responsabilité d'une instance désignée à cet effet. Il ambitionne de parvenir à un bon niveau de sécurité dans tous les environnements, de diminuer de 25 % le nombre d'accidents graves à l'horizon 2025 et de mettre en place des moyens plus importants et permanents pour la prévention des accidents.

Le rapport indique que le nombre de décès dus à des accidents domestiques et à des accidents survenant durant les loisirs a baissé ; il est ainsi passé de 2 441 en 2011 à 2 221 en 2014.

Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre et de l'impact des mesures susmentionnées sur le nombre de décès dus à des accidents domestiques et de loisirs, statistiques à l'appui. Il demande également des informations actualisées sur les mesures prises et la tendance du nombre d'accidents de la route.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 Finlande. En outre, il prend note des observations présentées en date du 5 avril 2017 par la Ligue finlandaise des Droits de l'Homme et la Société finlandaise des Droits Sociaux.

S'agissant des **prestations familiales**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives à l'article 16 (Conclusions 2011).

En ce qui concerne la réclamation c. Finlande, n° 88/2012, décision sur le bien-fondé du 9 septembre 2014 (constatant une violation de l'article 12§1 de la Charte au motif que les niveaux des indemnités de maladie, de maternité et de réadaptation, des allocations de chômage de base et de la pension garantie (vieillesse) étaient inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté et par conséquent insuffisants, même en admettant qu'elles puissent être complétées par d'autres prestations complémentaires, telles qu'une assistance sociale et une allocation logement), le Comité rappelle que le suivi sera effectué dans les Conclusions 2018.

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 finlandais 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 2013 et 2006) que tous les résidents permanents étaient couverts par les régimes de sécurité sociale régissant les pensions de base (pensions nationales, concernant les risques vieillesse, invalidité et survie), les prestations de maladie et de maternité et les indemnités de chômage. En outre, tous les salariés avaient droit aux prestations reposant sur l'exercice d'un emploi, telles que les pensions liées aux gains et les prestations versées en cas d'accident du travail. De plus, toute personne résidant en Finlande était couverte par l'assurance maladie. S'agissant de la population active totale, le Comité relève dans le rapport qu'elle s'élevait à 2 822 000 personnes en 2014. D'après l'Institut de statistiques finlandais, elle représentait 2 630 000 personnes en 2015. Selon les statistiques officielles mentionnées dans le rapport, en 2015, la Finlande comptait environ 662 000 bénéficiaires de pensions de retraite (1 424 000 si l'on prend en compte les pensions contributives et non contributives), 314 000 bénéficiaires de pensions d'invalidité, 293 000 bénéficiaires d'indemnités de maladie, 238 000 bénéficiaires d'allocations de chômage ou d'aides à l'insertion sur le marché du travail, 55 000 bénéficiaires d'allocations de maternité et 246 000 bénéficiaires d'allocations-logement. Le rapport ne contient pas les informations demandées par le Comité (Conclusions 2013) concernant le pourcentage de personnes assurées contre les risques de chômage, de maladie et de vieillesse rapporté à la population active totale (soit le nombre total de personnes ayant un emploi plus le nombre de chômeurs). Par conséquent, il renouvelle sa demande de données actualisées sur ce point. Il demande en outre que le prochain rapport contienne également des informations sur le nombre de personnes assurées contre le risque invalidité, ainsi que contre le risque accidents de travail et maladies professionnelles, par rapport à la population active totale.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté s'établissait en 2015 à 23 763 € par an, ou 1 980 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, était par conséquent de 11 881 € par an, ou 990 € par mois. Le seuil de pauvreté fixé à 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 792 € par mois.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé que les niveaux minimums des prestations de maladie et de vieillesse étaient insuffisants.

S'agissant des **indemnités de maladie**, le rapport précise que le montant minimum de l'indemnité de maladie est de 23,93 € par jour, ou de 598,25 € par mois (soit approximativement 30 % du revenu médian ajusté).

Pour ce qui est des **prestations de vieillesse**, le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 23.

Le Comité renvoie à sa précédente conclusion (Conclusions 2013) pour ce qui est des critères d'octroi des prestations et des règles applicables concernant la période initiale durant laquelle un chômeur peut refuser un emploi qui ne lui convient pas sans perdre ses droits aux prestations de chômage. D'après le MISSOC, les prestations de chômage peuvent être versées pour une période allant jusqu'à 500 jours, voire au-delà dans certains cas.Il relève d'après le rapport que **l'allocation de chômage** de base (liée aux revenus) s'élevait, à la fin de la période de référence, à 32,68 € par jour, soit environ 703 € par mois, ou 35,5 % du revenu médian ajusté, et considère que ce montant n'est pas suffisant.

Le Comité relève également d'après le MISSOC que pendant les premiers 56 jours ouvrés du congé de maternité, l'**allocation de maternité** *(äitiysraha)* et l'allocation spéciale de maternité *(erityisäitiysraha)* représentent 90 % des revenus de l'intéressée si elle a perçu jusqu'à 56 032 € (annuels) et 32,5 % de ses revenus s'ils sont supérieurs à ce plafond. Pour le reste du congé de maternité (49 jours), l'allocation représente 70 % des revenus de l'intéressée si elle a perçu jusqu'à 36 419 €, 40 % de ses revenus si elle a perçu entre 36 420 € et 56 032 € et 25 % de ses revenus au-delà de ce niveau. Pendant les 30 premiers jours ouvrés, l'**allocation parentale** *(vanhempainraha)* et **l'allocation de paternité** *(isyysraha)* représentent 75 % du revenu perçu jusqu'à un plafond de 56 032 € (annuels) et 32,5 % si les revenus annuels de l'intéressé sont supérieurs à ce plafond. Les deux parents peuvent bénéficier d'un taux majoré pendant les 30 premiers jours ouvrés. Pour le reste du congé, l'allocation parentale et l'allocation de paternité représentent 70 % des revenus de l'intéressé s'il a perçu jusqu'à 36 419 €, 40 % de ses revenus s'il a perçu entre 36 420 € et 56 032 € et 25 % de ses revenus au-delà de ce niveau. Cependant, l'allocation minimale était en 2015 de 24,02 € par jour (516,43 € par mois, soit 26 % du revenu médian ajusté). Elle représentait donc moins de 40 % du revenu médian ajusté et était par conséquent insuffisante.

Pour une description des autres prestations et de leurs modalités de calcul, le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2006, 2009 et 2013). Il demande que le prochain rapport contienne des informations à jour concernant le montant minimum octroyé en cas d'invalidité ainsi qu'en cas d'accidents du travail ou maladies professionnelles.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte, aux motifs que :

- le niveau minimum des indemnités de maladie est insuffisant ;
- le niveau minimum de l'allocation de chômage est insuffisant ;
- le niveau minimum des allocations de maternité 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 Finlande.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT relative à la sécurité sociale, soit au moins six des neufs parties du Code, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux parties et la vieillesse pour trois).

Le Comité note que la Finlande n'a ratifié ni le Code européen de sécurité sociale, ni la Convention n° 102 de l'OIT. Par conséquent, faute de pouvoir prendre en considération des conclusions établies dans le cadre de ces traités, telles que les résolutions du Comité des Ministres sur la conformité des Etats liés par le Code européen de sécurité sociale, il lui faut faire sa propre évaluation en se fondant sur les informations fournies dans le rapport.

Le Comité constate que le système de sécurité sociale finlandais couvre les neuf branches correspondant à la totalité des risques traditionnels et que la situation est à cet égard conforme à l'article 12§1 de la Charte. L'appréciation formulée au titre de l'article 12§1 fait également ressortir que le Comité s'est déclaré satisfait du champ d'application personnel des régimes de sécurité sociale pour ce qui concerne les retraites de base, les prestations de maladie, de maternité et de chômage, les prestations liées à l'emploi et l'assurance maladie. Le Comité se réfère à sa demande des informations à jour concernant le pourcentage de la population active qui bénéficie d'un régime d'assurance-chômage, d'assurance-maladie et de retraite. Le Comité renvoie également à son constat de non-conformité sous l'angle de l'article 12§1 pour ce qui est du montant minimum des prestations de maladie, de chômage et de maternité. Pour ce qui est des prestations de vieillesse, le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 23.

Le Comité note que la situation de la Finlande est conforme à l'article 12§3.

Le Comité tient compte de ce que la Finlande a ratifié les Conventions n° 121 (prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964), n° 128 (prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967), n° 130 (soins médicaux et indemnités de maladie, 1969) et n° 168 (promotion de l'emploi et protection contre le chômage, 1988) de l'OIT. La ratification de ces conventions laisse à penser que la Finlande pourrait accepter les branches correspondantes du Code.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 Finlande. Il prend également note des informations contenues dans les observations présentées le 17 février 2017 par la Centrale des syndicats finlandais (SAK), la Confédération des syndicats finlandais des cadres et professions libérales (Akava) et la Confédération finlandaise des employés (STTK). En outre, il prend note des observations présentées en date du 5 avril 2017 par la Ligue finlandaise des Droits de l'Homme et la Société finlandaise des Droits Sociaux.

Il renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système finlandais de sécurité sociale. La Finlande ayant ratifié l'article 16 de la Charte, le Comité appréciera la portée et l'impact des évolutions observées dans le domaine des prestations familiales lorsqu'il se prononcera sur la conformité de la situation au regard de cet article.

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 :

- en 2014, la durée minimale d'affiliation requise pour avoir droit à des allocations de chômage a été ramenée de 34 à 26 semaines pour les salariés et de 18 à 15 mois pour les travailleurs indépendants (loi modifiée n° 1049/2013 relative à l'assurance chômage) ;
- depuis 2013, les revenus du conjoint du bénéficiaire ne sont plus pris en compte lors de la détermination des droits aux prestations non contributives de chômage (aide à l'insertion sur le marché du travail). En conséquence, les périodes de chômage sans prestations sont moins fréquentes ;
- depuis début 2014 (loi modifiée n° 1197/2013 relative à l'assurance maladie), le droit à une allocation de parentalité (allocation de maternité, de paternité ou allocation parentale) a été étendu aux personnes affiliées au système de sécurité sociale finlandais pendant les 180 jours qui ont immédiatement précédé la date prévue de naissance de leur enfant. Auparavant, la loi exigeait des personnes qu'elles aient résidé en Finlande pendant cette durée, ce qui signifiait que les ressortissants de pays tiers qui travaillaient régulièrement en Finlande et qui étaient affiliés au système de sécurité sociale finlandais, mais qui ne satisfaisaient pas à la condition de durée de résidence, n'étaient pas admis au bénéfice d'une allocation de parentalité ;
- début 2013, une autre modification à la loi relative à l'assurance maladie a prolongé la durée de service de l'allocation de paternité à 54 jours ouvrés ; les pères peuvent choisir d'utiliser leur congé et leur allocation de paternité pendant un à dix-huit jours au cours de la période durant laquelle la mère de l'enfant bénéficie d'une allocation de maternité ou d'une allocation parentale. Le reste de l'allocation de paternité peut être versé lorsque la période de service de l'allocation parentale a pris fin. Les pères peuvent aussi, s'ils le souhaitent, utiliser la totalité de leur allocation de paternité après la période de service de l'allocation parentale, mais avant que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans ;
- en vertu d'une autre modification à la loi n° 1224/2004 relative à l'assurance maladie, en 2014, l'indemnité partielle de maladie a été portée de 72 jours à 120 jours (loi modificative n° 972/2013) ;
- la loi n° 570/2007 relative aux prestations d'invalidité a été modifiée de sorte qu'à compter du 1er juin 2015, les frais engagés en raisons d'une maladie, d'un handicap ou d'un traumatisme sont mieux pris en compte lors de la détermination du montant des prestations accordées ; en conséquence, d'après le rapport, on devrait compter environ 10 000 nouveaux bénéficiaires (de plus de 16 ans) de prestations minimales d'ici la fin de 2020. L'admission au bénéfice des prestations sera étendue, notamment, aux personnes à risque de handicap,

telles que les personnes atteintes de troubles mentaux et comportementaux de longue durée, de sclérose en plaques, de polyarthrite rhumatoïde ou de paralysie cérébrale ;

- une autre modification concernant la réadaptation est entrée en vigueur début octobre 2015, en vertu de laquelle une personne peut bénéficier d'une allocation partielle de réadaptation pour les jours pendant lesquels elle travaille à temps partiel pour suivre une réadaptation.

Le Comité relève cependant dans les observations présentées (voir plus haut) que certaines prestations ont été réduites. En particulier, le montant des prestations de chômage liées aux gains aurait été abaissé en 2015 et, depuis 2014, leur durée maximale de service aurait été raccourcie et graduée en fonction de la durée d'activité professionnelle.

D'autres mesures restrictives sont mentionnées dans les observations, mais n'ont pas pris effet pendant la période de référence. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse toutes informations utiles à cet égard.

Le Comité note également qu'une vaste réforme du régime des pensions entrera en vigueur en 2017, soit hors période de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse toutes informations utiles concernant son impact (catégories et nombre de personnes concernées, niveau des prestations avant et après la réforme) et conclut entre-temps que la situation était conforme à l'article 12§3 pendant la période de référence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 Finlande.

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 par des mesures unilatérales.

Le Comité rappelle qu'au regard de la législation de l'UE relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale des États membres de l'UE, régie par les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, tels que modifié par le règlement (UE) n° 1231/2010, les États Membres de l'UE assurent, en principe, l'égalité de traitement entre, d'une part, leurs nationaux et, d'autre part, les ressortissants d'autres États membres de l'UE ou appartenant à l'EEE, les apatrides, les réfugiés résidant sur le territoire d'un 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, les membres de leur famille et leurs survivants, dès lors qu'ils résident légalement sur le territoire d'un État Membre et se trouvent dans une situation dont tous les éléments ne se 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 des autres États parties à la Charte de 1961 et à la Charte qui ne sont pas membres de l'UE ou ne font pas partie de l'EEE l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale quand ils résident légalement sur leur territoire (Conclusions XVIII-1 (2006)). Pour ce faire, ils doivent, soit conclure avec eux des accords bilatéraux, soit prendre des mesures unilatérales.

Dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), le Comité a estimé que la situation de la Finlande n'était pas conforme à la Charte au motif qu'aucun accord bilatéral de sécurité sociale n'existait avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, « l'ex-République yougoslave de Macédoine », la Fédération de Russie, la République de Moldova et la Serbie. Le Comité relève dans le rapport qu'aucun accord n'a été conclu avec ces États au cours de la période de référence. Le Comité note toutefois, d'après le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions de 2013, que la Finlande envisage de conclure de nouveaux accords de sécurité sociale. Le Comité demande, par conséquent, s'il est envisagé de conclure de tels accords avec les États suivants : l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, « l'ex-République yougoslave de Macédoine », la République de Moldova, la Serbie et la Russie, et si tel est le cas, dans quels délais.

Le Comité rappelle que l'égalité de traitement peut aussi être assurée par des mesures unilatérales, législatives ou administratives. Néanmoins, comme rien n'indique dans le rapport que de telles mesures aient été prises ou soient envisagées, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à la Charte à cet égard.

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 Finlande subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant du bénéficiaire réside sur son territoire.

Le Comité rappelle qu'à défaut d'accord, la Finlande est tenue selon l'article 12§4 de la Charte de prendre des mesures unilatérales pour se conformer aux exigences de cette disposition.

Aucun accord n'ayant été conclu avec les États qui appliquent un principe autre que la condition de résidence de l'enfant pour l'admission au bénéfice des prestations familiales (Albanie, Andorre, Arménie, Géorgie et Turquie), le Comité conclut que l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties**.**

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité souligne que dans sa précédente conclusion (Conclusion 2015), il a considéré que la situation était conforme à la Charte pour ce qui concerne la conservation des avantages acquis. Étant donné que la situation n'a pas changé, il reconduit sa conclusion de conformité.

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), le Comité a considéré que la totalisation des périodes d'emploi ou d'assurance n'était pas garantie pour les ressortissants d'autres États parties. La situation n'ayant pas évolué, le Comité reconduit sa conclusion de non-conformité à cet égard.

Conclusion

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

- l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- 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 Finlande. En outre, il prend note des observations présentées en date du 5 avril 2017 par la Ligue finlandaise des Droits de l'Homme et la Société finlandaise des Droits Sociaux.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Selon le rapport, 253 500 ménages (8,4 % des ménages finlandais) ou 393 300 personnes (7,2 % de la population) percevaient des prestations d'assistance sociale en 2014. Quelque 102 300 ménages bénéficiaient d'une aide sociale complémentaire et 25 600 ménages d'une aide sociale préventive. Selon les statistiques de l'Institut national de la santé et de la protection sociale, le montant brut des dépenses consacrées à l'assistance sociale s'élevait à 745,5 millions d'euros en 2015.

Le Comité prend note des informations relatives au Groupe de travail sur la modernisation de l'assistance sociale, qui a été chargé de redéfinir le rôle, la structure et le contenu de l'assistance sociale gérée par les municipalités, de mettre en place une aide sociale complémentaire et préventive qui se veut un instrument d'action sociale, et de réfléchir aux moyens de contribuer plus efficacement à l'autonomie des bénéficiaires de l'assistance afin d'éviter qu'ils ne soient socialement exclus.

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, dans son appréciation de la situation pour la période de référence, des éléments ci-après.

- Prestation de base : d'après la base de données du MISSOC et le rapport, le montant mensuel de l'allocation d'assistance de base était de 485,50 € en 2015.
- Prestations supplémentaires : d'après la base de données du MISSOC, la loi prévoit plusieurs types d'allocation-logement. Les frais de logement sont pris en considération dans la détermination du montant de l'allocation-logement. Selon le rapport, les éléments de l'assistance sociale qui entrent dans les statistiques nationales sont l'assistance sociale de base (montant de base et somme couvrant d'autres dépenses essentielles, dont le logement), l'aide sociale complémentaire et l'aide sociale préventive. Le Comité relève toutefois dans le rapport que les statistiques nationales n'indiquent pas le montant de l'allocation-logement, qui varie selon les besoins, les dépenses et la commune de résidence. Dans ses Conclusions 2009, le Comité a constaté que la prestation de base ainsi que l'allocation-logement représentaient chacune près de 40 % du montant total de l'assistance sociale, et que le reste était composé de toutes les autres aides. Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), il a demandé si ces estimations étaient toujours valables.
- 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 990 € en 2015.

Le Comité rappelle avoir considéré, dans sa décision rendue le 9 septembre 2014 sur le bien-fondé de la réclamation n° 88/2012 (Finnish Society of Social Rights c. Finlande), dans laquelle le requérant alléguait que le niveau des prestations d'assistance sociale et de l'aide à l'insertion sur le marché du travail (prestation non contributive versée aux personnes ne justifiant d'aucune période d'activité professionnelle antérieure ou n'ayant plus droit aux allocations chômage de base) ne satisfaisait pas aux prescriptions de la Charte, que rien, dans les informations portées à sa connaissance, ne permettait de dire que les bénéficiaires de l'assistance sociale avaient toujours droit au montant maximum de l'allocation. Par ailleurs, s'il ne pouvait exclure que le montant total des prestations versées à un bénéficiaire de l'assistance sociale pouvait atteindre 50 % du revenu médian ajusté, il estimait

cependant qu'il n'était pas établi, au vu des informations dont il disposait, que toute personne dans le besoin se voyait accorder une assistance sociale d'un niveau suffisant.

Dans sa décision rendue le 8 décembre 2016 sur le bien-fondé de la réclamation n° 108/2014, Finnish Society of Social Rights c. Finlande, le Comité a également noté que rien, dans les informations portées à sa connaissance, n'indiquait que les bénéficiaires de l'aide à l'insertion sur le marché du travail eussent toujours droit au montant maximum de l'allocation (par. 68), et a conclu à la violation de l'article 13§1 de la Charte au motif que l'aide à l'insertion sur le marché du travail n'était pas suffisante pour permettre à ses bénéficiaires de subvenir à leurs besoins essentiels.

Le Comité renouvelle le constat de non-conformité qu'il a posé dans les réclamations précitées, au motif que le montant de l'assistance sociale, comprenant l'assistance de base et toutes les prestations complémentaires qui pourraient s'appliquer, n'est pas suffisant.

Le Comité relève dans les observations transmises par la Ligue finlandaise des droits de l'homme et la Finnish Society of Social Rights que la situation s'est détériorée depuis la décision rendue par le Comité dans la réclamation n° 88/2012. Plutôt que d'augmenter les prestations d'assistance sociale pour les amener au niveau requis par la Charte sociale, le Gouvernement finlandais a décidé en 2016 de réduire le montant de l'aide à l'insertion sur le marché du travail.

Le Comité rappelle que les suites données à la décision rendue le 9 septembre 2014 sur le bien-fondé de la réclamation collective n° 88/2012 Finnish Society of Social Rights c. Finlande seront examinées dans le cadre des Conclusions 2018.

Droit de recours et assistance judiciaire

Aux termes d'une modification apportée à la loi relative à l'assistance sociale (texte publié sous la cote 1312/2014), le délai de recours contre une décision relative à une demande d'assistance sociale a été aligné sur celui prévu par la loi relative à la protection sociale (texte publié sous la cote 1301/2014). Cette modification, entrée en vigueur le 1er avril 2015, a porté ledit délai à 30 jours.

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 leur 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'État parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a jugé la situation de la Finlande non conforme à la Charte au motif que l'octroi des prestations d'assistance sociale aux ressortissants étrangers originaires de certains États parties à la Charte qui résidaient légalement en Finlande était subordonné à une condition de durée de résidence excessive. Le Comité

relève dans le rapport du Comité gouvernemental (GC(2014)21, par. 248) que, d'après la représentante de la Finlande, les ressortissants étrangers ont tous les mêmes droits aux prestations d'assistance sociale, sans condition de durée de résidence. Si un ressortissant étranger obtient un titre de séjour permanent ou à durée déterminée, il est immédiatement admis au bénéfice de prestations d'assistance sociale.

Le Comité note toutefois que, d'après la base de données du MISSOC, des prestations d'assistance sociale sont versées à tous les résidents permanents. Le rapport précise que les soins médicaux d'urgence, à la différence des prestations d'assistance sociale, ne sont subordonnés à aucune condition de résidence permanente. Le Comité déduit des informations dont il dispose que les ressortissants des autres États parties ne peuvent bénéficier d'une assistance sociale sur un pied d'égalité avec les nationaux qu'après avoir résidé en Finlande pendant quatre ans (condition d'obtention d'un titre de séjour permanent). Par conséquent, il renouvelle son précédent constat de non-conformité, au motif que l'octroi de l'assistance sociale aux ressortissants des autres États parties est soumis à une condition de durée de résidence.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion au titre de l'article 13§4, le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations à jour et des précisions sur la nature et l'ampleur de l'assistance sociale d'urgence susceptible d'être octroyée aux ressortissants étrangers qui en ont un besoin immédiat et urgent, et en particulier aux étrangers sans papiers.

Le Comité relève à ce sujet dans le rapport que l'article 19, par. 1 de la Constitution finlandaise garantit à toute personne placée sous la juridiction de la Finlande qui ne parvient pas à se procurer les ressources nécessaires pour mener une vie digne a droit à des moyens de subsistance et aux soins qui lui sont indispensables. Cette disposition constitutionnelle est mise en œuvre par la loi relative à l'assistance sociale. Des prestations d'assistance sociale sont versées à toute personne nécessiteuse qui ne peut subvenir à ses besoins par un emploi salarié ou non salarié, ou par d'autres sources (autres prestations primaires, autres revenus ou autres moyens). La loi relative à l'assistance sociale ne fait pas de distinction entre les citoyens finlandais et les ressortissants étrangers, ni ne pose de conditions quant au caractère permanent ou au type de séjour en Finlande. Les dispositions relatives à l'application pratique de ce texte mettent cependant l'accent sur le caractère permanent du séjour. Néanmoins, si les autres conditions sont remplies, les personnes nécessitant une assistance sociale alors qu'elles séjournent temporairement dans le pays ont droit à une aide d'urgence.

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des*

Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le rapport fournisse des éléments démontrant que ces conditions sont respectées en droit et en pratique. Il considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 ;
- l'octroi de l'assistance sociale aux ressortissants des autres États parties est subordonné à une condition de durée de résidence de quatre ans.

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 Finlande.

D'après le rapport, la nouvelle loi n° 1325/2014 relative à la lutte contre discrimination est entrée en vigueur le 1er janvier 2015. Dans le cadre de cette réforme, le Médiateur en charge des minorités a été remplacé par un Médiateur chargé de la lutte contre la discrimination, qui est habilité à examiner un éventail plus large de problèmes de discrimination. La nouvelle loi a élargi le champ de la protection contre la discrimination. Elle s'applique à toutes les activités publiques et privées, à l'exclusion de la vie privée, de la vie familiale et de la pratique d'une religion.Le Tribunal national de lutte contre la discrimination et la Commission de l'égalité ont fusionné pour donner naissance à un nouvel organisme, le Tribunal national finlandais de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, dont le mandat couvre tous les motifs de discrimination tels qu'énoncés dans la loi sur le Tribunal national finlandais de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (1327/3014).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la lutte contre la discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques telle que garantie par l'article 13§2, compte tenu des évolutions législatives précitées.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 Finlande.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle.

Le Comité note qu'une réforme de la loi sur les services sociaux est intervenue en 2014 et que la nouvelle mouture de ce texte (loi n° 1301/2014), entrée en vigueur en 2015, recentre l'action sociale en délaissant les mesures correctives au profit du bien-être et d'une intervention rapide des services sociaux.

Il note également que le Guide de l'assistance sociale, conçu à l'intention des services municipaux en charge de l'assistance sociale, a été actualisé. La publication peut aussi être consultée sur le site web du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le Guide a pour but d'aider les fonctionnaires municipaux et les autres travailleurs sociaux à appliquer la loi relative à l'assistance sociale, de préciser le contenu et l'objectif de la loi, et de contribuer à améliorer la protection juridique des bénéficiaires. le Guide met l'accent sur les dispositions relatives à la protection juridique des usagers et du personnel des services sociaux. Il souligne que la liste des services proposés à un usager doit toujours être établie dans un double souci : celui de prendre en compte une situation « normale » de demande d'assistance sociale et celui de contenir les coûts. Le Guide attire l'attention sur la responsabilité qu'ont les fonctionnaires municipaux en charge des services sociaux de donner des conseils et une orientation aux personnes qui bénéficient d'une assistance sociale, ainsi que sur l'obligation prévue par l'article 14a(4) de la loi relative à l'assistance sociale de donner à l'usager la possibilité de s'entretenir personnellement avec le travailleur social ou le conseiller.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 Finlande.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira dorénavant l'assistance sociale et médicale d'urgence accordée aux ressortissants d'États parties se trouvant légalement (mais sans y résider) sur le territoire. Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), il a jugé la situation conforme à la Charte concernant les ressortissants étrangers légalement présents 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 (réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Le Comité rappelle par ailleurs que le droit à l'assistance sociale d'urgence devrait être assorti d'un droit de recours auprès d'un organe indépendant. S'agissant de la fourniture d'un hébergement d'urgence, il doit exister un mécanisme de recours effectif auprès d'un organe judiciaire indépendant permettant de déterminer si l'attribution des hébergements est correctement administrée. Ce droit doit aussi être effectif dans la pratique (réclamation n° 90/2013, Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 106).

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1, dans laquelle il a réservé sa position concernant l'assistance sociale d'urgence apportée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les ressortissants étrangers légalement présents sur le territoire ; entre-temps, il réserve sa position.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Finlande.

Organisation des services sociaux

Le rapport indique qu'une réforme de la loi sur les services sociaux est intervenue en 2014 et que la loi n° 1301/2014, entrée en vigueur en 2015, recentre l'action sociale en délaissant les mesures correctives au profit du bien-être et d'une intervention rapide des services sociaux. La loi n° 817/2015 concernant le personnel des services sociaux, qui a pris effet en 2016, s'applique aux organismes publics et privés ainsi qu'aux personnes exerçant une activité professionnelle non salariée dans ce secteur. Les agréments requis sont délivrés par l'Autorité nationale de contrôle en matière d'action sociale et de soins de santé. Le diplôme exigé pour devenir un travailleur social agréé est une maîtrise obtenue à l'issue d'études dont la dominante doit être l'action sociale (ou des études équivalentes). Ceux qui souhaitent obtenir l'agrément pour travailler dans les services sociaux pédagogiques (*socionomi*) ou dans les services de prise en charge des personnes âgées (*geronomi*) doivent être détenteurs d'un diplôme universitaire obtenu dans le domaine des services sociaux (licence en services sociaux ou licence en services sociaux et soins de santé).

Accès égal et effectif

Selon le rapport, la loi n° 1301/2014 sur les services sociaux a pour but d'accroître l'offre et l'accessibilité des services sociaux, de privilégier une approche globale axée sur les usagers, et de venir en aide aux citoyens dans leur environnement quotidien. La loi sur les services sociaux cherche à favoriser et préserver la protection sociale de la population, à réduire les inégalités et à renforcer l'inclusion sociale ; elle veille à assurer des services sociaux de grande qualité, à promouvoir les services axés sur les usagers et les droits de ces derniers, ainsi qu'à améliorer la coopération entre les services sociaux et divers secteurs municipaux et autres parties prenantes. Elle concerne principalement les services sociaux municipaux. Elle affirme que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération première dans toute mesure prise par les organismes de protection sociale. Elle contribue au bien-être des usagers en prodiguant informations et conseils, en structurant l'action sociale, en surveillant et en favorisant les conditions de vie des enfants, et en intégrant les besoins et attentes des usagers dans le choix et la mise en place des activités et services. Elle comporte des dispositions visant à garantir la qualité des services. Elle fait obligation aux unités d'aide sociale de se doter d'un programme de contrôle interne que le public puisse consulter et qui soit régulièrement mis à jour afin d'assurer la qualité, la sécurité et la pertinence de leurs interventions.

La nouvelle loi a également modifié les priorités des services familiaux, l'accent étant mis principalement sur ceux qui peuvent être obtenus en dehors de la sphère de la protection de l'enfance. Elle privilégie les interventions rapides et les mesures préventives. Des services d'aide familiale peuvent être fournis sur la base d'une évaluation des besoins en la matière, y compris lorsque la famille ne fait pas appel aux services de protection de l'enfance.

Le rapport explique que les services sociaux sont organisés suivant les besoins en termes de soutien. Ces besoins sont multiples : aide à l'exécution de certains gestes de la vie quotidienne, difficultés matérielles, violence ou maltraitance interpersonnelle ou familiale, préservation du bien-être et du développement équilibré d'un enfant, aide au logement, situation brutale de crise, prévention de l'exclusion sociale et renforcement de l'intégration sociale, problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, troubles mentaux ou autres traumatismes et maladies, problèmes dus à l'âge, autres difficultés touchant aux aptitudes fonctionnelles, soutien à apporter à d'autres membres de la famille et à des proches de l'usager. La nécessité de faire appel aux services sociaux est déterminée lors des premiers contacts avec l'usager. Un programme d'assistance est ensuite défini pour l'usager sur la

base de l'évaluation de ses besoins. Ce programme devra, par exemple, prévoir les services jugés nécessaires à la santé et au bien-être de l'intéressé, une estimation de la durée pendant laquelle celui-ci devra être suivi, ainsi qu'une répartition des tâches d'information et d'intervention entre les divers partenaires des différents secteurs appelés à coopérer. Les services sociaux proposés pour faire face aux besoins des usagers sont notamment les suivants : assistance sociale, orientation sociale, réadaptation sociale, assistance familiale, services à domicile, services de logement, services institutionnels, aide à l'exercice d'une activité physique, services liés à la prise en charge de la toxicomanie, assistance dans le domaine de la santé mentale, aide psychopédagogique et consultations familiales, contacts encadrés parents-enfants.

Le rapport ajoute que l'accès à certains services sociaux, tels que les services destinés aux personnes handicapées, constitue pour l'usager un droit subjectif. Outre le critère de résidence, l'admission à un service social est également dictée par le besoin individuel. La loi sur les services sociaux décrite plus haut vise à faire en sorte que tous puissent y avoir effectivement accès, dans des conditions d'égalité. Plusieurs projets phares menés par l'actuel Gouvernement vont dans ce sens. *Le « Programme de réforme des services d'aide à l'enfance et aux familles » vise principalement à mettre au point des outils fondés sur la connaissance qui puissent suivre de près le bien-être de l'enfant, à mesurer l'incidence que peuvent avoir sur lui certaines décisions et à poser des choix budgétaires tenant compte des besoins des enfants.*

La loi n° 734/1992 et le décret n° 912/1992 sur la participation financière des usagers aux services d'assistance sociale et médicale fixent le montant maximum des frais qui peuvent être réclamés à ce titre par les municipalités et dressent la liste des services dispensés gratuitement. Les tarifs des soins de longue durée sont modulés selon les revenus. Les municipalités sont libres d'appliquer des taux moins élevés ou de fournir certains services gratuitement. Elles ne sont pas autorisées à facturer les services à un taux supérieur à leur coût de production. La tarification de certains services publics est assortie d'un plafond par année civile au-delà duquel les usagers n'ont plus rien à payer. Les municipalités sont tenues de pratiquer des tarifs plus bas pour les services relevant de l'assistance sociale, ou de les dispenser gratuitement ; elles doivent par ailleurs déterminer les tarifs des soins de santé au vu de la capacité contributive des usagers, en s'assurant que cela ne grèvera pas leurs revenus ni ne les empêchera de s'acquitter de leurs éventuelles obligations alimentaires. Les tarifs sont réindexés tous les deux ans. La décision d'octroyer des services sociaux relève généralement de l'administration locale. En cas de désaccord, l'usager peut adresser une réclamation à l'unité ou à l'administration locale responsable dans un délai de 30 jours à compter de la date de notification de la décision. Il peut également faire appel de la décision de ce même organe auprès du Tribunal administratif dans un délai de 30 jours à compter de la date de notification de la décision. Les personnes gravement handicapées ont le droit de saisir la Cour suprême administrative d'un recours invoquant leurs droits subjectifs, sans avoir à demander une autorisation pour ce faire, comme c'est le cas pour d'autres types de dossiers. En cas de désaccord avec le prestataire de service quant à la qualité de la prestation, la législation prévoit d'autres recours, et il est aussi possible de saisir l'Agence administrative régionale de l'Etat ou le Médiateur.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le rapport suivant contienne des informations du Programme Kaste, un plan national de développement des services sociaux et médicaux mis en œuvre entre 2012 et 2015.

Le rapport indique que les objectifs dudit programme mis en oeuvre par le Gouvernement en février 2012 étaient de réduire les inégalités en matière de protection sociale et de santé, et d'organiser les structures et services correspondants dans l'optique des usagers. L'idée était de favoriser le bien-être physique, mental et social de l'ensemble de la population et de prévenir les problèmes plutôt que de concentrer les efforts sur leur traitement. Le

Programme a fait l'objet d'une évaluation externe, publiée en avril 2016. Ses auteurs relèvent que les services socio-sanitaires municipaux ont, au fil du programme, recentré leur approche pour prendre davantage en compte les usagers. Les évolutions positives se sont traduites par de nouveaux modèles d'intervention qui ont rendu l'accès aux services plus efficace et y ont mieux intégré les attentes des usagers. Le résultat le plus important réside sans nul doute dans le fait qu'il a contribué à intensifier les échanges intra et interrégionaux entre les acteurs en charge de la protection sociale et des soins de santé. Cela a incité les municipalités à se lancer dans une coopération multisectorielle qui aille au-delà des domaines couverts par le Programme Kaste.

Le rapport indique qu'aux termes de la résolution ministérielle de 2012 relative à la mise à disposition de logements individuels et de services destinés aux personnes porteuses d'un handicap mental, ces dernières sont en droit d'obtenir un logement similaire à ceux dont peuvent bénéficier les autres habitants de leur commune. La société doit leur donner la possibilité de vivre dans un logement individuel, plutôt que dans des institutions ou dans des structures d'accueil pour enfants. Les municipalités sont donc tenues de proposer des services individuels qui puissent remplacer les soins en institution. Le programme de logements pour personnes porteuses d'un handicap mental (KEHAS) a prévu un certain nombre de mesures qui ont été prises sur la période 2010-2015 pour réaliser cet objectif ; quelque 3 400 personnes souffrant d'un handicap mental ont ainsi pu bénéficier de nouvelles habitations construites à leur intention. Le programme entend faire en sorte que plus aucune personne porteuse d'un handicap mental ne réside en milieu institutionnel à l'horizon 2020.

Le rapport fait également état de l'adoption par le Gouvernement, en 2010, d'un nouveau Programme établissant la politique relative aux personnes handicapées (VAMPO) pour la période 2010-2015. Les mesures décrites dans le précédent rapport ont été pour la plupart menées à bien dans les délais.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 Finlande.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le rapport suivant dresse un état des lieux précis, en droit et en pratique, de la fourniture des services sociaux par des prestataires non publics.

Le rapport indique qu'en Finlande, le système d'aide sociale et de soins de santé repose sur les municipalités, qui bénéficient à cet effet de subventions de l'Etat. Des sociétés privées fournissent également des services, aux côtés du secteur public. La Finlande compte en outre un large éventail d'organismes d'aide sociale et de soins de santé qui proposent des services, dont certains sont payants et d'autres gratuits. Les municipalités sont en charge de l'organisation de l'aide sociale et des soins de santé. Elles peuvent assurer seules les services de base en la matière, ou s'allier à d'autres municipalités. Elles peuvent aussi acheter des services d'aide sociale et de soins de santé auprès d'autres municipalités, organismes ou prestataires privés (y compris les associations bénévoles). Les associations actives dans le domaine socio-sanitaire jouent un rôle important dans la fourniture et la mise en place de services destinés à des groupes spéciaux. En plus de leur offre de services, elles proposent des aides diverses et variées aux personnes en situation de besoin, notamment des formes de soutien par les pairs et des solutions favorisant l'intégration sociale.

Le rapport précise que l'Office finlandais des brevets et de l'enregistrement tient un registre des associations. Les organisations bénévoles doivent se faire enregistrer en qualité d'associations pour pouvoir agir comme personnes morales. En 2015, plus de 142 000 associations étaient inscrites audit registre et l'on estime que 10 000 d'entre elles exercent leurs activités dans le domaine des services socio-sanitaires. Les Agences administratives régionales de l'Etat fixent les orientations des services d'aide sociale et de soins de santé dispensés par les municipalités et le secteur privé, suivent leur action et évaluent la disponibilité et la qualité des services de base qu'offrent ces dernières. C'est à elles aussi que doivent s'adresser les prestataires privés pour obtenir leur agrément. L'instance compétente pour l'agrément et le contrôle des prestataires privés qui couvrent une zone plus large que celle dont est en charge une Agence administrative régionale de l'Etat est l'Autorité nationale de contrôle en matière d'action sociale et de soins de santé (Valvira). Les prestataires privés qui assurent des services sociaux de jour comme de nuit doivent solliciter un agrément auprès des autorités compétentes, produire un rapport annuel et rendre public un programme de contrôle interne régulièrement mis à jour destiné à garantir la qualité, la sécurité et le caractère approprié des activités d'aide sociale dont ils s'occupent. Tout prestataire privé de services sociaux assurés jour et nuit (qu'il poursuive ou non un but lucratif) doit remplir certaines conditions pour obtenir un agrément. Il doit disposer de locaux, d'équipements et d'effectifs adéquats et appropriés. Les effectifs doivent être suffisants pour répondre aux besoins que représentent le service proposé et au nombre d'usagers qui y ont recours. Il doit en outre être en mesure de faire face à ses obligations financières. Les prestataires qui dispensent des services sociaux non assurés jour et nuit sont tenus d'aviser la municipalité de la commune sur laquelle ils opèrent des services qu'ils proposent. Les municipalités en informeront ensuite les Agences administratives régionales de l'Etat, qui inscriront ces prestataires dans leur registre.

Le rapport indique par ailleurs que les services publics peuvent être externalisés et confiés, par exemple, à des entreprises privées ou à des organisations de la société civile. La décision de faire intervenir des services publics est généralement prise par des agents nommés par l'exécutif local, ce qui garantit l'égalité d'accès à tous ceux qui en ont besoin La loi relative à la non-discrimination interdit toute discrimination à raison de l'âge, de l'origine ethnique ou nationale, de la nationalité, de la langue, de la religion, de la croyance, des opinions, de la santé, du handicap, de l'orientation sexuelle et autres caractéristiques

personnelles. La Constitution garantit les droits civils individuels. Le Médiateur en charge de la non-discrimination est une personnalité indépendante et autonome qui a pour mission de faire progresser l'égalité et d'empêcher et combattre la discrimination sur tous les fronts.

Le rapport souligne que le dialogue entre les autorités d'une part, et les citoyens et organisations d'autre part, est un élément essentiel du processus d'élaboration des lois.Les parties prenantes et les groupes d'intérêts sont consultés lors de la rédaction des textes. Le Gouvernement a également mis en place plusieurs plateformes numériques qui encouragent la société civile et le public à participer à la politique en matière d'assistance sociale.Les services numériques permettent aux citoyens de prendre part aux processus décisionnels et donnent aux décideurs la possibilité d'être à l'écoute des citoyens et autres parties prenantes concernant les réformes envisagées.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Finlande 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 Finlande. En outre, il prend note des observations présentées en date du 5 avril 2017 par la Ligue finlandaise des Droits de l'Homme et la Société finlandaise des Droits Sociaux.

Cadre législatif

Le Comité relève dans le rapport que toutes les autorités locales s'étaient dotées, en 2014, d'un Conseil municipal du troisième âge. Il note également que le Ministère de l'Intérieur a, en 2014, publié un rapport sur les expériences des personnes âgées issue de minorités en matière de discrimination. Il demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet, ainsi que sur tous les autres projets et initiatives en la matière, y compris les résultats et mesures envisagées pour y remédier. N'ayant trouvé aucune information sur le Plan national, il demande que le prochain rapport fournisse des informations à ce sujet.

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 a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2015), demandé davantage d'informations sur la loi relative à l'égalité de traitement, pour autant qu'elle ait été adoptée. Le rapport indique que la loi anti-discrimination n° 21/2004, telle qu'amendée en 2014, proscrit toutes formes de discriminations fondées, entre autre, sur l'âge. La loi oblige, notamment, les autorités publiques quelles qu'elles soient à prendre, après évaluation, toutes les mesures nécessaires pour promouvoir l'égalité de traitement et prévenir toute forme de discrimination. Le Tribunal national de non-discrimination et de l'égalité et le Commissaire aux droits de l'Homme responsable des questions de non-discrimination veillent au respect de la loi.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le rapport indique que les lois n° 812/2000 et n° 785/1992 imposent l'information préalable de la personne âgée ainsi que le respect du consentement à l'acte, qu'il s'agisse d'un traitement médical ou d'un service social, pouvant, le cas échéant et si nécessaire, conduire à l'intervention d'un représentant légal ou de toute autre personne de confiance (proche parent ou autres) qui appuiera sa décision.

Le Comité rappelle avoir précédemment (Conclusions 2013) demandé des informations sur le suivi des propositions du groupe de travail. Le rapport indique que la proposition du gouvernement a expirée avant d'avoir pu être adoptée.

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 sociale 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. En particulier, le Comité examine les pensions à caractère contributif ou non contributif et les autres prestations pécuniaires complémentaires services 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 le système finlandais repose sur deux régimes de pensions : le régime de pensions professionnelles (*Työeläke)* et le régime des pensions universelles. Le régime universel prévoit une pension nationale (*Kansaneläke)* et une pension garantie (*Takuueläke)* versées aux personnes âgées de 65 ans et plus à faible revenu résident sur le territoire finlandais depuis au moins trois ans. Selon la base de données MISSOC, le montant total de la pension nationale (*Kansaneläke)* s'élevait à 564,96€ ou 636,63€ par mois, en 2015, selon que la personne vivait seule ou en couple. Le montant de la pension est ajusté proportionnellement à la durée de résidence du bénéficiaire et à ses revenus. Un retraité peut également, sous certaines conditions, bénéficier de la pension garantie (*Takuueläke)*. Le montant de la pension de garantie (*Takuueläke)* dépend du montant des autres pensions perçues par le bénéficiaire. La pension de garantie est servie à son taux maximum (743,38€ par mois en 2014, et 746,57€ par mois en 2015) lorsque le bénéficiaire ne perçoit pas d'autres pensions.

Le Comité relève également dans la base de données MISSOC que l'allocation de logement (*eläkkeensaajan asumistuki)* s'élevait en moyenne à 223€ par mois pour un ménage. L'allocation d'assistance (*Eläkettä saavan hoitotuki*) était, quant à elle, fixée à 62,48€, 155,53€ ou 328,87€ par mois en 2015, selon les besoins de l'intéressé.

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 11 881€ par an (ou 990€ par mois) en 2015. Le seuil de pauvreté fixé à 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 792 EUR par mois. Le Comité considère que le niveau de ressources garanties aux personnes âgées est conforme à la Charte sur ce point. Le Comité demande, néanmoins, à être informé dans le prochain rapport de tous nouveaux développements.

Le Comité a précédemment (Conclusions 2013) demandé quelles ont été les mesures prises pour améliorer le sort des personnes âgées de 65 ans et plus ayant des ressources inférieures à 40 % du revenu médian ajusté. Le rapport ne fournit aucune information. Le Comité constate cependant que, selon les données Eurostat, le nombre de personnes concernées a diminué par rapport aux chiffres de 2011, passant de 1 % à 0,7 % en 2015. Le Comité prend note de ce changement mais réitère tout de même sa question.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), demandé davantage d'informations sur la façon dont la Finlande évalue l'ampleur du problème, si tant est qu'il le fasse, et si des mesures législatives ou autres ont été prises ou sont envisagées dans ce domaine. Le rapport indique que la Finlande a adopté et fait publier guides et instructions afin de sensibiliser les personnes âgées et l'opinion publique, de façon générale, aux violences perpétrées à l'encontre des personnes âgées. Le rapport précise que l'association finlandaise des exploitants de jeux de hasard finance un projet de sensibilisation appelé "Root 2013-2017", réalisé par l'association "Suvanto – Pour un troisième âge en sécurité", en partenariat avec l'Association Oulu des foyers et des abris mères-enfants. Le Comité demande à être informé des résultats de ce projet dans le prochain rapport. Il demande également si la Finlande a adopté ou envisage d'adopter des programmes de formation dans ce domaine afin que les professionnels de santé soient à même de déceler les marques et situations de maltraitance.

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 renvoie à sa précédente conclusion pour un aperçu des principaux services de santé pour les personnes âgées (voir Conclusions XVII-2 (2005)).

Le Comité a précédemment (Conclusions 2013) demandé à être informé des résultats de l'éventuelle évaluation de l'efficacité du dispositif mis en place pour déterminer les besoins individuels des personnes âgées de plus de 80 ans. Le rapport indique que la loi sur les services pour les personnes âgées est entrée en vigueur le 1er juillet 2013. La loi impose toute une série d'obligations aux organismes décisionnels municipaux responsables de la protection sociale, notamment en termes de contrôle, d'organisation, d'accessibilité, de transparence et de financement. Les besoins en services d'une personne âgée doivent, selon l'article 15 de ladite loi, être évalués en sa présence et, si nécessaire, en présence des membres de sa famille ou d'un proche. Le rapport précise qu'une enquête sur la capacité des municipalités à évaluer les besoins des personnes âgées a été réalisée en 2014. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur cette enquête**,** ainsi que sur ses résultats.

Le rapport ajoute que les coûts des services à la charge des bénéficiaires sont déterminés par la loi n° 734/1992 relative aux frais de clientèle en matière de protection sociale et de soins de santé. Cependant, dans l'hypothèse où la redevance apparaît déraisonnable pour le bénéficiaire, elle peut être réduite ou levée.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le Comité note que les visites effectuées chez les personnes âgées dans le cadre de l'évaluation des besoins en service est aussi le moyen de les informer sur les services et facilités mis à leur disposition par la municipalité dans laquelle ils résident.

Le Comité rappelle que, dans ses décisions sur le bien-fondé du 4 décembre 2012, *The Central Association of Carers in Finland* contre Finlande, réclamations collectives n° 70/2011 et n° 71/2011, il a conclu à la violation de l'article 23 aux motifs que :

- une partie de la population âgée n'a pas accès aux allocations de prise en charge par des intervenants non professionnels ou à d'autres aides (réclamation 70/2011) en raison des pratiques autorisées par la législation ;

- la réglementation insuffisante des coûts des logements assistés et des logements assistés de jour comme de nuit, conjuguée au fait que la demande de services est supérieure à l'offre, n'est pas conforme aux exigences de l'article 23 de la Charte en ce sens que :

- il résulte de la diversité et de la complexité des politiques de facturation des incertitudes juridiques pour les personnes âgées qui ont besoin d'une prise en charge. Si les municipalités peuvent ajuster les coûts, il n'existe pas de garanties suffisantes qui permettent d'avoir l'assurance que les personnes âgées qui ont besoin de services en raison de leur état physique ont effectivement accès aux services requis par leur état.
- il est fait obstacle au droit à l'information sur les services et facilités disponibles pour les personnes âgées et la possibilité pour ces dernières, garantie par l'article 23 de la Charte (réclamation 71/2011), de les utiliser.

Le suivi de ces décision sera examiné par le Comité en 2018.

Logement

Selon le rapport, la Finlande poursuit sa politique de soutien au financement des logements de certains groupes de personnes, dont les personnes âgées. Outre, les subventions pour emprunt et à l'investissement (Conclusions 2013), la Finlande accorde des subventions pour la réparation et la rénovation des maisons des personnes âgées et handicapées.

Le Comité relève qu'en Finlande à peu près 90,5 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient chez elles en 2014, soit de manière autonome, soit en recourant à certains services (11,8 % d'entre elles recevaient régulièrement des services de soins à domicile et 4,5 % étaient couverts par des services de soins informels).

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé à être informé de l'impact du programme 2012-2015 sur la situation du logement des personnes âgées. Le rapport ne fournit aucune information sur ledit programme ni sur ses résultats. Il indique, toutefois, qu'un nouveau programme de développement pour le logement des personnes âgées 2013-2017 a été adopté. Le nouveau programme propose, entre autres choses, la réparation de bâtiments existant, la construction de nouveaux types logement, de logements protégés (services connexes compris) et le développement d'environnements propices aux logements pour personnes âgées.

Le Comité a également demandé à disposer d'informations et de statistiques plus détaillées afin d'évaluer la situation du logement des personnes âgées, en particulier si les logements sont adaptés aux besoins des seniors, et si l'offre est suffisante. Le Comité note que les informations fournies dans le rapport ne lui permettent pas d'évaluer l'offre par rapport à la demande, ni d'évaluer la qualité des logements vis-à-vis des spécificités des personnes âgées, de sorte qu'il réitère sa demande.

Soins de santé

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé à être informé des avancées du projet de loi sur le soutien des capacités fonctionnelles des seniors et les services sociaux et de santé pour les personnes âgées. Selon le rapport, la loi n° 980/2013 sur les services pour les personnes âgées, complétée d'une recommandation, oblige les autorités locales à fournir, outre les services sociaux, les soins de santé de qualité adaptés aux besoins des personnes âgées. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations mises à jour sur les programmes et services de soins spécialement axés sur les personnes âgées ; les services de soins palliatifs pour personnes âgées et les programmes de santé mentale pour les personnes atteintes de démence et autres maladies connexes.

Soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé si la disponibilité des facilités institutionnelles et des services alternatifs pour les personnes est suffisante, si les coûts de ces facilités est supportable ou s'il existe des aides financières, et comment la qualité de ces services est assurée. Selon le rapport, la Finlande entend limiter la prise en charge de type institutionnelle, lui préférant les soins à domicile, soins informels et services ambulatoires. Pour ce faire, la Finlande a fait adopter la loi n° 980/2013 sur les services pour les personnes âgées**,** ainsi qu'un programme de politique structurelle, qui a, par la suite été complété par un programme de développement des logements pour personnes âgées 2013-2017, un projet gouvernemental d'amélioration des soins à domicile pour personnes âgées et de soutien aux aidants (aides-soignants) informels ainsi que par des réformes législatives en la matière.

Le Comité note, d'après le rapport que, en 2014, une infime partie des personnes âgées est hébergée en établissement de longue durée, qu'il s'agisse de logements assistés de jour comme de nuit avec prise en charge 24h/24 (6,7 %), structures médicalisées de prise en charge de longue durée (2,6 %) ou des hôpitaux (0,4 %).

Le rapport indique également que les Agences Administratives Régionales de l'État guident et contrôlent les services sociaux et soins de santé dispensés par les municipalités ou entreprises privées**,** ainsi que les compétences de leur personnel. Ils évaluent également la disponibilité et la qualité des services fournies par les municipalités. Le Comité demande à ce que davantage d'informations lui soient fournies à cet égard.

Le Comité constate, par ailleurs, que le rapport ne répond pas aux autres questions posées, de sorte qu'il les réitère.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Finlande, ainsi que des informations fournies dans les observations communiquées le 5 avril 2017 par la Ligue finlandaise des droits de l'homme et la Finnish Society of Social Rights.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le principal indicateur utilisé pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Cela correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, qui est fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Le Comité relève que, selon les données Eurostat, le pourcentage de la population menacée de pauvreté (la limite étant fixée à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) était de 12,4 % en 2015, chiffre en léger recul par rapport à 2012 (13,2 %) et nettement inférieur à la moyenne pour les pays de l'UE (17,2 %). Toujours selon Eurostat, le taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux était de 26,8 % en 2015, taux très légèrement supérieur à la moyenne observée pour les 28 pays de l'UE (25,9 %). L'indicateur clé de pauvreté du Semestre européen était de 16,8 % en 2015, contre 17,2 % en 2012.

Le Comité prend note des explications contenues dans le rapport concernant la production permanente d'indicateurs et de statistiques (sur la répartition des revenus, sur les adolescents, sur les sans-abri et sur d'autres catégories vulnérables, par exemple) qui ont trait aux conditions de vie de la population et dont disposent les décideurs pour définir les objectifs stratégiques du Gouvernement.

Le Comité constate d'une part que les taux globaux de pauvreté sont relativement bas et ont même reculé durant la période de référence, mais observe aussi que, selon le rapport 2017 relatif à la Finlande établi par le Semestre européen (SWD(2017)91 final), l'écart de pauvreté demeure important pour les groupes de population nés hors de l'UE comparativement au reste de la population (taux de risque de pauvreté : 23,3 %). Le Comité demande que le prochain rapport indique quelles mesures spécifiques ont été prises pour faire face à la situation que connaissent ces catégories de population.

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

Le Comité prend note des mesures législatives adoptées en 2014 en vue de lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. La loi relative aux services conjoints multisectoriels en faveur de l'emploi a pour objectif d'aider les chômeurs de longue durée à trouver du travail. La loi anti-discrimination vise quant à elle à offrir une protection contre tous types de discrimination. La nouvelle loi régissant l'aide sociale accorde une attention particulière aux jeunes menacés d'exclusion sociale.

Le Comité relève dans le rapport que le Gouvernement a, en 2013, ménagé dans l'indemnité de chômage et l'allocation générale de logement une fraction de 300 euros par mois qui reste acquise aux bénéficiaires afin d'encourager l'exercice d'un emploi à temps partiel plutôt que le maintien au chômage.

Selon le rapport d'évaluation de la protection sociale de base offerte en Finlande sur la période 2011-2015, plusieurs changements intervenus durant les années précitées ont eu pour effet d'améliorer le niveau de sécurité sociale. Le montant des indemnités de chômage et des allocations de logement a ainsi été majoré en 2012.

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale a été l'une des trois priorités du Programme gouvernemental 2011-2015. Un programme transversal qui intéresse neuf ministères a notamment été lancé. Articulé autour de sept thèmes et 35 projets prioritaires, il est piloté par le ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Le Comité prend note des mesures décrites dans le rapport qui portent plus spécialement sur la lutte contre la pauvreté au sein de catégories hautement vulnérables telles que les jeunes, les personnes handicapées et les Roms.

Cela étant, le Comité demande que le prochain rapport explique comment les diverses mesures sont coordonnées, y compris au niveau de la fourniture des services. Il demande si le ministère des Affaires sociales et de la Santé consulte d'autres ministères pour définir une politique globale et coordonnée comme indiqué à l'article 30 de la Charte. Il demande en outre toutes informations utiles concernant le dialogue engagé avec la société civile ainsi qu'avec les personnes directement touchées par la pauvreté et l'exclusion sociale (voir Conclusions 2013, Observation interprétative de l'article 30).

Il relève d'autre part dans les observations communiquées par la Ligue finlandaise des droits de l'homme et la Finnish Society of Social Rights concernant le rapport soumis par le Gouvernement que le droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale n'est pas un objectif prioritaire du Gouvernement et que la Finlande ne sera pas en mesure d'atteindre l'objectif énoncé dans la Stratégie Europe 2020, à savoir réduire de 150 000 le nombre de personnes en situation de pauvreté à l'horizon 2020. Ces mêmes associations affirment que le Gouvernement n'a procédé à aucune évaluation préalable de l'incidence que les coupes opérées dans les prestations sociales pourraient avoir sur diverses catégories de la population telles que les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées ou autres groupes minoritaires.

Le Comité observe par ailleurs que, dans l'évaluation des rapports nationaux et les propositions par pays de recommandations pour 2017 (Fiche Pays Finlande), le Réseau européen anti-pauvreté recommande principalement de revoir à la hausse le montant des prestations de base servies au titre de la garantie des revenus, de construire des logements d'un coût plus abordable, en particulier dans les grandes villes, d'améliorer la situation des familles aux revenus modestes et des personnes âgées, de s'attaquer au problème persistant du chômage de longue durée et de réduire les inégalités en matière de santé.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur ces divers commentaires.

Enfin, le Comité renvoie aux constats de non-conformité formulés au titre d'autres dispositions de la Charte qui entrent en ligne de compte dans son évaluation de la conformité au regard de l'article 30 (voir les Conclusions 2013 et l'Observation interprétative de l'article 30). Il fait plus particulièrement référence à l'article 12§1 et à sa conclusion selon laquelle le niveau minimum de plusieurs prestations de sécurité sociale (maladie, vieillesse, chômage et maternité) est insuffisant (Conclusions 2017) ainsi qu'à l'article 13§1 et sa conclusion qui considère que le montant de l'assistance sociale, comprenant l'assistance de base et toutes les prestations complémentaires qui pourraient s'appliquer, n'est pas suffisant et constate que l'octroi de l'assistance sociale aux ressortissants des autres États parties est soumis à une condition de durée de résidence de quatre ans (Conclusions 2017).

Le Comité renvoie également à la décision qu'il a rendue le 9 septembre 2014 sur le bien-fondé de la réclamation n° 88/2012 Finnish Society of Social Rights c. Finlande, dans laquelle il a estimé que le niveau de plusieurs prestations de sécurité sociale et d'assistance sociale était manifestement inférieur au seuil de pauvreté, en violation des articles 12§1 et 13§1 respectivement. Le Comité a estimé, dans ses Constats 2015, qu'il n'avait pas été remédié à ces violations. Le prochain examen du suivi de la décision rendue dans la réclamation précitée aura lieu en 2018.

Néanmoins, sur la base des informations dont il dispose, qui font notamment apparaître des taux de pauvreté relativement bas, des transferts sociaux aux effets positifs supérieurs à la moyenne ainsi qu'une hausse, durant la période de référence, des dépenses de l'Etat consacrées à la protection sociale (passées de 23,8 % du PIB en 2012 à 25,6 % en 2015,

soit le pourcentage le plus élevé de tous les Etats membres de l'UE (19,2 % en moyenne)), le Comité considère que la situation demeure conforme à l'article 30.

Contrôle et évaluation

Le rapport indique que l'Institut national de la santé et de la protection sociale est tenu de dresser tous les quatre ans un bilan de l'adéquation de la sécurité sociale de base en Finlande, en application de la loi de 2010 relative à l'indice national des pensions. Les rapports qu'il a ainsi publiés en 2011 et 2015 et les informations qu'ils contiennent, fondées sur des travaux de recherche, ont été utilisés par les décideurs.

Le Comité demande si d'autres institutions participent à l'évaluation des politiques visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et renvoie à la question posée plus haut concernant l'implication de la société civile et des personnes directement touchées par la pauvreté et l'exclusion sociale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Finlande est conforme à l'article 30 de la Charte.

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 1er 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 1er 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 à 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 prévue 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 les 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 opérés 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 fournisse 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 1er 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 règlementations 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 pout 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/cm^3 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 1er 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'empoussièrement, aux conditions de contrôle du respect de la valeur limite d'exposition professionnelle aux fibres d'amiante et aux conditions d'accréditation des organismes procédant à ces mesurages. 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 réalisés 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 bâtis.

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 et18, 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 a 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 de sécurité 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 et2013. 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 lombalgies 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 règlementation 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 1er 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 1er 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-puerpéral (grossesse et jusqu'a 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 sante 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 XXIe 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 précédant 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 précédant 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 1er 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 CLEISS 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 bénéficier 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 2e 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 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse 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 entrainent 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 a 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 fournisse 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 1er 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 (8ème 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 8ème 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 pauverté 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 minorée 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'État. 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 iso-ressources (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 recommendations 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 Comite 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 fournisse 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 367 % 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 ç.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 inclues 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.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

GEORGIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Géorgie, qui a ratifié la Charte le 22 août 2005. L'échéance pour remettre le 10e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Géorgie l'a présenté le 7 décembre 2016. Le 8 juin 2017, une demande d'informations supplémentaires concernant les articles 7§9, 27§1 et 27§2 a été adressée au Gouvernement qui n'a pas transmis de réponse.

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 Géorgie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 3, l'article 12§§2 et 4, l'article 13, l'article 23 et l'article 30.

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

Les Conclusions relatives à la Géorgie concernent 7 situations et sont les suivantes :

– 3 conclusions de conformité : articles 12§3, 14§1 et 14§2,

– 4 conclusions de non-conformité : articles 11§1, 11§2, 11§3 et 12§1.

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

Article 12§3

- Le pourcentage de la population résidente ayant accès aux soins de santé a considérablement augmenté grâce au Programme instituant une couverture maladie universelle lancé en février 2013 : de 29,5 % en 2010, il a atteint 100 % en 2013. Ledit Programme offre une couverture médicale de base qui englobe les soins programmés et les interventions d'urgence en régime ambulatoire et en régime hospitalier, y compris les services d'oncologie et de maternité (voir les informations fournies dans le rapport national pour l'article 11) ;
- La durée du congé de maternité rémunéré a été portée, en 2013, de 126 à 183 jours (et de 140 à 200 jours en cas de complications), le montant minimal des prestations de maternité étant quant à lui passé de 600 à 1 000 GEL (382 € au taux en vigueur le 31/12/2015).

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des enfants et des adolescents à la protection – rémunération équitable (article 7§5),
- droit des enfants et des adolescents à la protection – contrôle médical régulier(article 7§9),
- droit des travailleuses à la protection de la maternité- interdiction des travaux dangereux, insalubres ou pénibles (article 8§5),
- droit des enfants et des jeunes à une protection sociale, juridique et économique – assistance, éducation, formation (article 17§1),
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – aide et information sur les migrations (article 19§1),

- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – Collaboration entre les services sociaux des états d'émigration et d'immigration (article 19§3),
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – égalité en matière d'emploi, de droit syndical et de logement (article 19§4),
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – regroupement familial (article 19§6),
- droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement – participation à la vie professionnelle (article 27§1),
- droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement – congé parental (article 27§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté les conclusions suivantes :

- 1 conclusion de conformité : article 19§3,

- 8 conclusions de non-conformité : articles 7§5, 7§9, 8§5, 17§1, 19§1, 19§4, 19§6 et 27§1,

- 1 ajournement : article 19§11.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 – travail librement entrepris (non-discrimination, interdiction du travail forcé, autres aspects) (article 1§2),
- droit au travail – orientation, formation et réadaptation professionnelles (article 1§4),
- droit à la formation professionnelle – apprentissage (article 10§2).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 30 octobre 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.

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 Géorgie.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance était de 74,4 ans (moyenne pour les deux sexes) en 2015 (contre 73,77 ans en 2009). Elle demeurait donc peu élevée par rapport aux autres pays européens. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance dans l'UE des 28 était estimée à 80,6 ans en 2015.

Le rapport précise que, selon les données fournies par le Bureau national des statistiques, le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) était de 13,2 en 2014 et en 2015, de 10,8 en 2013 et de 11 en 2012. Le rapport ajoute que les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires et le cancer, suivis par les maladies des systèmes respiratoire et digestif, les accidents, les empoisonnements et d'autres sources externes. Le Comité demande quelles mesures sont prises pour lutter contre les causes majeures de décès prématurés.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a consideré la situation non conforme à l'article 11§1, au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle étaient insuffisantes (Conclusions 2013).

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, le Comité a précédemment noté qu'il avait considérablement augmenté. En effet, il avait fait un bond de 14,4 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008 à 27,58 en 2011 (avec un pic de 52,1 en 2009) (Conclusions 2013). Le présent rapport souligne que la Géorgie a fortement réduit le taux de mortalité maternelle, le faisant passer de 49,2 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 31,1 en 2013. Le Comité note que, d'après les données de l'OMS, le taux de mortalité maternelle était estimé en 2015 à 36 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ces taux sont nettement supérieurs à la moyenne des autres pays européens, et le taux relevé en 2015 était l'un des plus élevés d'Europe.

Le Comité a précédemment noté que le taux de mortalité infantile avait légèrement reculé, puisqu'il était passé de 14,1 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2007 à 11,2 en 2010 (Conclusions 2013). Le rapport précise que, selon les statistiques officielles de l'État civil (GeoStat), la Géorgie a considérablement réduit le taux de mortalité des moins de cinq ans, qui est passé de 24,9 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 11 en 2015. Le Comité relève dans les données de l'OMS que le taux de mortalité des moins de 5 ans était en 2015 de 11,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, ce qui demeurait élevé par rapport aux autres pays européens. Le taux de mortalité infantile est estimé par l'OMS/Europe à 11 décès pour 1 000 naissances vivantes. Il relève par ailleurs dans la base de données Eurostat que le taux de mortalité infantile de la Géorgie était de 11,1 en 2013 et de 9,5 en 2014, alors que la moyenne pour les 28 Etats membres de l'UE était de 3,7 pour 1 000 naissances vivantes en 2013/2014.

Le rapport ajoute que 87,5 % des décès d'enfants continuent de survenir pendant les premières années de vie, et que la situation a peu évolué depuis 2000, où 90 % des décès d'enfants survenaient chez les moins de 5 ans. De plus, 66,7 % des décès d'enfants seraient dus à des complications périnatales, la mortinatalité étant la principale cause de mortalité périnatale (73,6 %). Le rapport précise que, d'après les données de l'OMS, le ratio entre mortinatalité et mortalité néonatale précoce ne devrait pas excéder 1,2, or ce ratio atteignait 2,6 en 2015 en Géorgie.

Le Comité prend note des mesures, énoncées dans le rapport, que le Gouvernement a prises pour améliorer la situation, essentiellement par le biais du programme consacré à la santé maternelle et infantile, qui est l'une des priorités de la Stratégie nationale 2014-2020 en faveur du système de soins de santé, et notamment de la mise en place d'un système de

déclaration des décès maternels et infantiles permettant d'améliorer leur comptabilisation et leur enregistrement. Le rapport souligne que le programme de santé maternelle et infantile prévoit des visites dans le cadre de l'observation prénatale, le dépistage de l'hypothyroïdie, de la phénylcétonurie, de l'hyperphénylalaninémie et de la mucoviscidose chez les nouveau-nés, le dépistage des maladies génétiques pendant la grossesse, et une prise en charge hospitalière adaptée des femmes présentant une grossesse à risques, des femmes qui accouchent et des femmes qui viennent d'accoucher. Afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des services périnataux, un processus de régionalisation desdits services a été engagé en 2015 dans deux régions (Iméréthie et Ratcha-Létchkhoumie) et étendu en 2016 aux régions de Tbilissi et du Bas-Kartli. Le processus de régionalisation des services périnataux sera achevé dans l'ensemble du pays en 2018. Le rapport ajoute qu'en 2016 (hors période de référence), un système électronique a été mis en place pour suivre l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés depuis la première visite prénatale jusqu'à la naissance de l'enfant.

Le Comité prend note des réformes engagées et des mesures prises pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Il demande à être tenu informé de la mise en œuvre de ces mesures et de leurs effets sur la baisse des taux de mortalité maternelle et infantile. Il demande également des données actualisées sur l'évolution des taux de mortalité, ainsi que sur tout fait nouveau observé dans ce domaine. Il constate cependant que la situation s'est peu améliorée depuis la précédente période de référence. C'est pourquoi, compte tenu de l'augmentation du/du fort taux de mortalité maternelle et de la persistance d'un taux élevé de mortalité infantile, le Comité considère que les mesures prises dans ce domaine sont insuffisantes et renouvelle son précédent constat de non-conformité sur ce point.

Accès aux soins de santé

Le Comité a précédemment jugé la situation de la Géorgie non conforme à l'article 11§1 de la Charte, au motif que les paiements directs en général et le coût des médicaments en particulier représentaient une charge trop lourde pour les individus et faisaient de ce fait obstacle à l'accès universel aux soins de santé (Conclusions 2015). Il a noté à cette occasion que, malgré la réforme engagée en février 2013 en vue de mettre en place un régime de couverture maladie universelle, les dépenses de soins de santé à charge des patients, en particulier pour les médicaments, demeuraient très élevées et que la couverture maladie universelle ne prenait en charge qu'une part très modeste du coût des médicaments (Conclusions 2015).

Le rapport précise que, grâce à la réforme, 100 % de la population bénéficiait de la couverture maladie financée par les pouvoirs publics en 2013, alors que ce pourcentage n'était que de 40 % en 2012 et de 29,5 % en 2010. Le régime de couverture maladie universelle offre une couverture médicale de base qui englobe les soins programmés et les interventions d'urgence en régime ambulatoire et en régime hospitalier, y compris les services d'oncologie et de maternité. D'après le rapport, la plupart des bénéficiaires de la couverture maladie universelle n'avaient aucune couverture santé avant la réforme. Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant les programmes de santé publique et les traitements mis en place dans le cadre de la lutte contre l'hépatite C, le cancer du sein, la tuberculose, le VIH/SIDA et les maladies mentales.

Le Comité note que, d'après les résultats de l'enquête réalisée en 2014 concernant l'utilisation des soins de santé et les dépenses afférentes, les Géorgiens sont désormais davantage disposés qu'en 2010 à consulter un prestataire de soins de santé lorsqu'ils sont malades, les freins financiers qui faisaient obstacle à l'accès aux soins ont diminué, notamment pour les consultations externes et les soins hospitaliers, et les usagers ont une meilleure expérience du système de santé. Le rapport précise que la proportion de patients ayant indiqué qu'ils s'attendaient à payer leur consultation avec un médecin dans la structure de santé le plus proche a été réduite de moitié entre 2010 et 2014, cette proportion

étant passée de 73,7 % en 2010 à 35,6 % en 2014. Cette baisse est particulièrement importante dans les zones urbaines.

Le Comité relève par ailleurs dans les rapports de l'OMS que les dépenses publiques restent faible en Géorgie par rapport à la plupart des pays de la région européenne de l'OMS (7 % du PIB selon les estimations de l'OMS), tandis que les dépenses à charge des patients demeurent élevées (rapport relatif à la réunion tenue à Tbilissi le 24 juin 2015 en vue d'examiner les résultats de l'enquête sur l'utilisation des soins de santé et les dépenses afférentes). Selon l'analyse validée par l'OMS/Europe, les dépenses de médicaments à charge des patients sont la source la plus importante de difficultés financières pour la population géorgienne.

Le Comité prend note de la réforme du système de santé menée dans le cadre de la mise en place d'une couverture maladie universelle et des mesures prises par la Géorgie pendant la période de référence. Il semble toutefois que les dépenses de médicaments à charge des patients demeurent élevées. Le Comité rappelle que le droit à l'accès aux soins de santé exige notamment que le coût des soins de santé soit à la charge, à tout le moins partiellement, de la collectivité dans son ensemble (Conclusions I, 1969, Observation interprétative relative à l'article 11) et ne représente pas une charge excessive pour l'individu concerné. Les paiements directs ne doivent pas constituer la principale source de financement du système de santé (Conclusions 2013, Géorgie). À cette fin, des mesures visant à atténuer les effets de la participation financière des patients, en particulier ceux issus des catégories défavorisées de la population, doivent être prises (Conclusions XVII-2 (2005), Portugal).

Le Comité demande si les réformes engagées ont réduit le coût des médicaments pour la population dans son ensemble et plus particulièrement pour les groupes vulnérables et les personnes souffrant de maladies chroniques. Il demande également si de nouvelles lois/réformes portant sur les médicaments sont envisagées en ce sens. Enfin, il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les paiements à charge des patients. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Le Comité rappelle que le droit à l'accès aux soins de santé implique aussi que les modes d'accès aux soins n'entraînent pas des retards indus dans la fourniture des soins. Il demande donc une nouvelle fois que le prochain rapport fournisse des informations sur les règles applicables à la gestion des listes d'attente, ainsi que des statistiques sur les délais d'attente moyens pour l'obtention de soins de santé. Le Comité souligne que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Géorgie soit conforme à la Charte sur ce point.

Dans son précédent examen de l'article 11, le Comité a demandé s'il existait des structures de réadaptation pour les toxicomanes et quel était l'éventail des possibilités et traitements offerts (Conclusions 2009, 2013). Il a demandé que ces informations figurent également dans le prochain rapport (Conclusions 2013). Le rapport précise que, dans le cadre du programme de prévention de la toxicomanie, les toxicomanes bénéficient de traitements de substitution, d'une surveillance médicale et de cures de désintoxication à l'hôpital à des fins de réadaptation. Le rapport ajoute que le plan d'action intersectoriel 2014-2015 a été adopté par le Conseil interinstitutionnel de coordination de la lutte contre la toxicomanie lors de la réunion du Conseil le 4 décembre 2013. Toutes les institutions qui participent au processus de mise en œuvre élaborent des rapports trimestriels sur l'exécution du plan d'action 2014-2015. Le Comité demande à être informé des résultats dudit plan d'action. Il demande si les mesures prises ont amélioré la situation des toxicomanes, ainsi que les structures et traitements disponibles.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins de santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures permettant de favoriser la guérison des patients qui s'en sont atteints.

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 des personnes transgenres, le Comité a reçu les conclusions de l'Association Lesbienne & Gay Internationale (ILGA) Europe, qui indiquent que, dans la pratique, la Géorgie impose des traitements médicaux, en particulier la stérilisation forcée, aux personnes transgenre pour la reconnaissance juridique de leur sexe. L'association affirme aussi que les autorités ne fournissent pas les équipements nécessaires aux traitements de conversion sexuelle et ne s'assurent pas que l'assurance-maladie couvre tout ou partie de ces traitements médicalement nécessaires au nom de la non-discrimination. Le Comité a invité le Gouvernement à faire part de ses commentaires sur ce sujet (Conclusions 2013), mais le rapport n'aborde pas cette question. Le Comité prend note des observations présentées par Transgender Europe et l'ILGA (Région Europe) concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent cycle de contrôle, dont il ressort que la Géorgie fait partie des pays qui subordonnent la reconnaissance juridique de l'identité de genre à une stérilisation. Par conséquent, il réitère sa demande d'informations sur ce sujet.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle sont insuffisantes.

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 Géorgie.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité a précédemment noté que les campagnes d'information destinées à prévenir et contrôler les maladies chroniques étaient menées par des agences de santé publique. Ces campagnes portaient sur la prévention et le contrôle du VIH, de la tuberculose, du tabagisme et de la toxicomanie. Le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur l'ensemble des activités mises en œuvre par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (Conclusions 2013).

Le rapport souligne que le Plan national d'action pour la lutte contre le tabagisme prévoit notamment les mesures suivantes : campagnes éducatives sur le tabac, programmes éducatifs sur le tabagisme dans l'enseignement secondaire et supérieur, et campagnes de sensibilisation en collaboration avec le ministère des Sports et de la Jeunesse, les chaîne de radiodiffusion du secteur public et d'autres institutions concernées. Le Comité demande des informations sur la mise en œuvre de ces mesures.

Le Comité rappelle que l'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de la politique en matière de santé publique. Les activités peuvent être plus ou moins développées selon les problèmes de santé publique les plus importants dans le pays (Conclusions 2007, Albanie). Des mesures doivent être prises afin de prévenir les comportements nocifs – tabagisme, consommation excessive d'alcool et usage de drogues – et d'encourager le développement du sens de la responsabilité individuelle, au sujet notamment des questions d'alimentation saine, de sexualité, ou encore d'environnement (Conclusions XV-2, la République slovaque). Par conséquent, le Comité renouvelle sa demande d'informations concernant les activités concrètes/spécifiques – campagne/initiatives éducatives ou de sensibilisation – entreprises par les services publics de santé ou d'autres organes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies. Il souligne que dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

S'agissant de l'éducation à la santé dans les écoles, le rapport précise qu'en application du Plan 2011-2016 relatif à l'éducation nationale, l'éducation à la santé est dispensée dans le cadre de différentes matières et activités (sciences naturelles, biologie, chimie, sciences sociales, sport et rencontres enseignants-élèves). Le Comité prend note de la description détaillée des questions de santé abordées dans le cadre de chacune des matières susmentionnées. Il note que les réunions de supervision avec les élèves portent sur les sujets suivants : les modes de vie sains, l'hygiène personnelle, les sources de propagation des maladies, l'alimentation saine, la gestion du temps, l'organisation de la journée, l'importance du sport, les dangers des mauvaises habitudes.

Le Comité rappelle que les États parties doivent s'assurer que l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires, que les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif, que la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante – il faut, en particulier, s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique – et qu'une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (Centre international pour la protection juridique des droits de l'homme (INTERIGHTS) c. Croatie – Réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphes 46 – 47). Le Comité

demande que le prochain rapport indique si une éducation sexuelle et génésique est proposée dans les établissements scolaires de Géorgie et sous quelle forme.

Consultation et dépistage des maladies

Dans ses précédentes conclusions, le Comité a jugé que la situation de la Géorgie n'était pas conforme à cette disposition, au motif que les mesures de consultation et de dépistage pour les femmes enceintes et les enfants n'étaient pas suffisantes (Conclusions 2009, Conclusions 2013).

Le rapport précise que l'une des principales priorités de la Stratégie nationale 2014-2020 en faveur du système de soins de santé est d'améliorer la santé maternelle et infantile. Le rapport ajoute que le ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales de Géorgie met en œuvre un programme national pour la santé maternelle et infantile, qui finance quatre visites prénatales.

Le rapport indique par ailleurs que des dépistages prénataux sont effectués afin de déceler les cas de contamination par le VIH, d'hépatite B et de syphilis, et que des examens plus approfondis sont pratiqués sur les femmes enceintes dont le dépistage a révélé une maladie. Dans le cadre du programme de santé maternelle et infantile, des services de surveillance prénatale sont mis à disposition de tous, ainsi que des services médicaux pour les femmes enceintes et les parturientes.

D'après les données fournies dans le rapport, le taux de mortalité maternelle a été ramené de 49,2 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 31,1 en 2013. Le rapport ajoute qu'en 2015, le ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales a engagé un processus de régionalisation des services périnataux dans deux régions, qui sera étendu à l'ensemble du pays à l'horizon 2018. Par ailleurs, il est prévu de mener un projet pilote de visites à domicile permettant la détection précoce des retards de développement avant l'âge de 3 ans et l'orientation en temps utile des cas repérés vers les établissements médicaux compétents.

Le Comité rappelle que des consultations et dépistages gratuits et réguliers doivent exister pour les femmes enceintes et les enfants et être répartis sur tout le territoire (Conclusions 2005, République de Moldova). Le Comité a noté dans ses conclusions relatives à l'article 11§1 que les taux de mortalité maternelle et infantile demeuraient élevés dans le pays. Par exemple, selon les données de l'OMS pour 2015, le taux de mortalité infantile était de 11 décès pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité maternelle était de 36 décès pour 100 000 naissances vivantes. Vu ces taux de mortalité élevés, le Comité considère que les services prénataux et les consultations pour les femmes enceintes n'ont pas été suffisamment améliorés. Par conséquent, il maintient son constat de non-conformité sur ce point.

Le Comité a en outre rappelé qu'une surveillance médicale gratuite devait être organisée tout au long de la scolarité. Il a par conséquent demandé que le prochain rapport fournisse des informations à ce sujet, en précisant la fréquence des examens médicaux à l'école, leurs objectifs, la proportion d'élèves concernés et les ressources en personnel (Conclusions 2013). En l'absence de réponse dans le rapport, le Comité renouvelle sa question et considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité rappelle également qu'en vertu de cet article, des dépistages des maladies responsables des taux élevés de mortalité prématurée dans le pays doivent être organisés, si possible systématiquement (Conclusions 2005, République de Moldova). La prévention par le dépistage doit contribuer effectivement à l'amélioration de la santé de la population.

Dans ses Conclusions 2013, en l'absence de toute information sur les services de conseil et de dépistage destinés à l'ensemble de la population, le Comité a jugé la situation non conforme à l'article 11§2 de la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que la prévention par le dépistage soit utilisée pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population. Le

Comité a réexaminé son constat de non-conformité motivé par un manque répété d'informations dans ses Conclusions 2015, et a considéré que, aucune information n'ayant été fournie concernant les programmes de dépistage des maladies constituant les principales causes de décès menés à l'échelle nationale, la situation demeurait non conforme à la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que la prévention par le dépistage soit correctement utilisée pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population (Conclusions 2015).

Le rapport précise que, dans le cadre du programme national de dépistage précoce des maladies, les programmes de dépistage du cancer suivants ont été mis en œuvre : (i) dépistage du cancer du sein pour les femmes de 40 à 70 ans ; (ii) dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 25 à 60 ans ; (iii) dépistage du cancer de la prostate pour les hommes de 50 à 70 ans ; (iv) dépistage du cancer colorectal pour les hommes et les femmes de 50 à 70 ans.

Le rapport ajoute qu'en application du programme de sécurité épidémiologique, des activités de dépistage et de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles sont menées auprès des enfants et des adultes dans le cadre des soins de santé primaire qui leur sont dispensés. Le programme susmentionné prévoit une surveillance des maladies sexuellement transmissibles, de l'HBsAg, de l'antiHBc et de l'antiHCV, des maladies non associées, de l'hépatite virale et de ses facteurs de risques. Les infections nosocomiales, les maladies diarrhéiques, l'encéphalite (manning encephalitis) et la fièvre hémorragique ont fait l'objet d'un suivi pendant deux ans.

Le Comité prend également note des informations fournies dans le rapport concernant les mesures visant à lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et la malaria et à prévenir ces maladies. Cependant, il a précédemment noté que les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardio-vasculaires et respiratoires étaient élevés (Conclusions 2013). Le Comité renouvelle sa demande d'informations précises sur les programmes de dépistage de masse pour ces maladies. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif que les mesures de consultation et de dépistage pour les femmes enceintes et les enfants ne sont pas suffisantes.

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 Géorgie.

Environnement sain

Le Comité a précédemment noté que la loi de 1996 sur la protection de l'environnement constituait le cadre juridique en matière de protection environnementale. Des lois spécifiques avaient aussi été adoptées en relation avec la protection de la qualité de l'air, la sécurité de l'eau, la protection de la population contre les risques liés aux radiations ionisantes et à l'amiante, ainsi que dans le domaine de la sécurité alimentaire (Conclusions 2013). Le Comité a demandé des informations sur les structures institutionnelles à même de mettre en œuvre la législation susmentionnée, ainsi que sur les niveaux de pollution atmosphérique et les cas de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire pendant la période de référence, afin d'évaluer si la tendance était à l'augmentation ou à la baisse (Conclusions 2013).

Le rapport se contente d'énumérer un certain nombre de règlements approuvant des règlements techniques portant sur les substances dangereuses dans l'atmosphère, les radiations ionisantes, les substances radioactives, les normes de sûreté radiologiques, les règles et les normes de la chaîne alimentaire, la collecte des déchets, le stockage et le traitement des substances thérapeutiques et prophylactiques, les décharges, etc. Le Comité demande une nouvelle fois que le rapport fournisse des informations sur les mesures concrètes prises dans le domaine de la protection de l'environnement, sur le cadre législatif et réglementaire en matière environnementale, ainsi que sur les niveaux de pollution atmosphérique, la gestion des déchets, la contamination de l'eau, la sécurité alimentaire et les évolutions survenues dans ces domaines pendant la période de référence. Il souligne que dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation de la Géorgie n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que des mesures adéquates avaient été prises pour assurer l'accès à l'eau potable dans les zones rurales (Conclusions 2015).

Le rapport dresse une nouvelle fois la liste des diverses résolutions adoptées en 2014 dans le domaine de l'assainissement et de l'hygiène, dont plusieurs concernent l'eau, à savoir la résolution n° 58 du 15 janvier 2014 relative à l'eau potable, la résolution n° 73 du 15 janvier 2014 relative au système d'approvisionnement en eau, la résolution n° 62 du 15 janvier 2014 relative à la désinfection du réseau d'approvisionnement en eau et la résolution n° 425 du 31 janvier 2014 relative à la protection des eaux de surface contre la pollution. Le rapport ne précise toutefois pas si ces résolutions ont effectivement permis d'améliorer l'accès à l'eau potable dans les zones rurales.

Le Comité considère que l'accès à l'eau potable est essentiel à une vie dans la dignité et pour la défense des droits de l'homme. Il rappelle également que « l'article 11§1 de la Charte exige que le dispositif sanitaire des États permette de réagir de manière appropriée aux risques sanitaires évitables, c.à.d. contrôlables par l'homme, et que les États doivent garantir le meilleur résultat possible correspondant aux connaissances acquises » (Conclusions XV-2, Danemark). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées et actualisées sur la situation concernant l'accès à l'eau potable dans les zones rurales, ainsi que sur les mesures prises (y compris, le cas échéant, dans le cadre des résolutions précitées), en précisant quel a été leur impact. Entre-temps, le Comité renouvelle sa conclusion selon laquelle la situation de la Géorgie n'est pas conforme à la Charte en ce qui concerne les mesures prises pour assurer l'accès à l'eau potable dans les zones rurales.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité a précédemment noté que la Géorgie avait ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac le 14 février 2006. Il a demandé à être tenu informé de la mise en œuvre de la législation applicable et des autres stratégies mises en place pour contrôler la consommation de tabac. Plus généralement, il a demandé ce qu'il en était de la législation relative aux environnements sans tabac dans les lieux publics et aux mises en garde sanitaires figurant sur les paquets de tabac, et si la publicité, la promotion et le parrainage en relation avec le tabac étaient interdits dans tout le pays (Conclusions 2013). Le rapport précise que la loi relative à la lutte contre le tabagisme interdit de fumer dans certains lieux publics et dans tous les transports publics et réglemente le conditionnement, l'étiquetage et la vente des produits du tabac. La loi relative à la publicité interdit la publicité sur le tabac au cinéma, à la radio, à la télévision et dans les vidéos. Le rapport ajoute que le 15 mars 2013, une Commission d'État sur la lutte contre le tabagisme a été créée afin de renforcer la lutte contre le tabagisme en Géorgie, d'assurer l'application effective de la loi de 2010 relative à la lutte contre le tabagisme et de préparer les modifications législatives nécessaires. Le groupe de travail de la commission a élaboré une Stratégie nationale et un Plan d'action 2013-2018 pour la lutte contre le tabagisme. Les mesures prévues par le plan d'action comprennent notamment des activités de prévention du tabagisme auprès des jeunes, l'interdiction générale de la publicité pour le tabac, des campagnes éducatives et de sensibilisation sur le tabac, l'augmentation annuelle des taxes sur le tabac, l'application de l'interdiction partielle du tabagisme dans les lieux publics et la préparation d'une interdiction totale après 2015. Le rapport explique que les activités susmentionnées débuteront en 2016 et qu'une nouvelle législation sur la lutte contre le tabagisme est prévue.

Le rapport précise que, selon les données de l'OMS, la Géorgie est l'un des pays d'Europe et du monde présentant la plus forte consommation de tabac. La prévalence du tabagisme est élevée chez les hommes adultes (55 %). Le Comité note que selon des études menées en 2015, la prévalence du tabagisme est assez élevée chez les jeunes (la majorité des étudiants (83,2 %) ont répondu que leurs amis fumaient (84,7 % des étudiants et 82,3 % des étudiantes)). Le Comité prend note des mesures prises dans le domaine de la lutte contre le tabac. Cependant, le rapport signale qu'une nouvelle législation anti-tabac est attendue. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur toute évolution qui serait survenue dans ce domaine, notamment en ce qui concerne la législation relative aux environnements sans tabac, aux mises en garde sanitaires figurant sur les paquets de tabacs et à la publicité en faveur du tabac. Il demande également des données chiffrées actualisées et des informations sur les tendances en matière de consommation de tabac. Dans l'attente des informations demandées, le Comité réserve sa position sur ce point.

Le rapport ne contient pas d'informations sur les niveaux de consommation d'alcool en Géorgie. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données chiffrées actualisées sur les niveaux de consommation d'alcool et sur les tendances en la matière. Dans l'attente des informations demandées, le Comité réserve sa position sur ce point.

Le Comité prend note de la Stratégie nationale et du Plan d'action 2014-2015 contre la drogue. D'après le rapport, la Géorgie compte approximativement 40 000 usagers de drogues par voie intraveineuse, ce qui représente 1,5 % de la population de 15 à 64 ans. Les drogues injectables les plus communément utilisées dans le pays appartiennent au groupe des opioïdes. Le Comité demande à être tenu informé de la mise en œuvre du Plan d'action et que lui soient notamment précisé si les mesures prises ont réduit le nombre d'usagers /la consommation de drogues.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité a demandé des informations actualisées sur le programme national de vaccination, et notamment quels vaccins étaient concernés et quel était le taux de couverture (Conclusions 2013).

Le rapport dresse la liste des vaccins figurant dans le programme national de vaccination, tels que le BCG, le vaccin contre l'hépatite B, le DTP-HepBHib, le DTP, le vaccin oral antipoliomyélitique/vaccin antipolio inactivé, le ROR et le DT. Il ajoute que de nouveaux vaccins ont été introduits au cours de la période de référence, tels que le vaccin contre le rotavirus en 2013, le vaccin antipneumococcique en 2014 et le vaccin hexavalent en 2015. Un plan d'action visant à assurer le passage du vaccin antipoliomyélitique trivalent oral au vaccin bivalent a été mis en place. En ce qui concerne la vaccination contre la rougeole, en 2015, le taux de couverture était de 94 %, soit légèrement inférieur au niveau recommandé par l'OMS (95 %).

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant la lutte contre l'hépatite C, la tuberculose, la malaria et le VIH/SIDA et leur prévention. Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées concernant l'évolution du programme national de vaccination et des taux de couverture. Il demande également quelles mesures ont été prises dans le domaine de la lutte contre les maladies infectieuses et leur prévention.

Accidents

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations sur les mesures spécifiques prises pour prévenir les accidents de la circulation ainsi que d'autres accidents, tels que les accidents survenant pendant les loisirs et les accidents domestiques. Le rapport se contente de répéter que la loi sur la sécurité routière constitue la base juridique de la promotion de la sécurité routière. Un programme national en la matière est actuellement mis en œuvre.

Le Comité renouvelle sa demande d'informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents de la circulation, les accidents survenant pendant les loisirs et les accidents domestiques, et sur l'évolution de leur nombre. Il considère que dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour assurer l'accès à l'eau potable dans les zones rurales sont insuffisantes.

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 Géorgie.

La Géorgie n'ayant pas accepté les articles 8§1 et 16 de la Charte, le Comité évalue les prestations de maternité et les prestations familiales dans le cadre de la présente disposition.

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

Le Comité note que, selon les informations fournies dans le rapport (pour l'article 11), le pourcentage de la population résidente ayant accès aux **soins de santé** a considérablement augmenté grâce au Programme instituant une couverture maladie universelle lancé en février 2013 : de 29,5 % en 2010, il a atteint 100 % en 2013. Le rapport précise que ledit Programme, financé par des fonds publics (fiscalité, budget de l'Etat et budgets des collectivités locales), offre une couverture médicale de base qui englobe les soins programmés et les interventions d'urgence en régime ambulatoire et en régime hospitalier, y compris les services d'oncologie et de maternité.

Le rapport précise qu'en cas de **maladie** ou d'**incapacité temporaire**, l'employeur verse l'intégralité de la rémunération due pour toute la période d'incapacité, sous réserve de réexamen de l'état de santé du travailleur par une commission médicale au terme des 30 premiers jours d'arrêt. Il ajoute que tous les salariés sont couverts et que 88 % de la population active était assurée en 2015.

S'agissant des prestations de **maternité**, le Comité note que, selon la base de données MISSCEO, lesdites prestations sont servies à toutes les salariées pour une durée de 183 jours calendaires (200 jours en cas de complications). Les sommes dues à ce titre sont payées par l'Etat à concurrence de 1 000 GEL (382 €), mais, selon l'ISSA, l'employeur verse un complément. Le Comité demande que le prochain rapport précise quelle est la proportion du salaire perçu par l'employée, compte tenu du complément versé par l'employeur.

Les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants sont servies au titre de régimes non contributifs financés par des fonds publics qui couvrent tous les résidents. L'âge d'admission à pension est de 60 ans pour les femmes et de 65 ans pour les hommes (le pays comptait 707 709 titulaires d'une pension de vieillesse en 2015). Les pensions d'invalidité sont accordées sur décision d'une commission médicale, le fait que l'invalidité soit ou non liée au travail ne faisant en l'espèce aucune différence (elles étaient 123 809 personnes à en bénéficier en 2015). Les pensions de survivants sont servies aux enfants de moins de 18 ans au décès du principal soutien de famille (24 832 bénéficiaires en 2015).

Le Comité a précédemment noté que le système de sécurité sociale ne couvrait pas la branche « **prestations familiales** ». Bien que le rapport mentionne plusieurs mesures d'assistance sociale destinées à certaines catégories de familles vulnérables (familles vivant dans des zones de montagne ou dans des régions où le taux de mortalité excède le taux de natalité, familles avec enfants handicapés, familles de sept enfants ou plus), le Comité constate l'absence de prestations familiales ou de prestations pour enfants servies au titre de la sécurité sociale, qu'elles soient universelles ou soumises à condition de ressources (voir Conclusions 2006, Observation interprétative de l'article 16). Il maintient par conséquent que le régime de prestations familiales tel que décrit dans le rapport de la Géorgie ne saurait être assimilé à la branche « prestations familiales » au sens des articles 12 et 16 de la Charte.

Le système de sécurité sociale ne couvrant pas le risque **chômage**, le Comité maintient son précédent constat de non-conformité sur ce point.

Le Comité note par ailleurs que, selon le rapport, il n'existe aucun régime de sécurité sociale pour les **accidents du travail et les maladies professionnelles**. La seule protection

offerte, au regard du code du travail, du code civil, de la loi sur l'évaluation médicale et sociale, et du décret ministériel n° 45 du 1er mars 2013 relatif aux règles d'indemnisation des préjudices causés à la santé des travailleurs, est l'obligation faite à l'employeur de prendre à sa charge tout préjudice causé à la santé du travailleur dès lors qu'un tribunal a déclaré l'employeur fautif. Le Comité souligne qu'un tel mécanisme ne saurait être assimilé à un régime d'assurance et considère par conséquent que le système de sécurité sociale ne couvre pas la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Le rapport mentionne un certain nombre d'allocations servies au titre de l'assistance sociale (subvention destinée aux ménages, allocation de subsistance, aide sociale, assistance destinée aux personnes déplacées à l'intérieur du territoire, aux réfugiés et aux personnes ayant un statut humanitaire), qui peuvent être sollicitées en cas de besoin. Le Comité attire ici l'attention sur le fait que la Charte traite de la sécurité sociale et de l'assistance sociale dans deux articles distincts (articles 12 et 13), qui comportent des engagements différents. Tout en tenant compte de l'avis de l'Etat concerné s'agissant de savoir si une prestation donnée doit être considérée comme relevant de l'assistance sociale ou de la sécurité sociale, le Comité prête la plus grande attention à l'objet et aux conditions qui s'attachent à la prestation en question. Il qualifie d'assistance sociale, les prestations pour lesquelles le besoin individuel constitue le critère essentiel d'attribution, sans qu'existe une exigence d'affiliation à un organisme de sécurité sociale visant à couvrir un risque particulier, ou une condition d'activité professionnelle ou de versement de cotisation. En outre, l'assistance intervient lorsqu'il n'existe pas de prestations de sécurité sociale assurant à la personne concernée des ressources suffisantes ou le moyen de supporter le coût des soins nécessités par son état (Conclusions XIII-4 (1996), Observation interprétative des articles 12 et 13). L'article 12 de la Charte garantit pour sa part le droit à la sécurité sociale à tous les travailleurs et leurs ayants droit, y compris les travailleurs indépendants. Les Etats parties doivent garantir ce droit par l'existence d'un régime de sécurité sociale établi en droit et fonctionnant en pratique. La sécurité sociale, qui comprend les régimes de caractère universel aussi bien que les régimes à base professionnelle, englobe les prestations contributives, non contributives et mixtes liées à la survenance de certains risques. Il s'agit de prestations attribuées en cas de survenance d'un risque, mais qui ne visent pas à compenser un éventuel état de besoin qui pourrait résulter du risque lui-même. Un régime de sécurité sociale existe au sens de l'article 12§1 lorsqu'il répond aux critères ci-après :

- nombre de risques couverts : le système de sécurité sociale doit couvrir les risques conventionnels dans les branches ci-après : soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, famille et maternité ;
- champ d'application personnel : le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population pour ce qui concerne les prestations d'assurance maladie et les prestations de maternité. Le régime des soins de santé ne doit pas couvrir seulement les personnes engagées dans une relation de travail. Il doit couvrir un pourcentage significatif de la population active pour ce qui concerne les prestations servies en remplacement des revenus, à savoir les prestations de maladie, de maternité, de chômage, les pensions et les prestations servies en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ;
- financement : le système de sécurité sociale doit reposer sur un financement collectif ; en d'autres termes, il doit être financé par des cotisations patronales et salariales et/ou par le budget de l'Etat. Lorsque le système est financé par la fiscalité, sa couverture, en termes de personnes protégées, doit reposer sur le principe de non-discrimination, sans préjuger des conditions d'ouverture des droits (critère de ressources, etc.).

Au vu de ces critères, le Comité considère que le système géorgien de sécurité sociale ne couvre pas un nombre de risques suffisant, en ce qu'il ne prévoit pas de prestations familiales, de prestations de chômage ni de prestations en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Caractère suffisant des prestations

Faute d'indicateur Eurostat concernant le revenu médian ajusté, le Comité relève dans les statistiques nationales officielles (Geostat) que le minimum vital pour un consommateur moyen était, en novembre 2015, de 146,8 GEL (56 €) par mois (soit environ 5 GEL par jour). Il a précédemment noté que le niveau de cet indicateur était établi sur la base des prix moyens actuels des denrées alimentaires et de produits non alimentaires.

Les prestations de maladie représentent l'intégralité de la rémunération. Le rapport n'indique cependant pas le montant minimum desdites prestations ni ne précise s'il existe un salaire minimum qui pourrait servir de référence. Le Comité renouvelle par conséquent sa demande d'information sur ce point et considère entretemps qu'il n'est pas établi que le montant minimum des prestations de maladie soit suffisant.

Une somme pouvant aller jusqu'à 1 000 GEL est versée au titre des **prestations de maternité** pendant toute la période couverte par le régime (183-200 jours). Il demande que le prochain rapport précise si cette somme constitue le montant minimum de la prestation de maternité et réserve entretemps sa position sur ce point.

Pour ce qui est des pensions de **vieillesse**, le rapport signale que leur montant a été relevé en septembre 2015 pour passer de 150 à 160 GEL. Le Comité considère que ce montant est suffisant.

Une indemnité mensuelle forfaitaire de 150 GEL était versée jusqu'à septembre 2015 au titre des **pensions d'invalidité** aux personnes gravement handicapées. Ce montant a été par la suite porté à GEL 180. Le Comité considère que ce montant est suffisant.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le nombre de risques couverts par le système de sécurité sociale est insuffisant, en ce qu'il ne prévoit pas de prestations familiales, de prestations de chômage ni de prestations en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ;
- il n'est pas établi que le niveau minimum des prestations de maladie soit suffisant.

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 Géorgie.

Le Comité prend note des développements intervenus sur le plan législatif durant la période de référence. Il relève notamment que :

- le pourcentage de la population résidente ayant accès aux soins de santé a considérablement augmenté grâce au Programme instituant une couverture maladie universelle lancé en février 2013 : de 29,5 % en 2010, il a atteint 100 % en 2013. Ledit Programme offre une couverture médicale de base qui englobe les soins programmés et les interventions d'urgence en régime ambulatoire et en régime hospitalier, y compris les services d'oncologie et de maternité (voir les informations fournies dans le rapport national pour l'article 11) ;
- la durée du congé de maternité rémunéré a été portée, en 2013, de 126 à 183 jours (et de 140 à 200 jours en cas de complications), le montant minimal des prestations de maternité étant quant à lui passé de 600 à 1 000 GEL (382 € au taux en vigueur le 31/12/2015) ;
- le montant de l'aide sociale destinée aux personnes gravement handicapées a été relevé en septembre 2015 pour passer de 150 GEL (57 €) à 180 GEL (69 €) ;
- la pension de l'Etat (versée aux femmes de plus de 60 ans et aux hommes de plus de 65 ans) a été revalorisée en septembre 2015 : de 150 GEL, elle a été portée à 160 GEL (61 €). D'autres majorations ont, selon le rapport, été opérées hors période de référence. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations concernant leur application et leur incidence.

Pour ce qui est des autres mesures détaillées dans le rapport qui s'adressent à des catégories vulnérables telles que les personnes handicapées, les personnes qui vivent dans des zones de montagne, les personnes déplacées à l'intérieur du territoire national, les réfugiés, les victimes d'actes de traite des êtres humains ou de violences au sein du foyer, etc., le Comité note qu'elles ne semblent pas concerner l'article 12, en ce qu'elles traitent de l'assistance sociale plutôt que de la sécurité sociale. Il rappelle à ce sujet que l'article 12§3 exige des Etats parties qu'ils améliorent leur système de sécurité sociale par différents moyens, par exemple l'extension des régimes, la couverture contre de nouveaux risques ou la majoration du montant des prestations. La notion de système de sécurité sociale implique qu'il couvre une part importante de la population, qu'il s'appuie essentiellement sur un financement collectif, et que les risques sociaux considérés comme essentiels soient couverts par le système de sécurité sociale (Observation interprétative de l'article 12, Conclusions 2002). Ces améliorations devraient aboutir à élever progressivement le système de sécurité sociale du pays en question au-dessus du niveau requis par la Convention n° 102 de l'OIT (Observations interprétative de l'article 12§3, Conclusions III (1973)).

A la lumière des informations communiquées, le Comité considère que les mesures prises durant la période de référence n'ont certes pas réussi à porter le système de sécurité sociale à un niveau suffisant (voir Conclusions 2017, article 12§1), mais l'ont néanmoins amené à un niveau plus élevé. La situation est donc conforme à l'article 12§3.

Conclusion

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

Organisation des services sociaux

Le Comité rappelle que le droit au bénéfice des services sociaux que prévoit l'article 14§1 fait obligation aux Parties de mettre en place un ensemble de services sociaux permettant d'atteindre ou de préserver un niveau de bien-être et de résoudre d'éventuels problèmes d'adaptation sociale.(Conclusions 2005, Bulgarie)

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a ajourné sa position et demandé s'il existait un système général de services sociaux en Géorgie.

En réponse, le rapport indique qu'il existe en Géorgie un système centralisé de services sociaux fonctionnant dans l'ensemble du pays. La mise en œuvre des programmes sociaux est confiée à une personne morale de droit public, l'Agence des services sociaux, placée sous la tutelle du ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales. L'Agence a des unités territoriales qui constituent des antennes de proximité dans chaque district / région. Pour demander à bénéficier d'un service, il faut s'adresser à l'antenne locale la plus proche du domicile.

Accès égal et effectif

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé ce qu'impliquait la notion de « domicile permanent » et si les résidents temporaires avaient accès aux services sociaux.

Le rapport indique que l'offre publique de services sociaux est disponible dans exception ni restriction. Les bénéficiaires des services sont l'ensemble des citoyens géorgiens, les personnes titulaires d'un document attestant leur citoyenneté (y compris les enfants de moins de 18 ans – numéro d'identification personnel ou acte de naissance), les citoyens ayant une carte d'identité et des documents de voyage « neutres » ou les personnes ayant le statut « Sans citoyenneté géorgienne », les personnes qui cherchent un refuge en Géorgie, et les personnes ayant le statut de réfugié ou le statut humanitaire.

Le rapport indique que le budget de l'État finance les services sociaux de base (énumérés dans le rapport) tandis que les collectivités locales, dans le cadre de leur propre budget, mettent en œuvre et financent des programmes sociaux supplémentaires pour la population locale – services d'aide destinés aux familles en précarité ou aux familles nombreuses avec un nouveau-né figurant dans la base de données des foyers vulnérables, programmes d'assistance pour les enfants de combattants devenus handicapés en défendant l'intégrité territoriale de la Géorgie, ou encore cofinancement de services médicaux pour les personnes touchées par la crise économique. Le Comité rappelle que les services sociaux peuvent être soumis à tarification, sans toutefois qu'ils soient onéreux au point d'en interdire l'accès effectif. Pour ceux qui n'en ont pas les moyens, ces services doivent être fournis gratuitement. Le Comité demande que le prochain rapport énumère les services qui peuvent faire l'objet d'une tarification et quel est le tarif moyen demandé aux usagers. Il demande également si ces services sont gratuits pour les personnes qui n'en ont pas les moyens.

Qualité des services

Le rapport indique qu'en 2015, 239 travailleurs sociaux s'acquittaient de leur mission sous la responsabilité de l'Agence des services sociaux. Le nombre des effectifs a augmenté en 2016, à raison de 28 unités. Le rapport explique également qu'un programme de désinstitutionnalisation des enfants vivant dans de grandes institutions a été mené sur la période 2011-2015. Actuellement, deux établissements de taille moyenne qui accueillent des enfants handicapés continuent de fonctionner. Le Comité note que le rapport fournit

également des informations en dehors de la période de référence et demande que le prochain rapport contienne des informations sur les développements et les résultats après la conclusion du Mémorandum d'accord à partir de janvier 2016 entre l'Agence de services sociaux LEPL du Ministère du travail, de la santé et Affaires sociales de Géorgie et UNICEF.

Par ailleurs, s'agissant des procédures de contrôle destinées à vérifier l'efficacité, l'efficience et la qualité des services sociaux, le Comité a demandé des informations sur les résultats d'une étude menée par la société « BCG Research » sur la période 2009-2011. Il a également demandé s'il existait en Géorgie un texte de loi relatif à la protection des données à caractère personnel.

En réponse, le rapport indique que les conclusions de l'étude de « BCG Research » ont été prises en compte. Grâce aux changements introduits en 2012, qui portaient principalement sur les modalités de financement, certaines activités et l'approche applicable à certains services, la qualité des biens et services fournis a pu être améliorée.

S'agissant de la protection des données à caractère personnel, le rapport indique que la Géorgie a ratifié la Convention n° 108 du Conseil de l'Europe pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel, en 2006, puis, en 2013, son Protocole additionnel. La loi géorgienne relative à la protection des données à caractère personnel, entrée en vigueur en 2012.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandée, le Comité conclut que la situation de la Géorgie 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 Géorgie.

Dans une précédente conclusion (2013), le Comité avait conclu que la situation de la Géorgie n'était pas conforme à l'article 14§2 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que des mesures eussent été prises pour encourager les individus et les organisations bénévoles à participer à la création et à la gestion des services de protection sociale. En 2015 le Comité a estimé que la situation avait été rendue conforme à la Charte (Conclusions 2015). Ceci étant, dans la mesure où les renseignements fournis concernaient essentiellement les services sociaux destinés aux personnes handicapées, il a demandé que le prochain rapport contienne des informations relatives à la participation des individus et des organisations bénévoles à la création et à la gestion de services sociaux destinés à d'autres groupes vulnérables – les enfants, la famille, les personnes âgées, les jeunes en difficulté, les jeunes délinquants, les réfugiés, les sans-abri, les alcooliques et les toxicomanes, les victimes de violences familiales et les anciens détenus. Il a également demandé des informations actualisées sur les financements publics et/ou privés mis à disposition pour encourager cette participation.

En réponse aux questions du Comité, le rapport indique que les prestataires de services sociaux doivent être enregistrés en tant que tels auprès du Département de la protection sociale du ministère géorgien du Travail, de la Santé et des Affaires sociales. Parmi les critères d'agrément définis figurent des exigences relatives à l'infrastructure et à la base technique de l'organisation, aux qualifications du personnel et à l'expérience. Toute association réalisant des activités éducatives doit en outre être agréée à cet effet. Toute organisation répondant aux exigences fixées par la loi peut demander son inscription comme prestataire de services sociaux. Des agents de la division du ministère précité chargée du contrôle vérifient, dans un délai de vingt jours ouvrables, que le demandeur satisfait bien aux conditions requises. Le Comité prend note des informations fournies et, comme aucune information à jour sur le financement public et / ou privé réservée pour encourager la participation des individus et des organisations bénévoles à l'établissement et au fonctionnement des services sociaux a été fournie, réitère ses demandes et estime que si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien n'indique que la situation est conforme à la Charte.

Le rapport indique que la société civile prend une part active à la planification et à la mise en œuvre des services. La quasi-totalité des prestataires de services sociaux sont des organisations non gouvernementales. Les ONG participent à la création et à la gestion des services sociaux destinés aux enfants, aux familles, aux personnes âgées, aux victimes de violences familiales, etc. Actuellement, 71 ONG sont agréées en Géorgie pour fournir des services sociaux. Les personnes handicapées et leurs organisations représentatives participent également à l'élaboration des politiques et des programmes ainsi qu'à la prestation de services sociaux destinés à certains groupes cibles.

Conclusion

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

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 5 - Rémunération équitable

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion qu'il n'est pas établi que le salaire minimum versé aux jeunes travailleurs soit équitable.

Jeunes travailleurs

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé quels sont les salaires minima correspondants effectivement versés aux jeunes travailleurs dans les branches d'activité économique que mentionne le rapport.

Selon le rapport, la rémunération des jeunes travailleurs est la même que celle des travailleurs adultes. Le rapport répète que le salaire minimum est de 20 GEL dans le secteur privé (Décret présidentiel n° 351) et de 135 GEL dans le secteur public (Décret présidentiel n° 43). Il répète également que, dans la pratique, les salaires minima sont plus élevés. Le Comité note que le traitement nominal mensuel moyen des salariés est passé de 597 GEL en 2010 à 900 GEL en 2015. Le Comité prend également note du salaire nominal mensuel moyen par secteur d'activité économique. Il prend aussi acte de la Stratégie nationale de formation et d'insertion professionnelle et du Plan d'action correspondant pour la mise en œuvre sur la période 2015-2018, où une réforme du salaire minimum est envisagée. Selon le rapport, la réforme du salaire minimum sera présentée, accompagnée d'une analyse de la situation existante en matière de salaire minimum, à la Confédération des syndicats pour discussion avec les partenaires sociaux avant d'être soumise à la Commission tripartite des partenaires sociaux. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur ce processus.

Le Comité constate qu'une fois de plus, le rapport ne fournit pas d'informations sur les salaires minima versés aux jeunes travailleurs, dans la pratique, dans les différents secteurs d'activité économique ; le Comité ne peut donc pas établir de comparaison avec le salaire de référence (salaire moyen). Par conséquent, il renouvelle son constat de non-conformité au motif qu'il n'a pas été établi que le salaire minimum versé aux jeunes travailleurs est équitable.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 7§5 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que le salaire minimum versé aux jeunes travailleurs soit équitable.

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 9 - Contrôle médical régulier

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'a pas été établi qu'un examen médical initial soit effectué à l'embauche, suivi de contrôles médicaux réguliers, pour les jeunes travailleurs de moins de 18 ans occupant des emplois déterminés par la législation ou la réglementation nationale.

Le Comité note que le rapport soumis par la Géorgie ne fournit aucune nouvelle information en réponse à ce constat de non-conformité. En l'absence des informations demandées, le Comité réitère son constat de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 7§9 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'un examen médical initial soit effectué à l'embauche, suivi de contrôles médicaux réguliers, pour les jeunes travailleurs de moins de 18 ans occupant des emplois déterminés par la législation ou la réglementation nationale.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 5 - Interdiction des travaux dangereux, insalubres ou pénibles

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations fournies par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que la réglementation concernant les travaux dangereux, insalubres ou pénibles pour les femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant soit suffisante (Conclusions 2015).

En vertu de l'article 8§5, la législation nationale doit garantir aux femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant un niveau de protection suffisant contre tous les dangers connus pour leur santé et leur sécurité (Conclusions 2003, Bulgarie) : leur emploi à des travaux de sous-sol dans les mines doit être expressément interdit et certaines autres activités, notamment celles entraînant une exposition au plomb, au benzène ou aux rayonnements ionisants, aux hautes températures ou aux vibrations, ou encore aux agents viraux doivent être interdites ou strictement réglementées pour les femmes concernées en fonction des risques que comportent les tâches effectuées. La législation nationale doit prévoir la réaffectation, sans perte de salaire, des travailleuses enceintes ou qui allaitent si leurs tâches sont incompatibles avec leur état ; si cela s'avère impossible, les salariées concernées doivent pouvoir prendre un congé rémunéré. Elles doivent conserver le droit de reprendre ultérieurement leur poste initial (Conclusions 2005, Lituanie).

Le rapport confirme que le Code du travail interdit d'employer des femmes enceintes ou allaitantes pour l'exécution de travaux dangereux, insalubres ou pénibles, et affirme que cela vaut aussi pour les fonctionnaires et personnels d'appui du secteur public. Cela étant, aucun texte réglementaire précis n'a été adopté jusqu'ici. Le rapport indique à cet égard que des dispositions détaillées concernant la protection des femmes contre tous les risques connus en termes de santé et de sécurité figurent dans un projet de loi sur la santé et la sécurité au travail, qui est actuellement en discussion mais n'a toujours pas été soumis au Parlement pour adoption.

Le Comité prend note de ces informations et demande que le prochain rapport fasse le point sur l'adoption de la nouvelle législation ainsi que sur toute autre modification pertinente du Code du travail. Il demande en particulier si la loi interdit expressément d'employer des femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitantes pour des travaux souterrains dans les mines, si elle dresse une liste des activités incompatibles avec leur état, et si elle interdit ou réglemente de manière stricte leur affectation à de telles tâches, en prévoyant notamment que, pendant la période protégée, elles soient réaffectées sans perte de salaire à un autre poste compatible avec leur état ou aient droit à un congé rémunéré, et puissent, au terme de la période en question, réintégrer le poste qu'elles occupaient auparavant. Entretemps, le Comité considère que, pendant la période de référence, il n'y avait pas de réglementation adéquate concernant les travaux dangereux, insalubres ou pénibles pour les femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 8§5 de la Charte au motif que, pendant la période de référence, il n'y avait pas de réglementation adéquate concernant les travaux dangereux, insalubres ou pénibles pour les femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant.

Article 17 - Droit des enfants et des jeunes à une protection sociale, juridique et économique

Paragraphe 1 - Assistance, éducation, formation

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi que l'interdiction de toutes les formes de châtiments corporels au sein du foyer, en milieu scolaire et en institution repose sur un fondement législatif précis.

Protection contre les mauvais traitements et les sévices

Le Comité a précédemment relevé (2015) dans le rapport que la législation en vigueur prévoyait une interdiction générale de toutes les formes de châtiments corporels, y compris ceux dirigés contre les enfants, et protégeait convenablement les enfants contre toute forme de châtiments corporels. En conséquence, la Géorgie n'avait pas l'intention de modifier la législation applicable en la matière. Le Comité a cependant considéré qu'en l'absence d'informations sur le fondement juridique précis sur lequel repose l'interdiction de toutes les formes de châtiments corporels au sein du foyer, en milieu scolaire et en institution, la situation n'était pas conforme à la Charte dans la mesure où il n'était pas établi que l'interdiction précitée ait une base législative précise.

Le Comité note maintenant que, d'après le rapport, des modifications ont été apportées en 2014-2016 à la loi géorgienne sur l'élimination des violences en milieu familial et la protection et l'accompagnement des victimes. Le problème de la détection des faits de violences familiales visant des mineurs a été abordé et des procédures de signalement ont été élaborées. En septembre 2016, le Gouvernement a adopté par décret (no 437) des procédures d'orientation pour la protection de l'enfance. Ce décret définit les formes de violence à l'encontre des enfants et met en place un dispositif permettant de séparer l'enfant du parent auteur des violences.

Le Comité relève en outre que, d'après le rapport pour la Géorgie établi par la Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children [Initiative mondiale en vue de mettre fin à tous les châtiments corporels infligés aux enfants]), les châtiments corporels ne sont pas encore totalement interdits au sein du foyer. Le code civil a été modifié en 2014 pour interdire toute méthode d'éducation appliquée par un parent qui serait susceptible de provoquer une douleur physique ou une souffrance psychique chez l'enfant (article 1198). Les voies de fait ou autres violences entraînant une douleur physique sont des infractions réprimées par les dispositions du code pénal. Cependant, ces dispositions n'interdisent pas expressément tous les châtiments corporels. Il n'y a pas d'interdiction explicite des châtiments corporels dans les structures d'accueil de la petite enfance (garderies, crèches, etc.) .

Le Comité relève dans les Observations finales concernant le quatrième rapport périodique de la Géorgie (2017) du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies que le Comité salue les efforts déployés par l'État partie pour lutter contre la violence dans la famille, notamment les modifications apportées à la loi sur la lutte contre la violence familiale et le nouveau mécanisme d'orientation en matière de protection de l'enfance adopté en 2016, le programme de repérage et de prévention des troubles violents et comportementaux, appliqué à titre pilote depuis 2016, ainsi que le programme permanent concernant la violence à l'égard des enfants et les procédures d'orientation en cas de besoin de protection, mis en œuvre depuis 2015. Il est cependant vivement préoccupé par la fréquence des châtiments corporels, aussi bien à la maison qu'à l'école et dans les institutions et par l'absence de législation incriminant les châtiments corporels et d'activités

de sensibilisation visant à combattre cette pratique. Il recommande que la Géorgie adopte une législation interdisant expressément toutes les formes de châtiments corporels infligés aux enfants dans tous les contextes, y compris dans les établissements d'enseignement, dans les institutions de protection de remplacement et à la maison.

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 17§1, l'interdiction de toutes les formes de châtiments corporels ne doit pas nécessairement être prévue par le droit pénal : une interdiction en droit civil est suffisante. Il n'est pas non plus nécessaire qu'elle soit prévue par la loi. La jurisprudence peut suffire si la décision émane d'une juridiction de degré supérieur, est sans équivoque et est contraignante pour toutes les juridictions de degré inférieur, c'est-à-dire que ces dernières n'ont pas la possibilité de reconnaître l'exercice d'un droit de correction ou de châtiment raisonnable. Cependant, même si le droit pénal réprime l'usage de la violence à l'encontre d'une personne et prévoit des peines plus lourdes lorsque la victime est un enfant, cela ne constitue pas une interdiction en droit suffisante pour se conformer à la Charte, à moins que l'Etat concerné puisse démontrer que ces dispositions législatives sont interprétées comme une interdiction de toute forme de châtiments corporels infligés aux enfants et effectivement appliquées comme telle.

Le Comité considère que la législation et la pratique ne respectent pas cette approche. Il estime par conséquent que la situation n'est pas conforme à la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 17§1 de la Charte au motif que toutes les formes de châtiments corporels ne sont pas interdites dans le cadre familial, en milieu scolaire et en institution.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 1 - Aide et information sur les migrations

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que des mesures suffisantes aient été prises pour lutter contre la propagande trompeuse en matière d'émigration et d'immigration.

Le rapport indique que la Géorgie a adopté la stratégie 2016-2020 en matière de migrations, qui met plus particulièrement l'accent sur la mise en place de mécanismes facilitant le retour et la réintégration de citoyens géorgiens et sur la défense des droits et l'intégration des demandeurs d'asile et des personnes ayant obtenu le statut de réfugié ou un titre de séjour délivré pour des raisons humanitaires. D'après le rapport, des mesures efficaces sont prises pour améliorer l'actuel dispositif de lutte contre l'immigration clandestine. En outre, un système unifié d'analyse des migrations est en cours d'élaboration pour faciliter la prise de décision en matière de gestion des migrations et l'élaboration des politiques. Le rapport indique également que la loi sur le statut juridique des étrangers et des personnes apatrides accorde des garanties juridiques conformes aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales reconnus sur le plan international aux étrangers et aux apatrides et protège leurs droits universels sans distinction de race, de langue, de sexe, de religion, etc.

Le Comité constate que le rapport ne contient aucune information sur les mesures prises par la Géorgie pour lutter contre la propagande trompeuse qui véhicule des stéréotypes, des préjugés et des idées fausses à l'encontre des minorités.

Il note cependant, d'après le cinquième rapport de l'ECRI sur la Géorgie adopté le 8 décembre 2015, que le Défenseur public, une entité indépendante élue par le Parlement, instruit les requêtes de personnes physiques et morales, et peut enquêter de sa propre initiative. Le Défenseur public peut seulement émettre des recommandations, après examen d'une affaire, en vue de la conclusion d'un arrangement amiable. Sa recommandation n'est pas juridiquement contraignante. Si elle n'est pas acceptée par la partie à l'origine de la discrimination, il peut porter l'affaire devant la juridiction concernée et se porter tiers intéressé. L'ECRI a observé que les effectifs des antennes régionales sont insuffisants, surtout compte tenu de l'ampleur de la mission du Défenseur public.

Le rapport de l'ECRI indique aussi que le discours de haine à l'encontre de minorités ethniques et religieuses reste répandu en Géorgie, y compris au sein des partis politiques. La xénophobie est également présente dans les médias A cet égard, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre du Code de conduite des radiodiffuseurs et notamment de ses dispositions selon lesquelles les radiodiffuseurs sont tenus de créer des instances de recours qui recueilleront les plaintes du public et prendront des décisions contraignantes dans ce domaine.

Le Comité rappelle que les déclarations d'acteurs de la vie publique peuvent créer un climat de discrimination et que la propagande raciste trompeuse indirectement tolérée ou émanant directement des autorités publiques constitue une violation de la Charte (*Centre sur les droits au logement et les expulsions (COHRE) c. Italie*, réclamation n° 58/2009, décision sur le bien-fondé du 25 juin 2010). Il souligne l'importance de promouvoir une diffusion responsable de l'information et de décourager l'expression d'opinions discriminatoires.

Le Comité relève par ailleurs d'après le rapport de l'ECRI que le Concept national 2009-2014 pour la tolérance et l'intégration civile et son plan d'action comportaient six grands axes stratégiques : état de droit ; éducation et langue d'État ; médias et accès à l'information ; intégration politique et participation citoyenne ; intégration sociale et

régionale ; culture et préservation de l'identité. L'ECRI a noté que le plan d'action a été en grande partie mis en œuvre et accompagné de modifications positives de la loi. Au terme de la période couverte par le Concept national 2009-2014 pour la tolérance et l'intégration civile et son plan d'action, les autorités préparent et vont adopter une nouvelle stratégie 2015-2020 pour l'égalité citoyenne et l'intégration. L'ECRI a toutefois noté que les groupes ethniques historiques de Géorgie continuent de rencontrer des obstacles dans le domaine de l'éducation. La marginalisation persiste également en ce qui concerne les services sociaux dans les régions habitées par des groupes minoritaires.

Le Comité comprend donc, d'après le rapport de l'ECRI, qu'aucune mesure adéquate n'a été prise pour lutter contre les stéréotypes, les préjugés et les idées fausses à l'encontre des minorités. Il rappelle à cet égard que, pour être efficace, la lutte contre la propagande trompeuse doit comporter des mesures juridiques et pratiques destinées à lutter contre le racisme et la xénophobie, ainsi que des mesures contre la traite des femmes. De telles mesures, qui doivent viser l'ensemble de la population, sont nécessaires pour lutter, par exemple, contre la propagation des stéréotypes selon lesquels la délinquance, la violence, la toxicomanie ou la maladie sont plus fréquentes chez les migrants (Conclusion XV-1 (2000), Autriche).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 19§1 de la Charte au motif qu'aucune mesure appropriée n'a été prise pour lutter contre la propagande trompeuse concernant l'émigration et l'immigration.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 3 - Collaboration entre les services sociaux des états d'émigration et d'immigration

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que des efforts suffisants soient déployés pour promouvoir la collaboration entre les services sociaux, publics ou privés, des pays d'émigration et d'immigration.

Le Comité rappelle que la collaboration telle qu'il l'entend ne se limite pas à la sécurité sociale, mais couvre un éventail plus large de problèmes sociaux et humains pouvant se poser aux travailleurs migrants et à leurs familles (Conclusions VII (1981), Irlande). Il note, d'après les données publiées par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), que le nombre d'immigrés en Géorgie est relativement faible. Il constate cependant qu'un grand nombre de Géorgiens résident ou travaillent désormais hors du territoire national et pourraient par conséquent avoir besoin d'assistance. Tout en considérant que la collaboration entre les services sociaux peut être adaptée en fonction de l'importance des mouvements migratoires (Conclusion XIV-1 (1998), Norvège), il maintient qu'il faut que des relations ou des dispositifs soient mis en place pour qu'une telle collaboration puisse exister.

À cet égard, le rapport fait référence à un nouveau projet pilote sur les migrations de travail temporaires des ressortissants géorgiens qui se rendent en Pologne et en Estonie, lancé le 9 décembre 2015. Ce projet, financé et mis en œuvre par l'OIM en collaboration avec le ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales, vise à mettre en place des cadres opérationnels facilitant la mobilité des travailleurs géorgiens vers la Pologne et l'Estonie rendant plus efficace l'appariement entre l'offre et la demande d'emploi et visant à promouvoir le développement des compétences des migrants et la protection des droits fondamentaux de ces travailleurs. Trois activités spécifiques contribuent à atteindre ce but : 1) informer le Gouvernement géorgien et ses partenaires en Estonie et en Pologne des cadres réglementaires pertinents et des besoins en main-d'œuvre de l'économie ; 2) faciliter la migration de main-d'œuvre depuis la Géorgie de manière globale et concertée en respectant des normes et pratiques de recrutement éthiques ; enfin 3) améliorer les futurs programmes d'aide à la migration temporaire et circulaire. Le rapport souligne que, dans ce contexte, la Géorgie entend développer la coopération interétatique en matière de migration de main-d'œuvre par le biais d'accords bi- ou multilatéraux avec d'autres pays et notamment avec l'Autriche, la Roumanie et la Grèce.

En réponse à la demande du Comité concernant la mise en œuvre du partenariat pour la mobilité, le rapport indique que la Géorgie a adopté la stratégie 2016-2020 en matière de migrations, qui vise à faciliter le retour et la réintégration de citoyens géorgiens ainsi que la défense des droits et l'intégration des demandeurs d'asile et des personnes ayant obtenu le statut de réfugié ou un titre de séjour délivré pour des raisons humanitaires. Pour mieux aborder les enjeux contemporains et respecter les obligations internationales, des mesures efficaces sont prises pour améliorer l'actuel dispositif de lutte contre l'immigration clandestine.

Le Comité rappelle que des accords formels ne sont pas exigés, surtout si les flux migratoires ne sont pas importants dans un pays donné. En pareil cas, il suffit de mettre en place une coopération concrète en fonction des besoins (Conclusion XV-1 (2000), Belgique). Tout en considérant que la collaboration entre les services sociaux peut être adaptée en fonction de l'importance des mouvements migratoires (Conclusions XIV-1 (1998), Norvège), il maintient qu'il faut que des relations ou des dispositifs soient mis en place pour qu'une

telle collaboration puisse exister. Les situations courantes où une telle coopération peut s'avérer utile sont, par exemple, celles où un travailleur migrant qui a laissé sa famille dans son pays d'origine ne lui envoie pas d'argent ou doit être contacté pour une raison familiale, ou celles où un travailleur migrant est rentré au pays mais doit récupérer des salaires ou des prestations qui ne lui ont pas été versés, ou celles où il doit régler certaines questions restées en suspens dans le pays où il a travaillé (Conclusions XV-1 (2000), Finlande).

Le rapport ne contient aucune information relative à une coopération ou collaboration concrète avec les services d'autres États. Le Comité note que, selon l'OIM, "du fait de l'insuffisance du cadre réglementaire et du mécanisme d'accompagnement, les migrants géorgiens utilisent leur réseau de contacts ou ont recours aux services d'agences de recrutement privées ou de connaissances pour trouver du travail à l'étranger. La nature essentiellement informelle de l'emploi accroît leur vulnérabilité à l'exploitation (non-respect du droit du travail et des droits fondamentaux)". Le Comité demande que le prochain rapport présente des observations à ce propos.

Au vu des informations disponibles, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Géorgie est conforme à l'article 19§3 de la Charte.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 4 - Egalité en matière d'emploi, de droit syndical et de logement

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les travailleurs migrants résidant légalement dans le pays bénéficient d'un traitement non moins favorable que celui des nationaux en matière de rémunération et conditions de travail, ou de logement.

Rémunération et autres conditions d'emploi et de travail

Le rapport indique que, d'après la loi sur le statut juridique des étrangers et des personnes apatrides, telle que modifiée en 2015, les migrants peuvent exercer une activité professionnelle conformément aux dispositions du droit interne. En particulier, ils jouissent des mêmes droits, libertés et obligations que les citoyens géorgiens. Les migrants en Géorgie sont égaux devant la loi, sans distinction d'origine, de condition sociale et matérielle, de race, de nationalité, de genre, d'éducation, de langue, de religion, d'opinions politiques ou autres, de domaine d'activité ou d'autres circonstances. La Géorgie garantit sur son territoire la protection de la vie, l'intégrité physique, les droits et les libertés des (migrants) étrangers.

Le rapport indique également que les services de l'Inspection du travail sont chargés de contrôler les conditions de travail des migrants et, le cas échéant, de sanctionner l'entreprise si leurs droits ne sont pas respectés. Afin que l'Inspection du travail puisse coopérer avec d'autres organes gouvernementaux et institutions publiques en vue d'empêcher le travail forcé ou l'exploitation et la traite des migrants, le ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales et le ministère de l'Intérieur ont conclu un mémorandum de coopération mutuelle sur la promotion de la détection des cas de traite le 13 août 2015. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en oeuvre de ce mémorandum.

Le Comité estime que les informations figurant dans le rapport ne lui permettent pas d'apprécier correctement la situation. Il rappelle que les États sont tenus d'éliminer toute discrimination de droit et de fait en ce qui concerne la rémunération et autres conditions d'emploi et de travail, y compris pour ce qui est de la formation en cours d'emploi et de l'avancement professionnel (Conclusions VII (1981), Royaume-Uni). Le Comité considère donc qu'il n'est pas établi que l'égalité de traitement soit garantie en pratique entre travailleurs migrants et citoyens géorgiens par rapport à la rémunération et aux conditions d'emploi et de travail.

Logement

Le Comité rappelle que l'engagement que souscrivent les États dans le cadre de cet alinéa est d'éliminer toute discrimination de droit et de fait en ce qui concerne l'accès au logement public et au logement privé (*Centre européen des droits des Roms (CEDR) c. France,* réclamation n° 51/2008, décision sur le bien-fondé du 19 octobre 2009, paragraphes 111 à 113). Aucune restriction, ni en droit ni en pratique, ne doit exister en matière d'acquisition de logements, d'accès aux logements sociaux ou d'aides au logement telles que des prêts ou des subventions (Conclusions IV (1975), Norvège – Conclusions III (1973), Italie).

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2011 et 2015), le Comité a demandé des informations prouvant l'absence de discrimination des travailleurs migrants dans la pratique pour ce qui est du logement ou concernant toutes mesures qui pourraient avoir été prises

pour remédier à des cas de discrimination. Le rapport ne fournissant aucune information à ce sujet, le Comité renouvelle sa question. Entretemps, il considère qu'il n'est pas établi que l'égalité de traitement soit garantie en pratique entre les travailleurs migrants et les nationaux en ce qui concerne le logement.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 19§4 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 19§4 a et c de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que l'égalité de traitement soit garantie en pratique entre travailleurs migrants et nationaux en ce qui concerne la rémunération et les conditions de travail, ou le logement

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 6 - Regroupement familial

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015. Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Géorgie.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi que l'État facilite autant que possible le regroupement de la famille des travailleurs migrants.

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2011 et 2015) pour ce qui est des personnes admises au bénéfice du regroupement familial en application de la loi sur le statut juridique des étrangers et des personnes apatrides. Il a demandé des précisions sur la procédure visée à l'article 17.10 de la loi précitée concernant le processus décisionnel, afin de pouvoir apprécier l'éventuel caractère discrétionnaire de la délivrance d'un titre de séjour à des fins de regroupement familial. Il a notamment demandé quelles étaient les instances compétentes pour déterminer la suite à donner au dossier eu égard aux impératifs de sécurité publique et d'ordre public et sur des considérations de quel ordre était fondée leur décision. Il a en outre demandé quelle était la procédure suivie, une fois prise la décision quant à l'opportunité de faire droit à la demande, pour décider si le titre de séjour pouvait être délivré, et si des conditions étaient à remplir en termes de santé, niveau de ressources, logement, compétences linguistiques ou durée de résidence requise pour être éligible au regroupement familial. Enfin, il a demandé des informations et des données chiffrées concernant les procédures engagées pour faire appel des décisions relatives à l'octroi de titres de séjour au titre du regroupement familial.

Selon le rapport, un titre de séjour permanent est délivré à tout étranger qui est parent, enfant ou conjoint d'un citoyen géorgien ou à tout étranger en possession d'un titre de séjour temporaire ayant vécu en Géorgie durant les six dernières années (les périodes d'études ou de traitement médical et les missions diplomatiques n'étant pas prises en compte). Un titre de séjour temporaire peut être octroyé pour une durée maximale de six ans à un membre de la famille (conjoint, parent ou enfant) d'un étranger ou d'une personne apatride aux fins du regroupement familial.

En réponse à la question du Comité, le rapport affirme qu'en ce qui concerne le regroupement familial, il n'y a pas de conditions supplémentaires à remplir en termes de santé, niveau de ressources, logement, compétences linguistiques ou durée de résidence requise pour être éligible au regroupement familial. Ceci contredit néanmoins les informations figurant dans le rapport relatives à la procédure d'octroi des titres de séjour conformément à l'arrêté ministériel no 520 du 1er septembre 2014.

De fait, selon cet arrêté, l'Agence de développement du service public du ministère de la Justice (l'Agence), qui est chargée du traitement des demandes de titres de séjour, peut exiger un certificat de santé dès lors qu'une épidémie se propage dans un autre pays et que la nature, la gravité et la durée de la maladie peuvent mettre en danger la population géorgienne. À cet égard, le rapport précise qu'en vertu de la loi sur le statut juridique des étrangers et des personnes apatrides, un étranger peut bel et bien se voir refuser un titre de séjour s'il est atteint d'une maladie infectieuse ou d'une maladie figurant sur la liste établie par le ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales. Le Comité rappelle qu'un État ne peut refuser l'entrée sur son territoire, au titre du regroupement familial, d'un membre de la famille d'un migrant pour des motifs de santé. Les refus prononcés pour ce motif doivent se limiter à des maladies spécifiques d'une gravité telle qu'elles peuvent mettre en danger la santé publique. Il s'agit des maladies quarantenaires énumérées dans le règlement sanitaire de 1969 de l'Organisation mondiale de la santé ou d'autres maladies

infectieuses ou contagieuses graves telles que la tuberculose ou la syphilis. La toxicomanie ou des maladies mentales très graves peuvent justifier un refus de regroupement familial, à condition toutefois que les autorités établissent au cas par cas qu'il s'agit de maladies ou infirmités susceptibles de menacer l'ordre public ou la sécurité publique. Compte tenu de ce qui précède, le Comité demande que le rapport suivant précise quelles sont les maladies portées par le ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales sur la liste des maladies pouvant faire obstacle à l'approbation d'une demande de regroupement familial. Il demande également des informations sur la manière dont ces dispositions sont appliquées en pratique, à la lumière des données disponibles concernant les refus opposés pour motif de santé.

Le rapport indique en outre que, dans le cas d'une demande de titre de séjour à des fins de regroupement familial, l'arrêté requiert explicitement qu'il soit apporté la preuve que le revenu légal du membre de la famille déjà établi en Géorgie est au moins égal à deux fois le montant du minimum vital pour un consommateur moyen en Géorgie. Des justificatifs du revenu légal de la personne déjà établie en Géorgie sont également exigés lorsqu'un titre de séjour permanent est demandé dans le cadre du regroupement familial, mais aucun seuil de revenus n'est fixé par l'arrêté. L'Agence peut également exiger, à n'importe quel stade de la procédure administrative, la production de documents à l'appui de faits et circonstances mis en avant par l'intéressé, qui seront des éléments décisifs dans la décision d'octroi du titre de séjour. Le Comité rappelle que le niveau de ressources exigé par les États pour faire venir sa famille ou certains de ses membres ne doit pas être restrictif au point d'empêcher tout regroupement familial, et que les prestations d'assistance sociale ne doivent pas être exclues du calcul du niveau de revenu du travailleur migrant ayant introduit une demande de regroupement familial. Il demande si les prestations sociales sont prises en compte lors de l'évaluation des revenus de la personne qui demande un titre de séjour pour des membres de sa famille. Il demande en outre que le rapport suivant fournisse des informations complémentaires concernant le nombre et le taux de refus de regroupement familial motivés par l'insuffisance des ressources.

S'agissant des conditions d'examen des demandes de titre de séjour, l'arrêté prévoit qu'une décision d'octroi ou de renouvellement d'un titre de séjour doit être rendue sous 30 jours une fois que toutes les pièces à joindre au dossier ont été fournies. Si l'Agence doit consulter d'autres autorités publiques, elle doit le faire dans les trois jours suivant la réception de la demande et les informations requises doivent lui être communiquées dans un délai de cinq jours. Sur la base des informations disponibles, un fonctionnaire habilité de l'Agence édicte un acte administratif individuel portant octroi ou refus du titre de séjour. L'Agence délivre un titre de séjour à tout étranger ayant obtenu le permis de séjour. En cas de refus, l'étranger peut déposer une nouvelle demande au même titre au plus tôt un mois après la décision de refus. Les décisions sont susceptibles d'appel, conformément à la loi, dans le mois suivant la communication de la décision. Tout en prenant note de ces informations, le Comité considère qu'elles ne répondent pas à sa demande d'information concernant les critères appliqués pour évaluer les risques pour la sécurité nationale ou l'ordre public dans le cadre d'une procédure d'octroi de titre de séjour à des fins de regroupement familial. Elles ne répondent pas non plus à sa demande de données chiffrées concernant les refus opposés au regroupement familial et les recours y afférents. Le Comité renouvelle donc ses demandes d'information. Il demande en outre que le rapport suivant précise si les membres de la famille d'un travailleur étranger jouissent d'un droit propre au séjour pendant toute la validité de leur titre de séjour, même si celui du travailleur étranger arrive à expiration avant le leur.

Vu les informations disponibles et les questions encore en suspens, le Comité maintient qu'il n'est pas établi que l'État facilite autant que possible le regroupement de la famille des travailleurs migrants.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 19§6 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que l'État facilite autant que possible le regroupement de la famille des travailleurs migrants.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 11 - Enseignement de la langue de l'état d'accueil

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015. Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Géorgie.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi que l'État ait pris des mesures adéquates pour promouvoir et faciliter l'enseignement de la langue nationale aux travailleurs migrants et aux membres de leurs familles.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a demandé des informations sur les programmes d'enseignement spécifiquement destinés aux travailleurs migrants et à leurs familles. Il a notamment demandé sur quelle base reposait le droit des ressortissants étrangers à l'enseignement de la langue nationale et si des cours spéciaux, des programmes extrascolaires ou d'autres formes de soutien étaient fournis aux enfants des travailleurs migrants afin de leur permettre d'apprendre la langue et de s'investir pleinement dans leurs études. Enfin, il a demandé des informations sur les cours proposés aux migrants adultes pour faciliter leur apprentissage, et sur les coûts afférents à ces formations.

En réponse aux questions du Comité, le rapport indique que la loi relative à l'enseignement général a été modifiée en 2015 de façon à ce que le budget alloué à l'enseignement général bénéficie non seulement aux citoyens géorgiens, mais aussi aux étrangers, apatrides, réfugiés et autres personnes bénéficiant d'une protection internationale. En vertu de l'arrêté ministériel no 98/2 portant approbation de la procédure de validation de diplômes géorgiens et de reconnaissance d'études effectuées à l'étranger et des droits de scolarité, tout étranger peut s'inscrire dans un établissement d'enseignement général. Le Centre pour l'amélioration de la qualité de l'enseignement est l'organisme chargé de la reconnaissance des titres et diplômes obtenus à l'étranger (se reporter au rapport pour plus de précisions). Sur la base de l'évaluation des certificats fournis ou des compétences de l'intéressé effectuée par cet organisme, il sera inscrit dans une classe correspondant à son âge ou d'un niveau inférieur. S'agissant de l'enseignement supérieur, le rapport précise que les étudiants de licence ont la possibilité, pendant leur première année d'études, de suivre un programme de préparation linguistique. Ils obtiennent un certificat de niveau linguistique en géorgien à l'issue du programme et peuvent ensuite poursuivre leurs études. Le Comité relève en outre dans le rapport que depuis 2015, un programme d'apprentissage du géorgien est en place pour les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes bénéficiant d'une protection internationale qui ont moins de 18 ans. Ce programme comporte deux modules dont un destiné aux enfants de 6 à 11 ans et l'autre à la tranche d'âge 11-18 ans.

Le Comité demande si les enfants des travailleurs migrants qui arrivent en Géorgie sans connaître la langue et n'ont pas le statut de réfugié, demandeur d'asile, etc. ont également la possibilité de suivre gratuitement des cours spéciaux de géorgien, afin de pouvoir s'intégrer rapidement à l'école et dans la société avec des enfants de leur âge. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse toutes les informations pertinentes concernant ces cours, s'ils existent.

S'agissant des adultes, le rapport indique que depuis 2016 (hors période de référence), des cours de géorgien sont disponibles dans le cadre de la formation professionnelle. L'école d'administration publique Zourab Jvania dispense par ailleurs un programme d'enseignement de la langue officielle à toute personne intéressée. Ces formations, entièrement financées par l'État, se déroulent dans les huit centres régionaux de l'école mais également en dehors de ces centres. Trois niveaux de cours sont proposés.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne de plus amples informations sur les cours de langue dispensés dans les établissements d'enseignement professionnel et par l'intermédiaire de l'École d'administration publique. Il demande en particulier des informations confirmant que les étrangers peuvent suivre ces cours gratuitement, étayées par les données disponibles sur la participation des étrangers à de telles formations.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 27 - Droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement

Paragraphe 1 - Participation à la vie professionnelle

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi :

- qu'il existe des services d'orientation professionnelle, de formation et de recyclage pour les travailleurs ayant des responsabilités familiales ;
- que la législation prévoie des formules facilitant la conciliation entre vie professionnelle et vie privée pour les personnes ayant des responsabilités familiales ;
- que les travailleurs en congé parental conservent leurs droits à la sécurité sociale.

Le Comité note que le rapport de la Géorgie n'apporte aucun élément nouveau en réponse à ces constats de non-conformité. En l'absence des informations demandées, le Comité reconduit sa conclusion négative.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 27§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi qu'il existe des services d'orientation professionnelle, de formation et de recyclage pour les travailleurs ayant des responsabilités familiales ;
- il n'est pas établi que la législation prévoie des formules facilitant la conciliation entre vie professionnelle et vie privée pour les personnes ayant des responsabilités familiales ;
- il n'est pas établi que les travailleurs en congé parental conservent leurs droits à la sécurité sociale.

Article 27 - Droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement

Paragraphe 2 - Congé parental

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Géorgie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi que les pères aient le droit de prendre une partie du congé parental sur une base individuelle, non transférable ni que des dispositifs (prestations de sécurité sociale ou aides servies au titre de l'assistance sociale) aient été mis en place pour rémunérer le congé parental au-delà du 183e jour ou le congé supplémentaire pris pour s'occuper d'un enfant.

Le Comité relève dans le rapport que la loi sur la fonction publique a été modifiée (entrée en vigueur : 1er janvier 2017). Ce nouveau texte définit le congé parental et prévoit à l'article 64, paragraphe 6, que seul le parent qui s'occupe effectivement de l'enfant adopté peut bénéficier du congé d'adoption visé aux paragraphes 1 à 4. Un congé de 550 jours calendaires, dont 90 rémunérés, est accordé à tout fonctionnaire pour autant que la mère de l'enfant n'ait pas pris le congé prévu par cet article. Le Comité demande si cette disposition concerne uniquement les enfants adoptés.

Le rapport indique en outre qu'il est envisagé de rédiger de nouveaux amendements pour assurer que les salariés du secteur privé puissent bénéficier d'un congé parental (pour les deux parents). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à ce sujet.

Le Comité considère que le rapport ne contient aucune information permettant de savoir si le père bénéficie d'un droit individuel au congé parental et s'il existe des dispositifs donnant lieu au versement d'allocations afin de couvrir la partie non rémunérée du congé parental. Par conséquent, il reconduit sa précédente conclusion de non-conformité.

Il demande que le prochain rapport réponde aux questions ci-après :

- l'article 27 du code du travail couvre-t-il à la fois le congé de maternité et le congé parental (dans la limite de 730 jours) et, dans l'affirmative, quelle proportion le congé parental représente-t-il ?
- le père bénéficie-t-il d'un droit individuel au congé parental, dont au moins une partie devrait être non transférable (dans le public et dans le privé) ?
- étant donné que le congé parental (au-delà du 183e jour) et le congé supplémentaire pris pour s'occuper d'un enfant (article 30 du code du travail) ne sont pas rémunérés, existe-t-il des dispositifs (prestations de sécurité sociale ou aides servies au titre de l'assistance sociale) destinés à rémunérer les parents qui prennent ces congés ?

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 27§2 de la Charte aux motifs que :

- qu'il n'est pas établit que les pères aient le droit de prendre une partie du congé parental sur une base individuelle, non transférable ;
- qu'il n'est pas établi que des dispositifs (prestations de sécurité sociale ou aides servies au titre de l'assistance sociale) aient été mis en place pour rémunérer le congé parental au-delà du 183e jour ou le congé supplémentaire pris pour s'occuper d'un enfant.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

HONGRIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Hongrie, qui a ratifié la Charte le 20 avril 2009. L'échéance pour remettre le 7e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Hongrie l'a présenté le 27 février 2017.

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 Hongrie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 12§§2 à 4, l'article 23 et l'article 30.

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

Les Conclusions relatives à la Hongrie concernent 14 situations et sont les suivantes :

– 8 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§4, 11§2, 11§3, 13§2, 13§3, 13§4 et 14§2 ;

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

En ce qui concerne l'article 3§3, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Hongrie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 11§2

En application de la loi CXXII de 2015 relative aux services de santé primaire, les services de médecine scolaire font désormais partie intégrante des services de santé primaire, qui relèvent de la responsabilité des municipalités.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations au sujet du droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté une conclusions de non-conformité concernant cet article.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),

- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 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.

* * *

*

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

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 Hongrie.

Objectif général de la politique

Le Comité a précédemment relevé que la Hongrie s'apprêtait à adopter un programme national de santé et de sécurité au travail et a demandé des informations complémentaires à ce sujet (Conclusions 2013). D'après le rapport, le Gouvernement a effectivement mis en place une Politique nationale en matière de sécurité au travail pour la période 2016-2022, mais cette initiative est intervenue hors période de référence.

La Politique nationale de santé et de sécurité au travail fixe les priorités de la Hongrie dans ce domaine pour les années 2016-2022, dans le droit fil de la stratégie que suit actuellement l'UE en la matière pour la période 2014-2020 et du Plan d'action mondial de l'OMS. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la teneur et les résultats de cette stratégie.

Le Comité souligne que les nouvelles technologies, 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. Il rappelle également que, s'agissant de l'article 3§1 de la Charte, le Comité tient compte du stress, des agressions, de la violence et du harcèlement 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 ne donnant aucune information sur ce point, le Comité renouvelle sa demande.

Le rapport explique en détail les modifications apportées à la loi XCIII de 1993 relative à la santé et à la sécurité au travail, notamment l'actualisation de certaines définitions, la création de nouveaux organismes et la mise à jour de la réglementation au vu des meilleures pratiques actuellement en usage. Le Comité relève aussi l'adoption, durant la période de référence, de plusieurs décrets portant sur la santé et la sécurité au travail.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a précédemment noté qu'en application des dispositions pertinentes de la loi XCIII de 1993 relative à la santé et à la sécurité au travail, un comité composé de représentants des organisations professionnelles et du Gouvernement a été chargé de cette question. Des échanges et discussions sur la santé et la sécurité au travail sont également organisés au niveau sectoriel, dans le cadre de tables rondes, ainsi qu'au niveau de l'entreprise, par l'intermédiaire des commissions de sécurité.

S'agissant de l'évaluation des risques, le Comité note que les modifications apportées à la loi XCIII de 1993 imposent notamment à tous les employeurs de procéder à une telle évaluation avant de démarrer une quelconque activité. Il relève également que le Comité pour la santé et la sécurité au travail a publié deux manuels méthodologiques, l'un sur l'évaluation des risques psychosociaux (2013) et l'autre sur l'évaluation des risques généraux (2014).

La directive du Conseil 2010/32/UE portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire a été transposée dans le droit hongrois par le décret 51/2013 (VII. 15.) Ce texte contient des règles précises sur l'évaluation, la gestion et la prévention des risques auxquelles doit se conformer le prestataire de services de santé, ainsi que sur la formation et l'information des travailleurs.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le Comité, ayant précédemment noté (Conclusions 2013) que les services de l'Inspection du travail avaient réalisé plusieurs campagnes nationales et procédé à de multiples contrôles, a demandé des informations complémentaires à ce sujet. Le rapport expose en détail les actions menées au niveau national dans des secteurs tels que l'exploitation minière et l'agriculture ; il revient sur la gestion des risques psychosociaux et attire l'attention sur les activités impliquant des risques biologiques, sur les risques de blessures par infection encourus lors de prestation de soins de santé, ou encore des risques associés aux tâches effectuées dans le secteur du bâtiment. Il fait également état d'une initiative visant à mettre en œuvre la campagne européenne pour la prévention des « glissades et trébuchements ».

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Cette consultation se fait par l'intermédiaire du Comité pour la santé et la sécurité au travail, instance tripartite (Gouvernement, patronat et syndicats) dotée de ses propres règles. Ledit Comité procède, entre autres, à l'examen de la législation et des projets de loi, fournit des informations et mène des activités de sensibilisation. Il participe à l'élaboration des plans d'action annuels création, à leur évaluation et à leur contrôle.

Des consultations sur les questions de sécurité et de santé sont également organisées au plan sectoriel et au niveau de l'entreprise.

Le rapport rend compte des différentes réunions tenues par le Comité de santé et de sécurité au travail durant la période de référence.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Hongrie 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 Hongrie.

Risques couverts par les règlements

Dans ses précédentes Conclusions, le Comité a jugé la portée générale de la réglementation nationale relative aux risques professionnels conforme à la Charte dans la mesure où elle couvrait la grande majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 (1998).

Le rapport détaille les modifications apportées à la loi XCIII de 1993 relative à la santé et à la sécurité au travail pendant la période de référence (voir la conclusion concernant l'article 3§1), ainsi que les décrets portant, entre autres, sur la sécurité chimique, la protection des travailleurs exposés aux risques liés à l'amiante ou aux vibrations ou encore les prescriptions minimales en matière de santé et de sécurité pour les tâches effectuées à l'aide d'équipements à écran de visualisation.

Le Comité a précédemment souligné qu'au regard de l'article 3§2 de la Charte, la réglementation relative à la santé et la sécurité au travail doit tenir compte du stress, des agressions et de la violence propre au travail que subissent en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques (Observation interprétative de l'article 3§2 de la Charte, Conclusions 2013). Il a demandé des informations à ce sujet.

Ce point n'étant pas abordé dans le rapport, le Comité renouvelle sa requête.

Niveaux de prévention et de protection

Le Comité examine les niveaux de prévention et de protection prévus par les textes législatifs et réglementaires pour certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a précédemment considéré que les niveaux de prévention et de protection en ce qui concerne l'établissement, la modification et l'entretien des postes de travail satisfaisaient aux prescriptions de l'article 3§2 de la Charte (Conclusions 2013).

Il a demandé des informations sur la transposition de la directive 2009/104/CE 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 ainsi que de la directive 2008/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2008 modifiant la directive 2004/40/CE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques). Il a également demandé des précisions sur les mesures préventives adaptées à la nature des risques mises en œuvre à l'issue d'une évaluation obligatoire des risques professionnels, sur les activités d'information et de formation des travailleurs qui s'en suivent, ainsi que sur le calendrier de mise en conformité du lieu de travail.

D'après le rapport, la directive 2009/104/CE 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 a été initialement appliquée au moyen du décret n° 14/2004 (IV. 19.) FMM du ministère de l'Emploi et du Travail sur les normes minimales de sécurité et de santé des outils de travail ; ce texte a cependant été abrogé le 5 mai 2016 (hors période de référence) et remplacé par le décret 10/2016 (IV. 5.) NGM du ministère de l'Economie nationale sur le niveau minimum des exigences de sécurité et de santé relatif aux outils de travail et à leur utilisation.

La directive 2013/35/UE du Parlement européen et du Conseil CE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux

risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques), qui abroge la directive 2004/40/CE, a été publiée au Journal officiel de l'Union européenne le 29 juin 2013. Le délai de transposition en droit national de cette directive était fixé au 1er juillet 2016.

S'agissant de l'évaluation des risques, le Comité note que les modifications apportées à la loi XCIII de 1993 relative à la santé et à la sécurité au travail imposent notamment à tous les employeurs de procéder à une telle évaluation avant de démarrer une quelconque activité.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des précisions sur les dispositions relatives à la protection contre les risques liés à l'exposition au benzène.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le Comité a précédemment demandé des informations sur les mesures adoptées pour incorporer la directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail et 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.

D'après le rapport, les dispositions du décret n° 12/2006 du ministère de la Santé s'appliquent à toutes les activités réalisées dans le cadre d'un travail organisé, au cours duquel les salariés sont ou peuvent être exposés à des risques liés à l'amiante ou à des produits ou matériaux en contenant ou à des activités réalisées avec des produits en renfermant. L'employeur doit aviser par écrit les collectivités territoriales et l'autorité chargée de la santé et de la sécurité au travail de la réalisation de toute activité relevant du champ d'application du décret, et ce quinze jours avant son démarrage.

D'autres textes veillent également au respect de la directive 2009/148/CE : le décret n° 12/2006 du ministère de la Santé sur la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante, le décret n° 26/2000 (IX. 30.) du ministère de la Santé sur la protection des travailleurs contre les substances cancérigènes et la prévention des lésions professionnelles causées par de telles substances, ainsi que la loi XCIII de 1993 relative à la santé et à la sécurité au travail.

La fabrication, la mise sur le marché et l'utilisation de fibres d'amiante et d'articles auxquels elles ont été délibérément ajoutées sont interdites. L'utilisation d'articles contenant des fibres d'amiante qui étaient déjà installés et/ou en service avant le 1er janvier 2005 continue d'être autorisée jusqu'à leur élimination ou leur fin de vie utile.

Le Comité demande si les autorités envisagent de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Etant donné l'importance que revêt cette question à la lumière du droit à la protection de la santé de la population (article 11), le Comité demande que le prochain rapport rende spécifiquement compte de ce qui a été fait en ce sens.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

S'agissant de la protection des travailleurs contre les radiations ionisantes, le Comité a précédemment jugé la situation conforme à la Charte (Conclusions 2013).

Le Comité demande confirmation que les travailleurs sont protégés à un niveau au moins équivalent à celui fixé dans les recommandations de la Commission internationale de protection radiologique (Publication CIPR 103 de 2007).

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité examine le champ d'application personnel de la législation et de la réglementation pour ce qui est des travailleurs exerçant des formes d'emplois atypiques.

Travailleurs temporaires et autres catégories de travailleurs

Le rapport indique que la législation relative à la santé et la sécurité au travail s'applique à tous les travailleurs, aussi bien temporaires que sous contrat à durée déterminée, quel que soit leur statut, et à tous les types de travail organisé.

Le Comité note toutefois que le travail organisé s'entend de tout travail réalisé dans le cadre d'une relation d'emploi et ne couvre pas, entre autres, le travail effectué au domicile d'un particulier dans le cadre d'un contrat d'emploi simplifié, les emplois dans la fonction publique, les fonctions de juge, les emplois du système judiciaire, les fonctions exercées au sein du ministère public, les activités réalisées dans des établissements de formation professionnelle par des étudiants au titre de leur formation, ainsi que les travaux effectués par des détenus.

Le Comité rappelle avoir précédemment jugé la situation non conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif que les employés de maison et les travailleurs indépendants n'étaient pas protégés par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Il note que cette situation n'a pas changé.

Le Comité demande de quelle protection bénéficient les autres catégories de « travailleurs » énumérés ci-dessus, tels que ceux employés dans les administrations, les juges, etc., face aux risques et dangers qu'ils peuvent rencontrer dans l'exercice de leur activité professionnelle.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité rappelle que la consultation se fait essentiellement par l'intermédiaire du Comité de santé et de sécurité au travail, organe tripartite (voir l'article 3§1), qui formule des recommandations en matière de santé et de sécurité et donne son avis sur les projets de loi.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif que les travailleurs indépendants et les employés de maison ne sont pas protégés 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 Hongrie.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le rapport fait état du nombre d'accidents du travail ayant entrainé une perte de la capacité de gain de plus de trois jours ou le décès du salarié, qui ont été signalés à l'Inspection du travail et au Bureau national de géologie et des mines (selon la méthodologie SEAT) : il en a été recensé 17 129 en 2012 (dont 65 mortels), 17 236 en 2013 (dont 55 mortels) et 19 572 en 2014 (dont 81 mortels) (chiffres communiqués à EUROSTAT).

Les données fournies par l'autorité chargée de la santé et de la sécurité au travail (tirées des informations soumises par les employeurs) indiquent que 17 025 accidents ont été dénombrés en 2012 (dont 62 mortels), 17 222 en 2013 (dont 75 mortels) et 19 661 en 2014 (dont 78 mortels).

Ces chiffres dénotent une tendance à la baisse par rapport à la précédente période de référence.

Selon les données EUROSTAT, 65 accidents mortels ont été enregistrés en Hongrie en 2012, 55 en 2013 et 81 en 2014, soit un taux d'incidence de 2,03, 1,75 et 2,86 pour 100 000 travailleurs respectivement (la moyenne observée pour les 28 pays de l'UE étant de 2,42, 2,26 et 2,32).

Les données EUROSTAT montrent également que le taux d'incidence standardisé des accidents du travail non mortels était de 534,44 pour 100 000 travailleurs en 2012 et de 549,03 en 2014, taux nettement en-deçà de la moyenne calculée pour les 28 pays de l'UE.

Cent vingt cas de maladies professionnelles ont été déclarés en 2012 (dont cinq ont eu une issue fatale), 168 en 2013 (aucun décès) et 191 en 2014 (huit décès) ; le taux d'incidence était respectivement de 0,4, 0,6 et 0,7 pour 100 000 travailleurs. Le Comité note que le taux d'incidence des maladies professionnelles a augmenté pendant la période de référence.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste des maladies professionnelles), le taux d'incidence et le nombre de cas de maladies professionnelles reconnus et signalés durant la période de référence, ventilé par secteur d'activité et par année, y compris les cas de maladies ayant entraîné le décès du salarié et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, les maladies professionnelles les plus fréquentes durant la période de référence, ainsi que les mesures préventives prises ou envisagées. Il réserve entretemps sa position sur ces points.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment noté qu'à la suite de la refonte des structures administratives des zones métropolitaines et des comtés, les compétences régionales en matière d'inspection de la sécurité au travail avaient été transférées de l'Inspection nationale du travail – désormais la « Direction chargée des questions de santé et de sécurité au travail et de l'inspection du travail » (NMH-MMI) – aux collectivités territoriales depuis le 1er janvier 2011. D'après le rapport, cette restructuration s'est traduite par le déploiement de 20 services d'inspection du travail, contre 7 inspections régionales auparavant.

Le Comité note que, selon les informations figurant dans le rapport, le nombre moyen d'inspecteurs a encore baissé durant la période de référence. Il avait précédemment relevé que ce chiffre avait été ramené à 123,5 en 2011 ; il est passé à 103,25 en 2014.

Le Comité note cependant que les chiffres relatifs aux inspections réalisées et aux employeurs contrôlés sont restés relativement stables ; en 2012, il a été procédé à 30 795 visites d'inspection dans 16 761 entreprises ; en 2014, 31 658 visites ont été effectuées dans 16 941 entreprises.

Le Comité relève dans les données de l'OIT que l'organisation des inspections peut reposer soit sur une directive nationale émanant du responsable de l'autorité en charge des questions de travail (généralement le directeur adjoint de la Direction chargée des questions de santé et de sécurité au travail et de l'inspection du travail) et publiée chaque année au Journal officiel du ministère de l'Economie nationale, ou s'appuyer sur un plan d'inspection annuel ciblé, établi par le responsable de la Direction précitée et précisant les exigences et objectifs de ces inspections. Elles peuvent également résulter d'instructions occasionnelles édictées par le responsable de l'autorité en charge des questions de travail lorsqu'il estime nécessaire une intervention des services d'inspection nationaux ou régionaux. Ces inspections peuvent viser des entreprises ou secteurs d'activité spécifiques ou porter sur des aspects particuliers du droit du travail. Elles peuvent aussi être prévues par des plans d'inspection élaborés par les services de l'Inspection du travail ou faire suite à une réclamation ou à des informations fournies par d'autres autorités.

Le Comité note qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les Etats parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3 de la Charte, Conclusions 2013).

Aucune information ne figurant sur ce point dans le rapport, le Comité réitère sa demande.

En cas de violation des règles de santé et de sécurité, les inspecteurs du travail –tenus de proposer des sanctions pour certains types d'infractions – sont habilités à recommander au responsable du service régional compétent de l'Inspection du travail d'infliger une amende. Les inspecteurs peuvent effectuer des visites de suivi pour vérifier si les employeurs se sont conformés aux mesures correctives. Si les amendes n'ont pas été acquittées, les inspecteurs peuvent lancer une procédure de recouvrement. Les sommes dues étant considérées comme des dettes publiques, elles peuvent être collectées au même titre qu'un impôt, avec éventuellement le concours de l'administration fiscale. En cas d'infraction moins grave, les inspecteurs peuvent ordonner des mesures correctives et attirer l'attention des employeurs sur le problème de non-conformité et l'obligation d'y remédier.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Hongrie.

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme à la Charte (Conclusions XIX (2009), Conclusions 2013).

Conformément à la loi XCIII de 1993 relative à la santé et à la sécurité au travail, les entreprises sont tenues d'organiser, à leurs frais, des services de médecine du travail pour leurs salariés afin de prévenir les risques pour la santé liés au travail. Elles peuvent à cet effet faire appel aux services d'un centre médical local ou de toute autre structure, éventuellement privée, proposant des services de médecine du travail. Elles peuvent également se doter d'un service interne de médecine du travail ou le partager avec d'autres entreprises.

D'après le rapport, en 2015, 2 168 206 salariés ont bénéficié des services de médecine du travail dispensés par 2 665 professionnels de santé – 982 exerçant ce type d'activité à temps plein et 1 683 à temps partiel.

Le Comité demande que le prochain rapport indique ce qui est fait pour que les travailleurs temporaires, intérimaires et indépendants, ainsi que les employés de maison, puissent avoir accès aux services de médecine du travail, et rende compte des mesures prises pour veiller à ce que les petites et moyennes entreprises respectent la législation.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie 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 Hongrie.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance (moyenne pour les deux sexes) était de 75,8 ans en 2015 (74,45 ans en 2009). L'espérance de vie était donc toujours inférieure à celle des autres pays européens. Par exemple, dans l'UE des 28, elle était estimée à 80,6 ans en 2015.

Le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) a oscillé entre 13 en 2012 et 12,8 en 2013 et 2014, pour atteindre 13,4 en 2015 (selon les indicateurs de la Banque mondiale). Le Comité note que le taux de mortalité a augmenté par rapport à la précédente période de référence (12,92/1 000 habitants en 2011).

Le rapport précise qu'en 2013 en Hongrie, les maladies cardio-vasculaires et le cancer étaient responsables des trois-quarts de la mortalité totale et de plus des deux tiers de la mortalité précoce (avant 65 ans). Le rapport fournit des données statistiques sur le nombre de décès ventilées par causes de décès pour les hommes et pour les femmes.

Le Comité relève dans la base de données Eurostat que le taux de mortalité infantile a légèrement baissé au cours de la période de référence : il est passé de 4,9 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012 à 4,2 en 2015 (contre 5,3 pour 1 000 naissances vivantes en 2010). Le Comité note que ce taux était supérieur à la moyenne des autres pays européens (3,6 pour 1 000 habitants dans l'UE des 28 en 2015).

En qui concerne le taux de mortalité maternelle, le Comité a précédemment noté qu'en 2010, il avait atteint 15,5 décès pour 100 000 naissances vivantes, et ne s'était donc pas amélioré depuis la précédente période de référence. Il a demandé que le prochain rapport fasse état des mesures qui auraient été prises pour corriger cette situation (Conclusions 2013). Le Comité note que, d'après les indicateurs de la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle a augmenté depuis la précédente période de référence. En effet, il était de 16 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2011 et 2014, et a même atteint les 17 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Le rapport fait état de quelques mesures prises dans le domaine des soins prénatals et de la planification familiale positive et consciente. Selon le décret n° 26/2014 relatif aux soins prénatals promulgué par le ministre des Ressources humaines et entré en vigueur en 2014, les soins prénatals constituent un service complet dispensé en coopération entre l'infirmière de secteur, le médecin généraliste, le gynécologue-obstétricien, la sage-femme (si la femme enceinte a choisi de faire appel à une sage-femme, ce qui est une nouvelle possibilité) et la femme enceinte. Une sage-femme ne peut dispenser de soins prénatals qu'en cas de grossesse à faible risque (selon le diagnostic du gynécologue obstétricien). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre de ces mesures dans la pratique et précise quel a été leur impact sur la réduction du taux de mortalité maternelle.

Prenant note des mesures prises pendant la période de référence, le Comité considère que, compte tenu de la faiblesse de l'espérance de vie et en particulier du taux de mortalité maternelle élevé comparativement à d'autres pays, les mesures prises pour réduire la mortalité maternelle ont été insuffisantes et réitère son constat de non-conformité.

Accès aux soins de santé

Le rapport fournit une description détaillée des textes de loi relatifs aux soins de santé qui ont été modifiés pendant la période de référence. Parmi les mesures prises pendant cette période, le rapport fait état des évolutions survenues dans le domaine de la cancérologie, et mentionne l'interdiction de fumer dans les lieux clos, la possibilité pour les infirmières de secteur d'assurer le dépistage du cancer du col de l'utérus, la vaccination des filles 12 et 13

ans contre le papillomavirus et le dépistage du cancer colorectal mis en place dans trois comitats.

Le Comité demande à être tenu informé de la mise en œuvre des réformes du secteur des soins de santé mentionnées dans le rapport ; il demande également si ces réformes répondent aux besoins de la population en la matière, quelles en sont les conséquences sur le coût des soins, et si elles ont pour effet d'abaisser le taux de mortalité évitable.

Le Comité note que, d'après les données de l'OCDE, les dépenses consacrées par la Hongrie au secteur de la santé (à l'exclusion des dépenses d'investissement) ont représenté 7,4 % du PIB en 2013, soit un pourcentage inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE, qui était de 8,9 %. Selon la même source, les dépenses restant à la charge des patients ont légèrement augmenté au cours des dernières années. En 2013, elles ont représenté 28 % des dépenses de santé totales, soit un pourcentage bien supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE, qui était de 19 %. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la part des dépenses de santé restant à la charge des patients et sur les mesures prises pour les réduire. Il demande également quelle proportion de ces dépenses correspond à des paiements informels, quelle est la fréquence des paiements informels et s'ils sont pratique courante en Hongrie.

Le Comité a plusieurs fois demandé des informations précises sur les délais moyens d'attente pour bénéficier de soins hospitaliers et d'une première consultation en soins primaires (Conclusions 2013, Conclusions XIX-2 (2010), Conclusions XVII-2 (2005)). Le rapport fournit des informations sur la gestion des listes d'attente pour des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des transplantations. Le rapport souligne que depuis le 1er juillet 2012, un registre national actualisé des listes d'attente fournit au public des informations en temps réel sur l'état des listes d'attente par région ou par établissement de santé (disponible sur le site web : www.oep.hu).

Le rapport précise que selon les premières analyses effectuées après la mise en place du registre national des listes d'attente, une différence claire a été constatée entre les délais moyens d'attente planifiés, calculés d'après les dates d'intervention chirurgicale prévues au moment de l'inscription des patients sur les listes d'attente, et les délais d'attente réels calculés d'après la date d'intervention effective. Les délais d'attente réels se sont avérés plus courts que les délais d'attente prévus, et la réduction de ces délais – à l'exception de ceux qui concernaient l'arthroplastie du genou – a pratiquement atteint les premiers objectifs fixés (pour une arthroplastie de la hanche et du genou, le délai d'attente a été ramené à 180 jours et pour une opération de la cataracte à 90 jours). De plus, pour les arthroplasties du genou, l'amélioration est manifeste, puisque le délai d'attente est passé de 684 jours à 400 jours. Le Comité demande à être tenu informé de l'évolution des délais d'attente effectifs pour les interventions médicales soumises à inscription sur une liste d'attente.

Le Comité note que, d'après les données de l'OCDE, le taux d'obésité de la Hongrie est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE. Selon le rapport, la loi CIII de 2011 relative à la taxation des produits menaçant la santé publique a mis en place, au 1er septembre 2011, une taxe sur les aliments ayant une teneur élevée en sucre, en sel ou en caféine et présentant des risques avérés pour la santé. Le rapport ajoute que de nouvelles normes ont été introduites dans le domaine de la restauration collective. Le Comité demande à être tenu informé de la mise en œuvre de ces mesures et que lui soit précisé si d'autres mesures sont prises pour remédier à ce problème (par exemple au problème de la mauvaise alimentation et du manque d'activité physique).

En réponse à la précédente question du Comité concernant l'existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes et l'éventail de possibilités et traitements offerts, le rapport précise que différentes formes de traitements ambulatoires et hospitaliers et de structures de soins sont accessibles aux consommateurs de drogues dans tout le pays. La prise en charge des toxicomanes est partagée entre le système de soins de santé et les services sociaux, avec la participation d'organisations non-gouvernementales. En ce qui

concerne les possibilités de traitement, il n'existe pas de programmes axés sur des types de drogues spécifiques. Les programmes sont généralement ouverts aux usagers de tous types de drogues ou, plus globalement, aux personnes souffrant de diverses dépendances et de problèmes psychiatriques. Il existe cependant une exception, à savoir que depuis 1994, un traitement de substitution aux opiacés est accessible aux personnes qui luttent de longue date contre une dépendance aux opiacés. Le traitement de la toxicomanie ne constitue pas une catégorie à part dans le système de soins de santé et de protection sociale, mais est généralement pris en charge par les services d'addictologie et les services psychiatriques. La prévention et la sensibilisation peuvent être assurées par tous types de structures, et de très nombreuses organisations non-gouvernementales offrent ce genre de service. Le rapport fournit également des informations sur les principaux objectifs de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, ainsi que des données statistiques sur le nombre d'unités de traitement et le nombre de leurs bénéficiaires.

Le Comité relève dans la base de données Eurostat qu'en 2014, la Hongrie était l'État membre qui présentait la proportion la plus élevée de personnes ayant déclaré des symptômes dépressifs (10,5 % de la population adulte (de 18 ans et plus) contre 6,8 % pour la moyenne de l'Union européenne). Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement.

Le Comité demande également que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et traitements dentaires (par exemple qui peut bénéficier de soins gratuits, le coût des soins les plus fréquents et la part des frais restant à la charge des patients).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire la mortalité maternelle sont insuffisantes.

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 Hongrie.

Education et sensibilisation de la population

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations actualisées sur l'éventail des activités proposées par les services de santé publique ou autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (Conclusions 2013). Le rapport fournit des informations sur les mesures prises et les campagnes de sensibilisation menées pendant la période de référence afin de promouvoir une alimentation saine et l'activité physique (en particulier dans les écoles). Il fait également état d'un programme de prévention des risques destiné aux adolescents et de projets de prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Le rapport ajoute que 61 bureaux de promotion de la santé ont démarré leur activité en 2013 et 2014 pour renforcer la capacité de prévention du système de soins de santé. Le rapport souligne que 20 de ces bureaux se situent dans des communes très défavorisées et dix-huit dans des communes défavorisées. Les bureaux de promotion de la santé coordonnent les programmes de promotion de la santé des communes, et assurent la liaison entre les services de soins de santé de base, les services de soins de santé spécialisés externes (indépendants ou intégrés à des services hospitaliers) et les structures qui mènent des programmes de promotion de la santé. Ils ont mis en œuvre 2 865 programmes d'éducation à la santé et de promotion de la santé au niveau local et 87 215 personnes ont suivi leurs programmes d'activité physique pendant la durée du projet.

Le Comité a précédemment demandé si l'éducation à la santé en milieu scolaire constituait une obligation légale, comment elle était organisée dans les programmes scolaires (matière distincte ou intégrée dans d'autres matières), et en quoi elle consistait (Conclusions 2013). Le rapport dresse la liste des textes de loi qui régissent l'éducation à la santé. Il précise que l'une des priorités du programme pédagogique est l'éducation à la santé et à l'environnement. Le programme d'éducation à la santé fait partie intégrante du programme éducatif. Le Comité rappelle que l'éducation à la santé à l'école doit couvrir au moins les thèmes suivants : prévention du tabagisme et de l'alcoolisme, éducation sexuelle et génésique, en particulier prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida, prévention routière et promotion d'une alimentation saine. Il demande confirmation dans le prochain rapport que les sujets susmentionnés sont couverts par les programmes scolaires.

Consultation et dépistage des maladies

S'agissant des services de médecine scolaire, le Comité a précédemment demandé quelle était la proportion d'élèves qui bénéficiait d'examens médicaux en milieu scolaire dans tout le pays (Conclusions 2013). Le rapport précise qu'en application de la loi CXXII de 2015 relative aux services de santé primaire, les services de médecine scolaire font partie intégrante des services de santé primaire, qui relèvent de la responsabilité des municipalités. Les écoles maternelles et les établissements scolaires veillent à ce que les enfants de 3 à 18 ans et les jeunes de plus de 18 ans scolarisés à plein temps dans l'enseignement secondaire supérieur bénéficient des services préventifs de la médecine scolaire organisés dans le cadre des soins de santé primaire. Le rapport ajoute que en Hongrie, les services de médecine scolaires couvrent l'ensemble du pays et bénéficient à tous les élèves.

Les services de médecine scolaire sont assurés par le médecin scolaire et l'infirmière de secteur, avec la coopération d'un dentiste et d'un assistant dentaire. Le rapport dresse la liste des responsabilités des médecins scolaires, qui comprennent l'examen et le suivi de l'état de santé des enfants et des adolescents, l'examen des enfants et la prévention en cas de maladie contagieuse, la participation à l'éducation à la santé et à l'exécution du programme d'enseignement principal et la communication avec les parents et les

enseignants. Environ 200 médecins scolaires exercent à temps plein au sein de services de médecine scolaire, le reste étant essentiellement des médecins généralistes ou des pédiatres qui interviennent dans les écoles parallèlement à leurs autres activités médicales. Le rapport ajoute qu'il existe des services régionaux de soins infirmiers dans l'ensemble du pays. Les infirmières prennent part aux programmes scolaires d'éducation à la santé et à leur organisation, procèdent à des dépistages infirmiers et contrôlent l'hygiène personnelle des élèves (en cas de nécessité au regard de la santé publique), organisent les examens du médecin scolaire et les campagnes scolaires de vaccination et communiquent, en cas de besoin, avec les parents.

En ce qui concerne le dépistage, le Comité a précédemment noté que des dépistages des cancers du sein, du col de l'utérus, du colon et de la prostate étaient organisés (Conclusions 2009), ainsi que des examens de dépistage destinés aux nouveau-nés et aux enfants en bas âge – jusqu'à l'âge de six ans (Conclusions 2013). Le rapport précise que des examens peuvent être réalisés sur différents groupes de la population (répartis par tranches d'âge) afin de dépister des maladies infectieuses et certaines maladies chroniques non infectieuses. Le rapport fournit des informations sur les dépistages des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon organisés dans le pays. Le rapport ajoute que le Registre national du dépistage, géré par le Bureau du Chef des services médicaux de l'État, assure le suivi des trois types de dépistage organisés dans le cadre de la politique de santé publique (cancers du sein, du colon et du col de l'utérus) et évalue leurs résultats et leur qualité. Le Comité demande des informations actualisées à ce sujet dans le prochain rapport.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Hongrie 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 Hongrie.

Environnement sain

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant les mesures et règlements adoptés afin de réduire les risques environnementaux, en particulier dans les domaines de la qualité de l'air, de la qualité de l'eau, de la gestion des sols et des déchets, du changement climatique, des radiations ionisantes, des matériaux nucléaires et radioactifs et de l'alimentation saine.

Le Comité a précédemment noté que la gestion des déchets revêtait une importance particulière en Hongrie, pays pauvre en matières premières et en ressources énergétiques. Il a demandé à être tenu informé des politiques menées dans ce domaine (Conclusions 2013). Le rapport précise que la loi CLXXXV de 2012 relative aux déchets a été adoptée, modifiant la loi XLIII de 2000 sur la gestion des déchets. En conséquence, la législation relative à la gestion des déchets dans le secteur de la santé (par exemple, le décret n° 1/2002 du ministre de la Santé sur les déchets médicaux produits par les établissements de santé) devra aussi être révisée et modifiée. Le rapport ajoute que l'Institut national de la santé environnementale a élaboré, en mars 2012, un document de travail intitulé « L'impact des incinérateurs illégaux sur la santé humaine et l'environnement », qui est un document d'information et de sensibilisation dont il importe de tenir compte en attendant que les modifications législatives soient achevées.

Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de la nouvelle législation et de tout fait nouveau intervenu dans ces domaines. Il demande également des informations actualisées sur les niveaux de pollution atmosphérique et sur les cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire survenus pendant la période de référence.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité prend note des mesures prises pendant la période de référence afin de prévenir le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Le rapport souligne qu'il est interdit de fumer dans les lieux publics et les espaces collectifs clos depuis le 1er janvier 2012. La plupart des produits du tabac doivent être commercialisés dans des emballages présentant des photos, des illustrations et des mises en garde visant à protéger la santé depuis le 1er janvier 2013. Les produits du tabac ne peuvent être vendus que dans des magasins spécialisés et contrôlés – les débits de tabacs nationaux – depuis le 1er juillet 2013. À la suite de la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, la Hongrie a créé un point de contact pour la lutte antitabac, qui a débuté ses activités en 2005. Le rapport ajoute qu'afin de protéger les non-fumeurs, l'étiquette des paquets et des cartouches de tabac ne doit contenir aucune information trompeuse. De plus, les mises en garde sanitaires y figurant ont été agrandies. Par ailleurs, la vente à distance de produits du tabac a été interdite. Le rapport fait mention d'une étude de cas intitulée « Une Hongrie sans tabac », menée par le point de contact pour la lutte antitabac de l'Institut national de promotion de la santé avec le soutien de l'OMS, pour évaluer l'impact des modifications apportées à la législation sur la protection des non-fumeurs. Le Comité relève dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (profil national 2017), que le tabagisme est interdit dans la plupart des lieux publics désignés par la loi comme des environnements sans tabac, à l'exception des transports publics. Le Comité rappelle que le tabagisme doit être interdit dans les lieux publics, y compris dans les transports. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises en ce sens.

En ce qui concerne l'alcool, le rapport précise que selon la base de données « Santé pour tous » de l'OMS, la consommation d'alcool pur était de 10,88 litres par personne en 2013, ce

qui classait la Hongrie à la huitième place des États membres de l'Union européenne. Le rapport fait mention de quelques programmes locaux de prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Il ajoute que le Centre national d'addictologie de l'Institut national de promotion de la santé participe, au nom de la Hongrie, au projet international RARHA (Action commune pour réduire les dommages liés à l'alcool). Il a pour principal objectif de réduire les dommages liés à l'alcool, conformément à la stratégie de l'Union européenne. Le Comité demande à être informé de l'impact de ces programmes/projets sur la consommation d'alcool et la réduction de ses effets nocifs sur la santé. Par ailleurs, il demande une nouvelle fois des informations actualisées sur la législation relative à la vente d'alcool.

Le Comité prend note des principaux objectifs de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue 2013-2020, indiqués dans le rapport. Il relève dans le rapport national sur les drogues 2017, établi par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) que la stratégie fixe trois domaines d'intervention : (i) amélioration de la santé et prévention de la toxicomanie ; (ii) traitements, soins et guérison ; et (iii) et réduction de l'offre. La stratégie définit également les indicateurs qui permettront d'assurer son suivi et désigne les organismes chargés de collecter des informations. La même source précise qu'en Hongrie, le cannabis est la substance illicite la plus couramment consommée parmi la population générale, avec une prédominance chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans. Les données les plus récentes font toutefois état d'une baisse de la consommation de cannabis par les jeunes adultes au cours de l'année passée. En revanche, la consommation de MDMA/ecstasy, de cocaïne et d'amphétamines a augmenté entre 2007 et 2015. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre de la stratégie et sur son impact sur la prévention/réduction de la consommation de drogues.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les mesures prises pour réduire/prévenir la consommation de tabac, d'alcool et de drogues et sur l'évolution de leur consommation.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport précise que le programme de vaccinations obligatoires liées à l'âge des nourrissons et des enfants nés après le 30 juin 2014 offre désormais une protection contre onze maladies transmissibles (tuberculose, diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, rougeole, rubéole, oreillons, Haemophilus influenzae de type B, pneumocoque et hépatite B). Dans le cadre du programme de prévention contre le cancer du col de l'utérus, la vaccination libre et volontaire contre le papillomavirus a été mise en place pendant l'année scolaire 2014/2015 à l'intention des jeunes filles de plus de 12 ans scolarisées en 7e année. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport concernant les mesures prises pendant la période de référence aux fins de la prévention du VIH/SIDA.

Il note que le taux de couverture pour les onze vaccins obligatoires était très élevé durant la période de référence – entre 99,1 et 99,9 % – et demande à être tenu informé des types de vaccins inoculés et des taux de couverture vaccinale.

Accidents

En ce qui concerne les accidents, le rapport précise que les accidents (en ce compris les violences) constituent les principales causes de décès parmi les adolescents de 10 à 19 ans. Il ajoute que 132 enfants ont perdu la vie en Hongrie à la suite d'un accident en 2013. Les types les plus fréquents d'accidents mortels sont la fausse route et la suffocation chez les moins de 5 ans et les accidents de la route chez les plus de 5 ans (Bureau du Chef des services médicaux de l'État, 2015). Le rapport souligne que les décès et les dommages corporels causés par un accident de la route ont diminué pour les tranches d'âge de 0 à 17 ans et de 18 à 24 ans entre 2006 et 2013.

Le rapport mentionne quelques mesures prises pour prévenir les accidents. Par exemple, la matière « Vie pratique », intégrée en 2012 dans le programme scolaire national, permet de

dispenser une éducation à la sécurité par groupe d'âge. Elle porte notamment sur la prévention des accidents domestiques et des accidents de la route, la reconnaissance des risques et les premiers secours. Le rapport fait également mention d'une étude réalisée par l'Institut national de promotion de la santé en 2013 sur la prévention des dommages corporels et des accidents au niveau local, dans le but de formuler des recommandations pour prévenir les accidents.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 11§3, les États parties doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principaux accidents couverts sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents à l'école et les accidents pendant les loisirs. Il demande des informations sur les mesures prises pour prévenir/réduire ces types d'accidents et sur l'évolution de leur nombre.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Hongrie 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 Hongrie.

S'agissant des **prestations familiales** et des prestations de **maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2013) pour une description du système de sécurité sociale hongrois. Il note qu'il continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'État. Le rapport rappelle que l'indemnisation du chômage est assurée par un régime distinct (conformément à la loi de 1991 relative à l'emploi, qui a été modifiée durant la période de référence) ; les autres prestations sont servies par les régimes obligatoires de sécurité sociale et par les régimes de services sociaux gérés par l'État (se reporter au rapport pour de plus amples informations sur les lois pertinentes et sur les modifications apportées au cadre législatif durant la période de référence).

Le Comité a précédemment noté que toute personne exerçant une activité rémunérée (salariés et travailleurs indépendants) avait droit aux **soins de santé**, de même que les mineurs et les bénéficiaires de diverses prestations et allocations. Une assurance volontaire était également disponible. Bien que le rapport ne contienne pas d'informations actualisées sur le pourcentage d'assurés par rapport à l'ensemble de la population, le Comité relève dans la base de données de l'OCDE sur la santé que 95 % de la population était couverte en 2015. En réponse à la question du Comité, le rapport indique qu'en 2015, 62 % de la population active totale était couverte s'agissant des prestations de **vieillesse** et d'**invalidité**, et que près de 91 % de la population active totale pouvait percevoir l'allocation de **chômage** après l'inscription comme demandeur d'emploi. Le rapport ne contient pas d'informations relatives aux taux de couverture s'agissant des indemnités de **maladie** et des prestations en cas d'**accident du travail** ou de **maladie professionnelle**. Le Comité rappelle que pour être conforme à l'article 12§1 de la Charte, le système de sécurité sociale 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. Le Comité demande par conséquent que des informations à jour sur le taux de couverture (pourcentage d'assurés par rapport à la population active totale) pour toutes ces branches soient systématiquement fournies dans chaque rapport consacré à l'article 12 de la Charte.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 4 556 € par an en 2015, soit 380 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 2 278 € par an, soit 190 € par mois. 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 152 € par mois. En 2015, le salaire minimum était fixé à 333 € par mois.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013), le Comité a estimé que le niveau minimum de la pension de vieillesse et de l'aide aux demandeurs d'emploi était insuffisant.

Selon la base de données MISSOC, le montant minimum de la pension de **vieillesse** de la sécurité sociale (*Öregségi nyugdíj*) s'élevait à 28 500 HUF (91 €) par mois en 2015, sous réserve que le bénéficiaire ait cotisé pendant au moins vingt ans. Étant donné que ce montant est largement en deçà du seuil de pauvreté, même fixé à 40 % du revenu médian ajusté, le Comité maintient que le niveau minimum des pensions de vieillesse est manifestement insuffisant.

S'agissant des allocations de **chômage**, le rapport indique que le montant de l'allocation versée aux demandeurs d'emploi correspond à 60 % de l'assiette de cotisation (la rémunération antérieure du bénéficiaire), sans toutefois pouvoir excéder 100 % du salaire minimum. Dans l'hypothèse où la rémunération moyenne du demandeur d'emploi ne pourrait pas être déterminée, le montant de l'allocation est calculé sur la base de 130 % du salaire minimum national. Au vu de ces éléments, le Comité note que l'allocation versée aux demandeurs d'emploi correspondrait alors à 60 % de 433 €, soit 260 €. Il considère que ce montant est satisfaisant. L'aide aux demandeurs d'emploi est servie aux personnes qui ont épuisé leurs droits à l'allocation de chômage (après l'avoir perçue pendant au moins 45 jours) et vont atteindre l'âge de la retraite d'ici cinq ans. Son montant correspond à 40 % du salaire minimum, c.-à-d. 133 €. Le Comité note que ce montant reste manifestement insuffisant. Les bénéficiaires de l'allocation de chômage ou de l'aide aux demandeurs d'emploi peuvent en outre obtenir le remboursement de tous frais légitimes découlant de l'utilisation des transports publics interurbains (et, dans certains cas, locaux) dans le cadre de leur recherche d'emploi. S'agissant de la notion d'offre d'emploi convenable et des conditions dans lesquelles le versement de la prestation de chômage peut être suspendu, le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2009, 2013). Le Comité rappelle en outre que pour que les prestations de chômage soient conformes à l'article 12 de la Charte, leur durée de service ne doit pas être trop brève (Conclusions 2006, Malte). Il note à cet égard que pour avoir droit aux allocations de chômage, une personne doit avoir cotisé pendant au moins 360 jours sur les trois années précédentes et qu'un jour d'indemnisation est payé pour 10 jours d'affiliation préalable, avec un maximum fixé à 90 jours d'indemnisation. En conséquence, la durée d'indemnisation est comprise entre 36 et 90 jours, ce qui est trop court, du moins pour les personnes ayant cotisé pendant plusieurs années. Le Comité demande si l'aide aux demandeurs d'emploi est également versée dans la limite d'une durée maximale.

Une réforme majeure du régime des prestations aux personnes handicapées est intervenue le 1er janvier 2012 (se reporter au rapport pour plus de précisions concernant le cadre législatif). Le rapport indique que dans ce nouveau régime, les prestations précédemment servies au titre de l'**invalidité**, d'une invalidité consécutive à un accident de travail, de l'aide sociale ordinaire et de l'aide temporaire ont été remplacées par une nouvelle indemnité de maladie unifiée dans le cadre des prestations de l'assurance maladie. Le Comité relève dans le rapport que le montant minimum des prestations d'invalidité, lorsque le taux d'incapacité est d'au moins 70 %, oscille entre 50 % et 55 % du salaire minimum, c.-à-d. entre 167 et 183 € par mois. Ces montants se situant entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté, ils seraient satisfaisants s'ils étaient cumulés avec d'autres prestations. À cet égard, le rapport fait référence, en réponse à la question du Comité, à la prise en charge publique des soins de santé, qui consiste en une allocation couvrant les frais médicaux. Le montant du budget individuel est fonction des dépenses mensuelles (entre 1 000 et 12 000 HUF, soit de 3 à 38 €) ; à cela s'ajoute un budget ad hoc en cas de maladie grave (allocation forfaitaire de 6 000 HUF, soit 19 €, servie une fois par an). Est également couverte l'utilisation gratuite d'appareils et de services médicaux. Au vu de ces informations, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte. Il constate cependant que si le taux d'incapacité est inférieur à 70 %, mais que la personne n'est pas considérée comme employable et qu'une réadaptation professionnelle n'est pas recommandée, le montant minimum de la prestation se situe entre 30 % et 45 % seulement du salaire minimum (de 100 à 150 €) ; son niveau est alors inférieur à 40 % du revenu médian ajusté et donc manifestement insuffisant. Le même constat de non-conformité s'applique à la prestation de réadaptation pour incapacité temporaire de travail, dont le montant se situe entre 30 et 40 % du salaire minimum (de 100 à 133 €), en fonction du taux d'incapacité.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur les indemnités versées en cas de maladie, d'accident du travail et de maladie professionnelle.Le Comité relève dans la base de données MISSOC qu'en cas de **maladie**, l'employeur maintient 70 % du salaire à hauteur de 15 jours par an, et que les indemnités de maladie correspondent à 50-60 % de la

rémunération brute moyenne quotidienne. Sur la base du salaire minimum, en 2015 le montant minimum des indemnités de maladie était donc de l'ordre de 167 €, soit un niveau de prestation entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté. Le Comité se réfère aux informations fournies ci-dessus concernant les prestations complémentaires, à savoir la prise en charge publique des soins de santé, et considère que la situation est conforme à la Charte. Il demande néanmoins que le rapport suivant contienne des informations complètes et à jour concernant le niveau minimum des indemnités de maladie et de toute autre prestation supplémentaire pouvant être cumulée avec ces indemnités. Il note à ce propos que le rapport mentionne l'aide municipale qui peut être octroyée par les autorités locales pour couvrir les frais de logement, etc. Le rapport explique cependant que cette aide n'est accordée que si la vie des bénéficiaires est en danger et que l'appréciation de ces situations est entièrement laissée aux autorités locales ; par conséquent, cette aide ne saurait constituer une prestation supplémentaire régulière pertinente au titre de l'article 12 de la Charte. Bien que les **accidents du travail et** les **maladies professionnelles** soient également couverts par le régime de soins de santé, au même titre que la maladie, le Comité relève dans la base de données MISSOC qu'en cas de blessure ou maladie liée au travail, le montant de la prestation correspond à 100 % du revenu moyen, et à 90 % en cas d'accident sur le trajet domicile-travail. Sur la base du salaire minimum, le Comité juge ce niveau satisfaisant.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des pensions de vieillesse est insuffisant ;
- le montant minimum de l'aide aux demandeurs d'emploi est insuffisant ;
- la durée maximale d'indemnisation du chômage est trop brève ;
- le montant minimum des prestations de réadaptation et d'invalidité, dans certains cas, est insuffisant.

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 Hongrie.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité prend note de la classification des prestations entrant dans le champ de la loi sociale. Les *allocations servies en remplacement des revenus* aident les personnes n'ayant pas d'autres sources de revenu à assurer leur subsistance (aide pour les personnes d'âge actif, allocation de vieillesse et allocation d'assistance). Celles servies au titre du *remboursement des dépenses engagées* permettent aux personnes qui sont dans le besoin de couvrir des dépenses ordinaires (aide à l'entretien du logement, service de désendettement, offre publique de soins). Enfin, les *prestations liées à une situation de crise* sont des allocations ad hoc servies pour aider à surmonter des difficultés ponctuelles (aide à l'installation, aide municipale).

Deux types de prestations en espèces peuvent être accordées aux personnes d'âge actif, à savoir *une indemnité servie en remplacement de l'emploi* et l'*aide sociale ordinaire.* La première serait destinée aux personnes en âge de travailler disponibles sur le marché de l'emploi. Tout bénéficiaire de cette allocation est tenu de coopérer avec le service public de l'emploi.

Dans ses Conclusions 2015, le Comité a noté qu'en dépit du caractère complexe et assez fragmenté de la structure des prestations décrite dans le rapport, ces dernières constituaient, prises dans leur ensemble, un revenu minimum garanti pour les personnes en état de besoin, ce qui est en principe conforme à l'article 13§1. Il a cependant demandé que le rapport suivant précise si les personnes en situation de besoin dont les revenus professionnels sont inférieurs à 90 % de la pension minimum de vieillesse ont droit à l'indemnité servie en remplacement de l'emploi. Le Comité note à cet égard que l'aide pour les personnes d'âge actif est une allocation destinée aux personnes désavantagées sur le marché du travail. Elle est notamment servie à l'expiration de la période d'indemnisation du chômage, de versement de l'allocation de demandeur d'emploi ou de versement de l'allocation destinée aux entrepreneurs. Cette aide est également ouverte aux personnes exerçant une activité génératrice de revenus et ne bénéficiant plus, de ce fait, de l'aide à la recherche d'emploi. Le Comité demande que le rapport suivant confirme que les personnes exerçant une activité génératrice de revenus peuvent toujours se voir accorder l'aide destinée aux personnes d'âge actif, dès lors qu'elles satisfont aux conditions de ressources (revenus issus de l'activité inférieurs à 90 % de la pension minimum de vieillesse par exemple).

Le Comité prend note des modifications (et améliorations) mises en place durant la période de référence. Il note que la limite supérieure pour l'aide sociale ordinaire (plafonnée à 90 % de la rémunération nette d'un emploi d'intérêt public) a été portée de 44 508 HUF à 45 569 HUF à compter du 1er janvier 2014 – et de 21 708 HUF à 22 769 HUF pour les familles dont un membre a droit à une indemnité en remplacement de l'emploi. Le plafond a en outre encore été rehaussé à partir du 1er janvier 2015, passant de 45 569 HUF à 46 662 HUF, et de 22 769 HUF à 23 862 HUF pour les familles dont un membre a droit à une indemnité en remplacement de l'emploi. Le Comité note que l'allocation servie sous le nom d'« aide sociale ordinaire » a cessé d'exister comme telle à compter du 1er mars 2015.

Le Comité relève aussi dans la base de données MISSOC que les prestations destinées aux personnes d'âge actif *(aktív korúak ellátása)* sont servies pour assurer un niveau de vie minimum aux personnes en âge de travailler qui n'ont pas d'emploi. Elles sont financées sur le budget de l'État. Il existe deux types de prestations en espèces : une prestation pour les personnes ayant des problèmes de santé ou s'occupant d'un enfant et qui sont de ce fait inaptes à l'emploi *(egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás)* et l'aide servie en remplacement de l'emploi *(foglalkoztatást helyettesítő támogatás)* pour les personnes aptes

à l'emploi. Le montant de la première est fonction de la taille, de la composition et des revenus de la famille, et celui de la seconde est fixe.

S'agissant de l'allocation de vieillesse *(Időskorúak járadéka)*, le Comité relève dans la base de données MISSOC qu'elle est servie pour assurer un niveau de vie minimum aux personnes âgées. Elle est financée sur le budget de l'État. Le montant de la prestation est fixe lorsque le demandeur et son conjoint n'ont aucun revenu. Dans l'hypothèse où ils auraient des revenus, ces revenus sont complétés à hauteur du montant fixé par la loi.

Le Comité relève en outre dans le rapport que l'allocation de vieillesse est un type de soutien offert aux personnes âgées sans moyens de subsistance. Sont éligibles à ce dispositif les personnes ayant atteint la limite d'âge fixée pour le départ à la retraite**.** Le montant de l'allocation servie aux personnes sans aucun revenu correspond à 95 % de la pension minimum de vieillesse en vigueur (soit 27 075 HUF) si le demandeur est une personne seule de moins de 75 ans, et à 130 % de cette pension minimum (soit 37 075 HUF) si le demandeur est une personne seule de plus de 75 ans. Pour les personnes ayant un revenu, le montant de l'allocation correspond à la différence entre la somme ci-dessus et le revenu mensuel de l'intéressé.

S'agissant de l'assistance médicale, l'offre publique de soins contribue à réduire les dépenses engagées par les personnes socialement défavorisées pour préserver ou recouvrer leur santé. Le titulaire d'une « carte santé » a droit à recevoir gratuitement certains services – comme précisé par d'autres lois – couverts par le régime de sécurité sociale. Les bénéficiaires de l'aide sociale de l'État ont un droit subjectif d'accéder à l'offre publique de soins**.** Le Comité note en outre que l'allocation médicaments est une aide individuelle octroyée aux personnes ayant besoin de soins médicaux réguliers.

L'éligibilité aux services de soins de santé peut être établie par le « notaire » [chef de l'administration locale] à raison de dénuement social, lorsque l'intéressé est membre d'une famille dont les revenus mensuels par personne ne dépassent pas 120 % de la pension minimum de vieillesse (150 % pour une personne vivant seule) et que la famille n'a aucun patrimoine. Un certificat officiel est délivré par le notaire pour attester de la situation de dénuement social. Ce document, valable un an, peut être renouvelé si les conditions d'éligibilité sont remplies.

Selon le rapport, parmi les prestations sociales disponibles pour les personnes sans revenu vivant seules, l'offre publique de soins mérite d'être mise en exergue. L'allocation y afférente vise à réduire les coûts liés à la préservation et au rétablissement de la santé. Elle est accordée par les bureaux de district.

S'agissant des autres types d'assistance, le Comité note que l'aide temporaire et l'allocation obsèques ne constituent plus des prestations indépendantes depuis le 1er janvier 2014 : elles ont été fusionnées avec l'aide municipale, laquelle a cessé d'exister au 1er mars 2015. Depuis cette date, l'allocation versée par les municipalités en vertu de la loi sociale porte le nom d'« aide à l'installation ».

Dans une conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des précisions concernant les obligations de coopération faites aux demandeurs de l'assistance sociale. Il relève dans la base de données MISSOC que les personnes concernées doivent s'inscrire auprès du service public de l'emploi et coopérer avec l'agence dont ils relèvent. Le droit aux prestations prend fin si la personne est radiée de la liste des demandeurs d'emploi par sa faute.

Le Comité relève également dans le rapport à ce sujet que conformément aux dispositions de l'article 35.2 de la loi sociale, toute personne éligible à l'aide servie en remplacement de l'emploi doit demander son inscription comme demandeur d'emploi auprès d'une agence du service public de l'emploi et coopérer avec cette agence.

L'article 36.2 de la loi sociale dispose que les personnes éligibles à l'aide servie en remplacement de l'emploi ne seront plus admises au bénéfice de l'aide pour les personnes d'âge actif si elles refusent un emploi proposé dans le cadre de leur coopération avec l'agence du service public de l'emploi ou mettent fin illégalement à leur emploi d'intérêt public, ou si leur employeur met un terme avec effet immédiat à leur emploi d'intérêt public ; si elles ont été radiées de la liste des demandeurs d'emploi par l'agence du service public de l'emploi pour des raisons qui leur sont imputables ; si elles n'ont pas demandé leur inscription comme demandeur d'emploi auprès d'une agence du service public de l'emploi dans les délais fixés par l'arrêté concernant la mise en place de l'aide destinée aux personnes d'âge actif. Le Comité demande si l'aide est totalement supprimée en pareils cas, privant l'intéressé de ses moyens de subsistance.

Niveau des prestations

Afin d'apprécier le niveau de l'assistance sociale pendant la période de référence, le Comité prend note des informations suivantes :

- Prestation de base : le Comité relève dans la base de données MISSOC que l'aide servie en remplacement de l'emploi *(foglalkoztatást helyettesítő támogatás)* correspond à 80 % de la pension minimum de vieillesse *(öregségi nyugdíj minimum)*, soit 22 800 HUF (72 €) par mois en 2015. L'allocation de vieillesse *(Időskorúak járadéka)* correspondait à 80 % de la pension minimum de vieillesse pour une personne âgée vivant avec son conjoint, à 95 % de la pension minimum de vieillesse pour une personne seule de moins de 75 ans, et à 130 % de la pension minimum de vieillesse pour une personne seule de plus de 75 ans. Le Comité relève en outre dans le rapport que le montant mensuel moyen de l'allocation de vieillesse était de 27 362 HUF (86 €). La pension minimum de vieillesse s'élevait à 28 500 HUF (90 €).
- Prestations supplémentaires : le Comité prend note des données chiffrées relatives aux montants mensuels moyens de prestations telles que l'allocation d'assistance, l'aide à l'entretien du logement, la prise en charge d'une partie des dettes, etc. Il relève également que ces prestations ont été supprimées de la liste énumérée par la loi sociale depuis le 1er mars 2015. Les collectivités locales peuvent apporter un soutien dans le cadre de l'aide à l'installation. Le Comité prend également note de la réglementation régissant les services de désendettement qui aident les personnes ayant des difficultés à rembourser un emprunt immobilier, une prestation qui a elle aussi été retirée de la loi sociale à compter de mars 2015. Le Comité note que les collectivités locales sont maintenant responsables de l'aide à l'installation. Il demande que le rapport suivant précise si l'aide à l'installation est fournie à toute personne qui en a besoin (répondant aux conditions d'attribution) ou si la décision d'octroi est laissée à l'appréciation de la collectivité locale, ce qui voudrait dire que la prestation n'est pas garantie comme un droit subjectif.
- Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté établi par Eurostat, était de 2 278 € par an, soit 190 € par mois.

Dans une conclusion précédente, le Comité a estimé que le niveau de l'assistance sociale servie à une personne seule sans ressources, y compris les personnes âgées, était manifestement insuffisant, puisqu'il ne correspondait pas au seuil de pauvreté. À cet égard, il relève dans le rapport que les modifications apportées au système des prestations ces dernières années partent du principe que l'emploi est l'outil le plus important pour sortir de la pauvreté et que toutes les personnes disponibles pour occuper un emploi devraient gagner leur vie en travaillant plutôt que de vivre des aides sociales. L'ambition du Gouvernement est de faire en sorte que tout un chacun ait une possibilité d'emploi.

Le Comité constate que le niveau de l'assistance sociale pouvant être obtenue par une personne seule sans ressources,y compris les personnes âgées, est inférieur au seuil de

pauvreté et donc insuffisant. Il reconduit par conséquent sa précédente conclusion de non-conformité.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité rappelle que le droit garanti par l'article 13§1 impose aux États une obligation « dont le respect peut être réclamé devant les tribunaux ». L'organe de recours peut être une juridiction ordinaire comme un organe administratif pourvu qu'il présente les garanties suivantes :

- organe indépendant du pouvoir exécutif et des parties. Pour déterminer si un organe peut être considéré comme indépendant, le Comité examine le mode de désignation des membres, la durée de leur mandat ainsi que les garanties existantes contre les pressions extérieures (règles relatives à la désinvestiture, à la révocation, aux instructions, aux qualifications requises, etc.) ;
- toutes les décisions défavorables ayant trait à l'octroi et au maintien de l'assistance doivent pouvoir faire l'objet d'un recours, y compris les décisions de suspension ou de réduction des prestations d'assistance, par exemple en cas de refus de l'intéressé d'une offre d'emploi ou de formation ;
- l'organe de recours doit avoir compétence pour statuer sur le fond de l'affaire et pas seulement sur les points de droit. Si cette exigence relative à la portée du recours n'est pas satisfaite en première instance, elle doit l'être au niveau de recours ultérieur.
  Pour garantir aux demandeurs un exercice effectif de leur droit de recours, une assistance judiciaire doit être garantie.

Le Comité relève dans les informations données en réponse à la question qu'il avait précédemment posée que, depuis le 1er mars 2015, l'octroi de l'aide pour les personnes d'âge actif, qui relevait auparavant de la compétence du notaire, constitue désormais une activité autorisée du bureau de district. Il peut être fait appel des décisions administratives ou en matière sociale prises par cet organe. Le bureau de l'État dont sont dotées la capitale et chacune des régions, en tant qu'autorité compétente pour statuer sur un recours, tranche les affaires administratives attribuées en première instance au bureau de district, conformément à la loi sociale [décret ministériel 63/2006 (III. 27.) fixant des règles détaillées concernant les demandes d'admission au bénéfice des prestations sociales en espèces et en nature, la détermination des prestations et leur paiement, article 6/A, paragraphe 2].

Conformément à la loi CXL de 2004 sur les règles générales applicables aux procédures et aux services administratifs (ci-après « Ket. »), l'autorité qui rend une décision en appel peut confirmer, modifier ou annuler la décision contestée. Après l'épuisement du droit de recours, un contrôle judiciaire peut être proposé (tribunal administratif et tribunal du travail). Le Comité comprend que dans le cas des prestations accordées par le bureau de district (c.-à-d. l'aide pour les personnes d'âge actif, l'allocation de vieillesse, l'allocation d'assistance et l'assistance médicale), le droit de recours est garanti par la loi CXL de 2004.

S'agissant des prestations supplémentaires (voir *supra*) qui peuvent être octroyées par les collectivités locales (comme l'aide à l'installation), le Comité relève dans le rapport que, conformément à l'article 41.4 de la loi CLXXXIX de 2011 sur les collectivités locales hongroises, l'organe représentatif peut déléguer ses compétences, à l'exception de celles indiquées dans la loi, au maire, au conseil concerné, à la commission de la municipalité responsable d'un aspect particulier du règlement des allocations, au notaire ou à son association. Tout recours concernant des questions du ressort de la collectivité locale relève de la compétence de l'organe représentatif, si la décision de première instance n'a pas été rendue par ce dernier [Ket., art. 107, par. 1].

Selon le rapport, les conditions d'accès aux allocations entrant dans le champ de compétence des collectivités locales sont énoncées dans un arrêté municipal. Le contrôle de légalité des actes des collectivités locales est opéré par le bureau de l'État dans la région.

Ce bureau est habilité à vérifier la conformité des réglementations locales aux dispositions législatives en vigueur. Ne peut être examiné dans le cadre d'une procédure judiciaire que le caractère licite des décisions municipales. Le Comité comprend que pour les prestations dont il est question, l'organe de recours n'a pas compétence pour statuer sur le fond de l'affaire, mais uniquement sur des points de droit. À cet égard, le Comité renvoie à la question qu'il a formulée plus haut sous *prestations supplémentaires.*

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

Selon le rapport, la loi sociale s'applique aux personnes qui vivent en Hongrie – citoyens hongrois, migrants et personnes installées dans le pays, apatrides, personnes reconnues réfugiées. Le Comité note, concernant l'aide temporaire, que le champ d'application de la loi précitée couvre les ressortissants des États parties résidant légalement sur le territoire. Pour ce qui est de l'allocation de vieillesse, elle s'applique aux ressortissants de pays tiers détenteurs d'un permis unique et résidant légalement sur le territoire depuis janvier 2014. S'agissant des allocations servies en remplacement de l'aide temporaire (à savoir l'aide municipale et l'allocation obsèques), le champ d'application de la loi sociale est le même que pour l'aide temporaire. Elle couvre donc les ressortissants des États parties qui résident légalement sur le territoire. Le Comité demande si les ressortissants étrangers concernés doivent satisfaire à une condition de durée de résidence pour devenir éligibles aux prestations.

Le Comité rappelle qu'au titre de l'article 13§1, les étrangers résidant légalement sur le territoire d'une Partie contractante qui ne disposent pas de ressources suffisantes doivent bénéficier d'un droit individuel à une assistance appropriée sur un pied d'égalité avec les nationaux, c.-à-d. allant au-delà de l'assistance d'urgence. De plus, ils ne peuvent être rapatriés au seul motif qu'ils ont besoin d'assistance. Au-delà de la validité du titre de résidence et/ou du permis de travail, les États n'ont plus d'obligation à l'égard des étrangers visés par la Charte même si ceux-ci sont dans le besoin. Cela ne signifie toutefois pas que les autorités soient autorisées à retirer un titre de séjour au seul motif que l'intéressé serait dépourvu de ressources et ne pourrait plus subvenir aux besoins de sa famille. Le Comité demande si ces prescriptions sont respectées en droit et en pratique.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le prochain rapport confirme que ces prescriptions sont respectées en droit et en pratique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale accordée à une personne seule sans ressources, y compris les personnes âgées, est insuffisant.

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 Hongrie.

Le Comité demande si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques et sociaux sont, dans la pratique, interprétées de manière à éviter toute discrimination fondée sur le statut de bénéficiaire d'une assistance sociale ou médicale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Hongrie 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 Hongrie.

Selon le rapport, le système de service social n'a connu aucune évolution notable au cours de la période sous revue. L'accès aux informations nécessaires et à l'assistance personnelle est toujours garanti aux personnes démunies.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes ou qui risquent de ne pas en disposer. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de bien connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes démunies de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Il demande que le prochain rapport indique dans quelle mesure ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Hongrie 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 Hongrie.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (réclamation n° 86/2012, *Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Ba*s, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Le rapport indique, en réponse à la question du Comité, que les allocations définies à l'article 7.1 de la loi sociale peuvent être octroyées aux ressortissants des États parties à la Charte sociale européenne résidant légalement sur le territoire hongrois. Aux termes de cet article, toute municipalité, quelles que soient sa juridiction et ses compétences, est tenue d'aider quiconque se trouve en situation de besoin et dont la vie ou l'état de santé sont menacés en raison du manque de nourriture ou de l'absence de logement. Les municipalités ont donc l'obligation d'accorder une aide, notamment sous forme de repas et d'hébergement, aux ressortissants des États parties. Il n'est pas nécessaire d'être domicilié dans la commune pour bénéficier de ces services.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie 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 Hongrie.

Organisation des services sociaux

Le Comité note que le rapport ne fournit aucune information concernant l'organisation générale des services sociaux et que les dernières informations fournies à ce propos remontent à trop longtemps. Il demande par conséquent que le prochain rapport contienne une description détaillée de l'organisation des services sociaux et des activités mises en œuvre, que les prestations soient assurées par des institutions publiques ou privées ou par d'autres types d'organismes.

Le Comité note que le rapport donne des informations détaillées concernant la réforme de la loi XXXI de 1997 sur la protection de l'enfance et l'administration de la tutelle (la loi sur la protection de l'enfance), modifiée au 1er janvier 2012. Le but de la réforme était de permettre un fonctionnement plus efficace des services de protection de l'enfance en améliorant notamment le dispositif d'alerte et de signalement et la protection de l'institution ou de la personne à l'origine du signalement.

Le rapport souligne la mise en place, à compter du 1er janvier 2014, de règles uniformes applicables aux relations d'emploi des parents d'accueil, en vue d'une réforme du système des services professionnels de protection de l'enfance. Cette contractualisation du métier de parents d'accueil leur permet de recevoir différents types de prestations (allocations ordinaires, complémentaires et supplémentaires égales respectivement à 30 %, 20 % et 5 % du salaire minimum en fonction du nombre d'enfants accueillis). Plusieurs autres dispositions définissent les conditions à remplir pour devenir parent d'accueil, donnent priorité au placement en famille d'accueil pour les enfants de moins de 12 ans, et créent la figure juridique d'un tuteur chargé de superviser la représentation légale des mineurs. Le rapport indique aussi que depuis le 1er mai 2011 la prise en charge des enfants non accompagnés (migrants compris) incombe au système des services professionnels de protection de l'enfance ; deux institutions spécifiques ont été créées à cette fin. En vue d'assurer une bonne prise en charge des mineurs non accompagnés par des professionnels, la réglementation a été modifiée et complétée à l'automne 2015 pour fixer des capacités d'admission temporaire aux fins de leur placement. Il s'agit d'un dispositif de prise en charge spécifiquement conçu pour les mineurs non accompagnés qui ne sont pas reconnus comme réfugiés ni comme bénéficiaires de la protection subsidiaire ou temporaire et qui résideront sur le territoire pendant une période plus courte.

Le rapport indique que depuis janvier 2013, une modification de la loi III de 1993 relative à l'administration sociale et aux services sociaux (loi sociale) a créé le dispositif du logement aidé (allocation). Cette prestation de base vise à aider les personnes handicapées, atteintes de troubles psychiques ou présentant différents types d'addiction à mener une vie autonome.

Le rapport indique que l'État a repris à son compte les actifs et les tâches (à compter du 1er janvier 2013) des collectivités territoriales, y compris les services médico-sociaux pour personnes handicapées, atteintes de troubles psychiques ou présentant différents types d'addiction et les institutions de protection de l'enfance. Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations sur les conséquences de ces réformes sur les usagers des services sociaux.

Le Comité prend note par ailleurs des informations présentées dans le rapport sur les mesures ou projets phares, en cours d'exécution ou achevés, visant à mettre en application la législation et à améliorer les services sociaux (modernisation des services sociaux, enquêtes sur les services de protection et accompagnement de l'enfant et de la famille, désinstitutionalisation des personnes handicapées, création de services régionaux intégrés

et innovateurs pour promouvoir l'intégration sociale, programme de réduction du nombre de sans-abri, etc.).

Accès égal et effectif

Le Comité rappelle que les services sociaux doivent être garantis à tous les ressortissants des autres États parties qui résident légalement ou travaillent régulièrement sur le territoire hongrois, sur un pied d'égalité avec les nationaux.

Dans sa conclusion précédente sur ce point (Conclusions 2015), le Comité a noté que les personnes soumises à la réglementation sur la liberté de circulation, c'est-à-dire les ressortissants de l'UE et de l'EEE, ont droit aux prestations et services sociaux si elles ont un lieu de résidence déclaré et exercent leur droit de séjour depuis plus de trois mois. Par ailleurs, les personnes ayant un statut spécial, comme les réfugiés et les apatrides, ont droit aux prestations et services sociaux sans condition de durée de résidence et que tous les étrangers ayant obtenu un permis de séjour permanent en Hongrie sont pleinement admis au bénéfice des prestations sociales.

Cependant, le Comité a noté également que les citoyens des pays ayant ratifié la Charte sociale européenne révisée ont droit aux services sociaux de base du fait de leur résidence légitime dans le pays si un risque menace leur vie ou leur intégrité physique, c'est à dire que les ressortissants des autres Etats parties (non membres de l'UE/EEE) qui résident légalement sur le territoire hongrois sans toutefois être titulaires d'un permis de séjour permanent ne peuvent bénéficier des services sociaux au sens de l'article 14 que dans certaines limites et dans des situations d'urgence où leur vie et leur intégrité physique sont en jeu. Le présent rapport confirme cette information. Le Comité rappelle que les ressortissants de tous les Etats parties qui résident légalement sur le territoire doivent être traités sur un pied d'égalité avec les nationaux, et conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte, sur ce point.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (2013), le Comité a demandé des informations sur les conditions d'application de la pénalité administrative sociale créée en 2008 en vue de garantir le niveau de qualité prescrit par la loi et de protéger les droits des usagers.

Le rapport indique que l'autorité qui délivre les agréments peut imposer une pénalité administrative sociale à tout organisme offrant des services sociaux sans autorisation. Dans le cas des prestataires de services titulaires d'une licence d'exploitation, un contrat administratif est conclu. Le rapport fournit aussi des données agrégées annuelles relatives au prononcé de pénalités administratives sociales durant la période de référence.

En réponse à la demande d'informations du Comité sur les effectifs des services sociaux et quels étaient les ratios en personnels en fonction du nombre d'usagers, le rapport fournit des données chiffrées détaillées sur les services sociaux, en précisant le type de prise en charge et le nombre de salariés, à temps partiel ou à temps plein, ayant une qualification spécifique. Il indique également, pour la période de référence, le nombre et la répartition des services (par type de service et en pourcentage), la répartition agrégée des services sociaux et des travailleurs qualifiées par région au 31 décembre 2015, ainsi que le nombre d'usagers par type de service.

Le rapport ne fournit en revanche aucune réponse concernant la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel dans le contexte de l'utilisation des services sociaux. Par conséquent, le Comité réserve sa position sur ce point, réitère sa question et estime que, si cette information n'est pas fournie dans le prochain rapport, rien n'indiquera que la situation est conforme à la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif que l'égalité d'accès aux services sociaux n'est pas garantie aux ressortissants de tous les Etats parties qui résident légalement sur le territoire hongrois.

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 Hongrie.

Le rapport indique qu'au 31 décembre 2015, conformément à l'article 92/K.1 et sous réserve que les conditions prescrites par la loi soient satisfaites, peut assurer des services sociaux tout prestataire de services si le prestataire (le siège ou tout site distinct du siège) fait l'objet d'une immatriculation au registre des prestataires de services. À cet égard, le Comité demande quels sont les critères d'enregistrement des prestataires de services sociaux.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les fonds publics alloués aux prestataires de services sociaux privés. Le rapport indique que la logique de financement a changé pour certains services sociaux au cours de la période de référence. En 2013, les dotations normatives ont été remplacées par une répartition des fonds basée sur les rémunérations moyennes dans le cas des services professionnels de protection sociale et de protection de l'enfance.Les prestataires privés reçoivent des financements plus importants du fait de ces modifications. À cet égard, le Comité demande comment fonctionne le système de financement des prestataires de services sociaux privés.

S'agissant de la question du Comité sur la manière dont les procédures de consultation sont appliquées aux services sociaux, le rapport indique qu'en l'espèce, le texte de référence est la loi CXXXI de 2010 sur la participation de la société civile à l'élaboration des lois. Le ministre responsable de l'élaboration d'un texte législatif ou réglementaire conclut des accords stratégiques de partenariat avec les organisations qui sont prêtes à s'engager dans une coopération mutuelle et qui représentent un large éventail de partenaires sociaux intéressés par l'élaboration de la réglementation dans certains domaines. S'agissant des prestataires, différents organismes, comme les organisations à but non lucratif, des églises reconnues participent aussi au processus de négociation directe. À cet égard, le Comité demande quels types de services sociaux sont fournis par des organisations à but non lucratif.

Dans sa conclusion précédente (2013), le Comité a aussi demandé comment le Gouvernement s'assurait que les services gérés par le secteur privé étaient effectifs et accessibles à tous, sans discrimination pour des motifs fondés sur la race, l'origine ethnique, la religion, le handicap, l'âge, l'orientation sexuelle et les opinions politiques. En réponse, le rapport indique que la loi sociale impose des obligations aux acteurs municipaux et à l'État. Les églises et les prestataires à but non lucratif s'engagent en revanche à titre volontaire, mais il est obligatoire de déterminer le contenu professionnel dans le cas de toute institution fournissant des services sociaux, quel que soit le type de prestataire. Par conséquent, les obligations et les responsabilités sont les mêmes dans les deux cas. Conformément à la loi CXXV de 2003 sur l'égalité de traitement et la promotion de l'égalité des chances, l'accès est garanti sans distinction aucune fondée sur la race, le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique et religieuse, un handicap, les opinions politiques ou l'orientation sexuelle. Le principe de l'égalité de traitement doit être respecté par les personnes et les institutions qui assurent une assistance sociale et la prise en charge des enfants, ainsi que des services de protection de l'enfance, dans le cadre des relations qu'elles établissent ou entretiennent et dans le cadre de leurs procédures et mesures. À cet égard, le Comité demande quel type de système de contrôle préventif et réparateur existe afin de contrôler la qualité des services et d'assurer les droits des utilisateurs ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés de base.

Conclusion

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

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 16 - Droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Hongrie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'il existe une offre de logements suffisante pour les familles vulnérables.

Le Comité rappelle que pour se conformer à l'article 16, les États doivent s'efforcer de proposer une offre suffisante de logements pour les familles, prendre en compte les besoins de ces dernières dans les politiques de logement, et veiller à ce que les logements existants soient décents – c.-à-d. qu'ils aient une taille suffisante compte tenu de la composition des familles qui les occupent – et dotés des commodités essentielles (chauffage et électricité, notamment). L'obligation de promouvoir le logement et de fournir des logements comprend, par ailleurs, la garantie de maintien dans les lieux, qui est indispensable pour assurer la pleine jouissance de la vie familiale dans un environnement stable (*CEDR c. Grèce*, réclamation n° 15/2003, décision sur le bien-fondé du 8 décembre 2004, § 24).

Le Comité note dans le rapport que la Hongrie a adopté deux grandes stratégies : la stratégie nationale d'inclusion sociale de 2011 (mise à jour en 2014) et la stratégie de 2015 destinée à gérer la vie dans les bidonvilles.

Selon le rapport, l'un des objectifs de la stratégie nationale est d'améliorer les conditions de logement. Le Comité demande que le prochain rapport précise quelles ont été les mesures mises en oeuvre et leurs impacts sur la population concernée.

Quant à la stratégie destinée à gérer la vie dans les bidonvilles, le rapport indique qu'elle fournit un cadre de gestion des problèmes de logement dans les zones d'habitat sous-développées, l'objectif principal étant l'élimination des bidonvilles. La stratégie définit les orientations générales et le contenu de la politique d'intervention applicable jusqu'en 2020. Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations et des données chiffrées sur les mesures concrètes prises dans le cadre de cette stratégie et les résultats obtenus.

Le Comité prend note des efforts réalisés par la Hongrie. Cependant, rien dans le rapport ne permet d'évaluer les effets de ces stratégies sur la situation des personnes concernées, notamment en ce qui concerne le nombre de logement sociaux construits, réhabilités ou rénovés, le nombre de familles vulnérables relogées dans un logement décent et les mesures prises pour accompagner les familles dans leur recherche d'un logement adéquat. Le Comité considère, par conséquent, que la situation n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe une offre de logements suffisante pour les familles vulnérables.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 16 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe une offre de logements suffisante pour les familles vulnérables.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

IRLANDE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Irlande, qui a ratifié la Charte le 4 novembre 2000. L'échéance pour remettre le 14e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Irlande l'a présenté le 21 décembre 2016. Le Comité a reçu, le 13 avril 2017, des observations de *the Irish Human Rights and Equality Commission* exprimant son point de vue sur la mise en oeuvre des articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30.

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).

L'Irlande 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 l'Irlande concernent 19 situations et sont les suivantes :

– 5 conclusions de conformité : articles 3§1, 11§2, 13§2, 13§3 et 13§4 ;

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

En ce qui concerne l'autre situation, relative à l'article 23, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par l'Irlande en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§1

L'outil en ligne d'évaluation des risques, BeSMART, qui fournit soutien et assistance aux petites entreprises pour traiter les questions d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail, a encore été développé sur la période 2013-2015. Il répond désormais aux besoins de plus de 250 types d'entreprises. En 2015, le nombre d'utilisateurs de BeSMART a augmenté de 6 896 personnes pour atteindre 30 278 utilisateurs à la fin de l'année. Le HSA a en outre lancé deux nouveaux modules pour deux secteurs à haut risque : la construction et l'agroalimentaire.

Article 12§3

- En 2014, extension de l'assurance sociale volontaire (pension nationale de vieillesse contributive et prestations de maternité/paternité) à certains conjoints et partenaires civils de travailleurs indépendants ;
- En 2012, mise en place d'un régime de prestations pour incapacité partielle permettant aux personnes handicapées aptes à travailler de reprendre un emploi tout en continuant à bénéficier d'une aide au revenu.

* * *

*

Le prochain rapport que doit soumettre l'Irlande 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 – travail librement entrepris (article 1§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 30 octobre 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 l'Irlande.

Objectif général de la politique

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et demandé des informations sur la manière dont cette disposition de la Charte était appliquée. En réponse, le rapport indique que le Ministère de l'Emploi, des Entreprises et de l'Innovation (Department of Jobs, Enterprise and Innovation) est chargé de définir et mettre en œuvre la politique relative à la santé et à la sécurité au travail. Il réexamine en outre périodiquement les dispositions législatives en la matière au regard des évolutions du milieu de travail. La mise en œuvre, le contrôle et la promotion de la santé et de la sécurité au travail ont été délégués au Service de santé et de sécurité (Health and Safety Authority – HSA), instance créée par la loi de 1989 relative à la sécurité, à la santé et au bien-être au travail (*Safety, Health and Welfare at Work Act*), qui propose des mesures au Ministre de l'Emploi, des Entreprises et de l'Innovation. Pour contribuer à l'élaboration de bonnes politiques et de bonnes pratiques en milieu professionnel, le HSA travaille en concertation avec plusieurs comités consultatifs et groupes d'études qui se concentrent sur des activités ou des risques spécifiques.

S'agissant de la politique nationale, le rapport indique que le HSA prépare un plan stratégique national tous les trois ans. La mise en œuvre de ce plan s'articule autour de programmes de travail annuels. Le HSA entend parvenir à inscrire la courbe des décès, blessures et maladies liés au travail sur une tendance durable à la baisse et obtenir une augmentation de l'utilisation sûre des produits chimiques.

Le Comité relève dans l'OSHWiki que la stratégie nationale du HSA couvre la période 2013-2015. Selon la déclaration de stratégie du HSA, cinq priorités sont fixées, notamment parvenir à un degré élevé de respect des lois relatives à la sécurité, à la santé et au bien-être au travail et des lois sur les produits chimiques. Le rapport précise que le bilan de la mise en œuvre de la stratégie effectué par le HSA a confirmé l'obtention de résultats positifs, concrètement une réduction des taux de décès et de fréquence des blessures et des maladies liées au travail.

Le rapport mentionne aussi l'adoption de la stratégie nationale du HSA pour la période 2016-2018 et détaille ses priorités. Le Comité note que cette stratégie a été adoptée hors période de référence, il demande par conséquent que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur sa mise en oeuvre.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 que dans le cadre de la nouvelle stratégie 2016-2018, qui met l'accent sur la santé et le bien-être, le HSA a donné des conseils sur comment réduire l'exposition au stress professionnel dans le cadre d'une série de séminaires organisés conjointement avec l'organisation Mental Health Ireland. Le Comité relève également sur le site internet du HSA que les partenaires sociaux européens ont signé, en 2010, des lignes directrices sur la violence de tiers et le harcèlement au travail. Diverses publications et documents d'orientation sur la prévention de la violence en milieu de travail sont en outre disponibles en téléchargement (la violence au travail, prévention de la violence dans le secteur de la

santé). Le Comité demande néanmoins que le rapport suivant donne davantage d'informations sur ce point.

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

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le rapport indique que l'outil en ligne d'évaluation des risques, BeSMART, qui fournit soutien et assistance aux petites entreprises pour traiter les questions d'hygiène et de sécurité sur les lieux de travail, a encore été développé sur la période 2013-2015. Il répond désormais aux besoins de plus de 250 types d'entreprises. En 2015, le nombre d'utilisateurs de BeSMART a augmenté de 6 896 personnes pour atteindre 30 278 utilisateurs à la fin de l'année. Le HSA a en outre lancé deux nouveaux modules pour deux secteurs à haut risque : la construction et l'agroalimentaire.

Selon l'OSHWiki, il existe plusieurs organismes professionnels dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, à savoir l'Institut de santé et de sécurité au travail (Institute of Occupational Safety and Health), l'Organisation nationale irlandaise pour la sécurité (National Irish Safety Organisation), qui fournit des informations et des services pour contribuer à améliorer la sécurité sur le lieu de travail (services d'information, de conseil et de formation), et le HSA. Le Comité relève sur le site internet du HSA qu'il encourage l'éducation, la formation et la recherche dans le domaine de la santé et de la sécurité.

Selon le rapport, le HSA a lancé en 2013 un programme destiné au secteur public. Grâce à ce programme, 273 inspections et 50 enquêtes ont été menées en 2014-2015. Les systèmes de gestion de la santé et de la sécurité ont été examinés lors de ces contrôles.

Pour ce qui est des secteurs spécifiques, le rapport indique que le HSA a achevé son programme quinquennal pour la sécurité des véhicules utilitaires en 2014 et qu'il finalisera un nouveau programme triennal en 2016, après avoir dressé un bilan des résultats obtenus en 2015. Le HSA a fourni des orientations sur des sujets tels que l'arrimage des charges pour les chargements à haut risque, la livraison en toute sécurité et la prévention du risque de chute. En 2015, 119 contrôles ont été effectués afin de vérifier la conformité à la norme sur l'arrimage des charges ; 183 autres ont concerné des déplacements effectués pour se rendre au travail en voiture.

Le Comité considère que des mesures sont prises, au niveau national comme au niveau de l'entreprise, en matière de prévention des risques professionnels, de sensibilisation et d'évaluation des risques liés au travail, ainsi que d'information et de formation des travailleurs. Il constate en outre que le HSA participe au développement d'une culture de la santé et de la sécurité parmi les employeurs et les salariés et partage les connaissances concernant les risques professionnels et leur prévention qu'il a acquises lors de ses activités d'inspection. La situation est donc conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le rapport indique que le HSA a porté une attention particulière aux initiatives en matière de santé et de sécurité au travail relatives aux agents chimiques, physiques et biologiques et prodigué un nombre important d'avis et conseils. Il a notamment publié des orientations concernant la rédaction de rapports sur l'hygiène en milieu professionnel, la *Legionella* dans les tours d'eau, les sites de compostage, les flyers de sensibilisation des commerciaux à l'amiante, etc. Il s'est par ailleurs largement engagé auprès des secteurs concernés par le biais de séminaires, d'ateliers et d'actions concertées.

Le HSA a aussi publié des brochures d'information et des documents d'orientation concernant le maniement manuel des baies vitrées, ou encore sur les bonnes pratiques ergonomiques au sein des entreprises irlandaises (*Ergonomic Good Practice in the Irish*

Workplace). Le rapport contient plusieurs références au site internet du HSA, qui met à disposition toutes ses publications, y compris les rapports annuels.

Le Comité constate l'existence d'un système visant à améliorer la sécurité et la santé au travail par la recherche, le développement et la formation.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le rapport indique que le HSA est chargé de proposer des mesures au ministre de l'Emploi, des Entreprises et de l'Innovation. Ces propositions sont élaborées par les 12 membres de la commission tripartite du HSA, qui représentent les partenaires sociaux (le Gouvernement, les employeurs et les travailleurs) et d'autres parties intéressées par la sécurité et la santé au travail et par la sécurité chimique. Le HSA procède à des consultations publiques sur le renouvellement de son plan stratégique triennal et ouvre de larges consultations avec les employeurs, les salariés et leurs organisations respectives sur l'élaboration de son programme législatif. En outre, pour contribuer à l'élaboration de bonnes politiques et de bonnes pratiques en milieu professionnel, il travaille en concertation avec plusieurs comités consultatifs et groupes d'études qui se concentrent sur des activités ou des risques spécifiques.

Le Comité relève sur le site internet du HSA qu'il consulte les employeurs, les salariés et leurs organisations respectives. Conformément à l'article 25 de la loi de 2005 relative à la sécurité, à la santé et au bien-être au travail (*Safety, Health and Welfare at Work Act 2005*), les salariés sont autorisés à sélectionner un responsable sécurité qui les représentera pour les questions concernant la sécurité et la santé lors des consultations avec leur employeur. Cet intervenant peut consulter l'employeur et formuler des observations sur des questions de sécurité, de santé et de bien-être au travail. L'employeur est tenu de prendre en considérations ces observations et de prendre des mesures le cas échéant.

Le Comité constate l'existence d'une coopération réelle entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux, tant au niveau national qu'au niveau des entreprises.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande 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 l'Irlande.

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

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion et demandé des informations sur la manière dont cette disposition de la Charte était appliquée. Le rapport fournit une liste des lois et de leurs règlements d'application adoptés ou modifiés durant la période de référence.Les modifications apportées concernent principalement les règlements d'application générale relatifs à la santé, à la sécurité et au bien-être au travail (S.I. nº 370 de 2016, S.I. nº 70 de 2016, etc.), aux agents chimiques (S.I. nº 623 de 2015), aux champs électromagnétiques (S.I. nº 337 de 2016), aux agents cancérigènes (S.I. nº 662 de 2015), aux machines (S.I. nº 621 de 2015), aux activités de manutention portuaire (S.I. nº 521 de 2015), à la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses (S.I. nº 604 de 2016, S.I. nº 209 de 2015), aux équipements sous pression (S.I. nº 288 de 2015, S.I. nº 81 de 2015, etc.), à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur sanitaire (S.I. nº 135 de 2014), aux agents biologiques (S.I. nº 572 de 2013), à la construction (S.I. nº 291 de 2013, S.I. nº 182 de 2013, etc.) et à l'amiante (S.I. nº 248 de 2011 et S.I. nº 589 de 2010).

Le Comité prend note des codes de pratique publiés par le HSA, qui sont disponibles sur son site internet. Le rapport indique que certains codes de pratique ont été élaborés spécifiquement pour les employeurs occupant jusqu'à trois salariés.

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. Il 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 l'Irlande 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 prescrits par les textes législatifs et réglementaires pour certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le rapport ne contient pas d'information sur les niveaux de prévention et de protection relatifs à l'implantation, l'aménagement et l'entretien des postes de travail.

Le Comité relève sur le site internet du HSA que la Directive 2013/35/UE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques) a été transposée en droit interne le 1er juillet 2016 par le règlement nº 337/2016 relatif à la sécurité, à la santé et au bien-être au travail (champs électromagnétiques) (hors période de référence).

Vu l'absence d'informations dans le rapport, le Comité n'est pas en mesure d'examiner si les textes législatifs et réglementaires en vigueur satisfont à l'obligation de l'article 3§2 de la Charte, qui prévoit que les niveaux de prévention et de protection prescrits pour l'implantation, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail doivent être alignés sur le niveau retenu par les normes internationales de référence. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte. Il demande que le rapport suivant donne des informations sur la transposition de la Directive 2009/104/CE 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. Il demande également des informations plus détaillées sur la mise en œuvre de mesures de prévention adaptées à la nature des risques, sur la fourniture d'information et de formation pour les travailleurs, ainsi que sur le calendrier concernant le respect des échéances.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité relève sur le site internet du HSA que le règlement d'application n° 209/2015 de la loi sur les produits chimiques (maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses) est entré en vigueur le 1er juin 2015. Il transpose la Directive 2012/18/UE du Parlement européen et du Conseil du 4 juillet 2012 concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses, modifiant puis abrogeant la directive 96/82/CE du Conseil. Le Comité demande que le rapport suivant indique les normes internationales ou communautaires que les textes législatifs et réglementaires édictés et/ou modifiés au cours de la période de référence visent à intégrer en ce qui concerne la protection contre les substances et agents dangereux.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le rapport indique qu'il existe des lois interdisant l'usage, la réutilisation, la vente, la fourniture et toute autre adaptation de matériaux contenant des fibres d'amiante. S'agissant des conditions de restriction applicables à ces substances, le rapport indique que ces mesures sont énumérées dans l'annexe XVII du Règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), modifié par le règlement (CE) n° 552/2009. L'Autorité de santé et de sécurité est la principale autorité compétente pour assurer l'application du règlement REACH en Irlande.

Le rapport indique en outre que le règlement d'application n° 248/2011 de la loi sur les produits chimiques (articles consacrés à l'amiante) précise que l'Autorité de santé et de sécurité peut délivrer une dérogation exemptant un article contenant de l'amiante, ou une catégorie de tels articles, de l'interdiction de mise sur le marché d'un produit contenant de l'amiante prévue par l'article 67 et par l'annexe XVII du règlement REACH.

Le règlement d'application n° 386/2006 de la loi relative à la sécurité, à la santé et au bien-être au travail (exposition à l'amiante), modifié par le règlement d'application n° 589/2010, vise à protéger la santé et la sécurité de tous les travailleurs susceptibles d'être exposés à la poussière de matériaux contenant de l'amiante dans le cadre de l'exercice de leur activité professionnelle. Ce règlement est applicable à toutes les activités professionnelles et à tous les lieux de travail dès lors qu'il existe un risque d'inhalation de poussières d'amiante.

Le rapport indique en outre que le HSA a diffusé des documents d'orientation complémentaires afin de protéger les travailleurs contre tous les aspects de l'exposition à l'amiante. Le Comité relève dans les directives pratiques relatives aux matériaux contenant de l'amiante (*Practical guidelines on Asbestos-containing Materials*) publiées en 2013 par l'Autorité de santé et de sécurité que la valeur limite d'exposition pour tous les types d'amiante est fixée à 0,1 fibres/cm^3.

Le Comité conclut que les niveaux de prévention et de protection contre l'amiante sont conformes à l'article 3§2 de la Charte. Il demande que le rapport suivant fournisse des informations complètes et à jour sur toute modification du cadre législatif et réglementaire intervenue durant la période de référence.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions XVI-2 (2003)), que les niveaux de prévention et de protection contre les radiations ionisantes étaient satisfaisants. Le rapport ne contient pas d'informations sur ce point.

Le Comité relève dans la base de données NATLEX sur le droit du travail, la sécurité sociale et les droits de la personne que la loi 20/2014 relative à la protection contre les radiations (dispositions diverses) a été adoptée le 23 juillet 2014. Ce texte prévoit la dissolution de l'Institut irlandais de protection radiologique et le transfert de l'ensemble de ses fonctions, de tous les éléments d'actif et de passif et du personnel à l'Agence de protection de l'environnement, donne effet à l'amendement à la Convention sur la protection physique des matières nucléaires adopté à Vienne le 8 juillet 2005, modifie la loi de 1991 relative à la protection contre les radiations, la loi de 1992 relative à l'Agence de protection de l'environnement et certains autres textes, et traite de toutes autres questions y afférentes. Le Comite demande que le rapport suivant fournisse des informations actualisées sur le cadre législatif et réglementaire pertinent, y compris la confirmation que 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

Le Comité a constaté précédemment (Conclusions 2009) que les travailleurs temporaires et intérimaires jouissaient du même niveau de protection de la sécurité et de la santé au travail que les travailleurs employés à durée indéterminée. Le rapport ne contenant pas d'informations spécifiques concernant les travailleurs temporaires, le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations complètes et à jour sur ce point.

Autres catégories de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2009), le Comité a demandé qu'il soit fait état des modifications qui auraient été apportées au cadre législatif et réglementaire afin de pouvoir confirmer que les travailleurs indépendants – y compris les travailleurs à domicile – et les employés de maison sont couverts par la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail. Le rapport ne fournit aucune information sur ce point.

Le Comité relève dans le document de travail des services de la Commission européenne intitulé « Évaluation ex post des directives de l'UE sur la sécurité et la santé au travail (évaluation REFIT) » (2017) que la législation nationale s'applique aussi aux employés de maison.

Le Comité constate en outre que d'après les informations figurant sur le site internet de l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Irlande a ratifié la Convention n° 189 de l'OIT sur les travailleuses et travailleurs domestiques (2011) le 28 août 2014. Selon la Commission des relations de travail (Workplace Relations Commission), les personnes qui travaillent en toute légalité bénéficient des mêmes droits et de la même protection que n'importe quel autre travailleur au regard du droit irlandais.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le rapport indique que toutes les mesures prises (dispositions administratives, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique sont décidées en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les niveaux de prévention et de protection prescrits par les textes législatifs et réglementaires pour l'implantation, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail soient alignés sur le niveau retenu par les normes internationales de référence.

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 l'Irlande. Il prend également note des observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité (Irish Human Rights and Equality Commission), transmises le 13 avril 2017.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et demandé des informations sur la manière dont cette disposition de la Charte était appliquée. Le rapport indique que le nombre d'accidents du travail non mortels est passé de 6 804 en 2012 à 7 775 en 2015 et que les accidents mortels ont également enregistré une légère hausse durant la période de référence. Les secteurs d'activité qui génèrent le plus grand nombre d'accidents mortels sont l'agriculture, la sylviculture, la pêche et la construction. Le rapport explique que la reprise de l'emploi en Irlande s'est accompagnée d'une hausse des taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles : alors que le nombre de lésions signalées à l'Autorité de santé et de sécurité n'a cessé de diminuer sur la période 2010-2013, l'année 2014 a enregistré une hausse de 13 %.

D'après les données Eurostat, le nombre d'accidents du travail non mortels ayant occasionné au moins quatre jours civils d'absence est passé de 15 284 en 2012 à 18 115 en 2014. Le taux d'incidence standardisé des accidents du travail non mortels pour 100 000 personnes occupées est également en hausse (809,57 en 2012 et 1 071,99 en 2014). Le Comité constate que ce taux est inférieur à la moyenne des 28 pays de l'UE (1 717,15 en 2012 et 1 642,09 en 2014). Quant au nombre d'accidents du travail mortels, il est passé de 43 en 2012 à 47 en 2014. Le taux d'incidence standardisé des accidents du travail mortels pour 100 000 personnes occupées est en légère baisse, de 3,41 en 2012 à 3,12 en 2014. Le Comité note néanmoins que ce taux reste supérieur à la moyenne des 28 pays de l'UE (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014).

Le Comité constate que le rapport ne fournit pas de données chiffrées pertinentes sur le nombre de maladies professionnelles. Il considère par conséquent que la surveillance de l'évolution des maladies professionnelles n'a pas été satisfaisante pendant la période de référence. Le Comité relève également dans la base de données MISSOC que 56 maladies professionnelles sont désignées dans le tableau des maladies professionnelles tenu par le ministère de la Protection sociale. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

Le Comité considère, au vu des renseignements fournis, que les mesures visant à réduire le nombre d'accidents mortels sont insuffisantes et considère par conséquent que la situation n'est pas confome à l'article 3§3 sur ce point. Il demande que le rapport suivant fasse état des causes les plus fréquentes d'accidents du travail ainsi que des activités de prévention et des mesures coercitives mises en œuvre pour les éviter.

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). Le

Comité relève dans le document de travail (2017) des services de la Commission européenne intitulé « Évaluation ex post des directives de l'UE sur la sécurité et la santé au travail (évaluation REFIT) » que le HSA fournit une série d'informations pratiques et des notes d'orientation adressées aux petites entreprises. L'outil d'évaluation des risques BeSMART comporte aussi des fonctionnalités conçues spécialement pour les PME et les TPE. Un pack de gestion de la sécurité pour les employeurs occupant jusqu'à 20 salariés (Safety Management Pack for Contractors Employing twenty or less workers – SMP 20) a par ailleurs été élaboré et lancé afin d'aider les petites entreprises à mettre en place et tenir à jour un système efficace de gestion de la sécurité.

Le rapport indique que le HSA met en œuvre un programme équilibré s'agissant de l'exécution des inspections des lieux de travail et de l'application des mesures coercitives dans le cadre de l'ensemble de ses missions, pendant toute la période couverte par la stratégie. La grande majorité des visites de contrôle et des investigations menées ont donné lieu à la délivrance d'un avis, verbalement ou par écrit, en vue d'obtenir une mise en conformité volontaire. Des mesures coercitives, pouvant aller jusqu'à l'engagement de poursuites, ont été prises lorsque cela était nécessaire pour garantir la sécurité et l'hygiène dans le travail et une utilisation sûre des produits chimiques. Le rapport ajoute que le HSA utilise un système électronique de gestion des inspections qui permet de consigner et intégrer toutes les données relatives aux visites de contrôle, aux décisions auxquelles elles ont donné lieu, aux échanges de courriers et aux incidents signalés, ainsi que les contacts clientèle.

Le rapport indique que le nombre de visites de contrôle des lieux de travail et d'investigations a diminué durant la période de référence (13 835 en 2012, 10 880 en 2015). Cette baisse s'explique par des réductions d'effectifs et des changements dans la nature de l'activité de contrôle, notamment dans le secteur agricole. Plus de 9 500 visites de contrôle et investigations ont été menées en 2015 en vertu de la loi relative à la sécurité et à la santé, dont près de 3 000 inspections dans le secteur agricole (y compris la sylviculture et la pêche). Le Comité relève néanmoins que d'après les informations communiquées par la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité (Irish Human Rights and Equality Commission), le pourcentage de visites en entreprise à des fins d'inspection ou d'investigations a chuté sur la période de référence, passant de 7,48 pour 1 000 travailleurs dans l'économie en 2012 à 5,49 pour 1 000 travailleurs en 2015 (soit un recul de plus de 25 %).

Pour ce qui est de la construction, face à la reprise du secteur et à l'afflux de travailleurs de retour sur les chantiers ou nouveaux salariés, le HSA a augmenté le nombre d'inspections et effectué plus de 3 000 visites. Les inspecteurs ont en outre mené à bien plus de 1 000 enquêtes sur des accidents mortels, des blessures graves et des plaintes relatives à la sécurité, à la santé et aux produits chimiques. Dans l'accomplissement de sa mission d'inspection, le HSA a délivré un avis par écrit dans plus de 4 300 cas. Lorsque les inspecteurs ont constaté des infractions plus graves, ils ont mis l'entreprise en demeure de réaliser des mesures correctives (489 mises en demeure) ou de cesser l'activité concernée (488 interdictions). En 2015, les poursuites engagées par le HSA ont donné lieu à des amendes dans 16 cas, pour un montant total de 541 000 €.

De plus, le HSA a effectué 406 visites de contrôle sanitaire et conduit 70 investigations en la matière sur la période 2014-2015. La plupart de ces inspections portaient sur des questions de sécurité sanitaire, de violence et d'agressions dans le secteur sanitaire, ou sur l'utilisation sûre d'objets tranchants à usage médical. En 2014, 29 inspections ont été conduites dans le secteur sanitaire dans le cadre de la campagne européenne de prévention des chutes, glissades et trébuchements de plain-pied, en s'intéressant à des aspects tels que la gestion, le nettoyage, les tâches d'entretien domestique, les revêtements piétonniers, les halls d'entrée, les escaliers ou encore les chaussures. Pour ce qui est des questions touchant à la santé au travail, la manutention manuelle a également été examinée lors de 585 visites de contrôle effectuées en 2014 (tous secteurs confondus).

Le Comité note, d'après les données publiées par ILOSTAT, que le nombre d'inspecteurs du travail est resté stable (58 en 2012 et 2013, 57 en 2014 et 2015). Le nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10 000 salariés était de 0,3 durant la période de référence. Le nombre de visites de contrôle des lieux de travail a légèrement augmenté (4 689 en 2012, 5 185 en 2015), tout comme le nombre moyen de visites par inspecteur (80,8 en 2012, 93 en 2015). Le Comité demande que le rapport suivant explique pourquoi le nombre de visites de contrôle des lieux de travail indiqué dans le rapport diffère de celui publié par ILOSTAT. Il demande également à être informé du pourcentage de travailleurs couverts par les visites de contrôle pour chaque secteur d'activité.

Le Comité demande que le prochain rapport indique la proportion de travailleurs couverts par les visites d'inspection et le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet de contrôles en matière de santé et de sécurité pour les années couvertes par la période de référence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents mortels 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 l'Irlande. Il prend également note des observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité (Irish Human Rights and Equality Commission), transmises le 13 avril 2017.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015) le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif qu'il n'existait aucune stratégie visant à développer les services de médecine du travail pour tous les travailleurs.

Le Comité rappelle qu'en acceptant l'article 3§4, les États s'engagent à donner accès à des services de santé au travail pour tous les travailleurs dans toutes les branches d'activité économique et toutes les entreprises. Il peut s'agir de services communs aux entreprises. Si des services de santé au travail ne sont pas institués pour toutes les entreprises, il appartient aux pouvoirs publics d'élaborer une stratégie en consultation avec les organisations d'employeurs et les syndicats en vue d'atteindre ce résultat. Le Comité appréciera si des progrès suffisants ont été accomplis.

Le rapport indique qu'en Irlande les employeurs ne sont pas tenus par la loi de fournir l'accès aux services de santé au travail, mais que beaucoup ont aujourd'hui les connaissances et les outils nécessaires pour gérer systématiquement l'hygiène et la sécurité sur les lieux de travail. Les entreprises de grande taille dans les secteurs public et privé peuvent fournir directement de tels services à leurs travailleurs. Ces prestations sont assurées volontairement, à plein temps ou à temps partiel en fonction du nombre de salariés/employés et du secteur d'activité. Les services fournis peuvent englober la réadaptation, la gestion des absences et la promotion de la santé.

Le rapport indique que les activités de prévention et de conseil doivent être mises en place en tenant compte de l'importance accrue accordée par le HSA au développement du bien-être au travail dans sa stratégie 2016-2018, l'idée étant de promouvoir la mise à disposition progressive de services de santé au travail pour tous les travailleurs. La stratégie ayant été adoptée hors période de référence, le Comité l'examinera lors de sa prochaine appréciation. En attendant, il réitère son constat précédent de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif que durant la période de référence il n'existait pas de stratégie visant à développer des services de santé au travail pour tous les travailleurs.

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 l'Irlande. Il prend également note des observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité (*Irish Human Rights and Equality Commission*), enregistréEs le 13 avril 2017.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance (moyenne des deux sexes confondus) était de 81,4 ans en 2015 (80,6 ans en 2010). D'après les estimations publiées par Eurostat, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 80,6 ans en 2015 pour les 28 pays de l'UE.

Le rapport indique que les trois quarts des décès en Irlande sont dus à trois types de maladies chroniques : le cancer, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires. La prise en charge de maladies chroniques telles que les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), l'asthme, l'insuffisance cardiaque et le diabète est l'une des priorités du système de santé publique (*Health Service Executive* ou HSE). Un cadre national de prévention et de gestion des maladies chroniques a été mis en place depuis 2008. Le Comité demande des informations actualisées sur les mesures prises pour combattre les principales causes de mortalité.

Le Comité constate, au vu des données Eurostat, que le taux de mortalité infantile a légèrement reculé pendant la période de référence : 3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012, 3,3 décès en 2014, et 3,4 décès en 2015. La mortalité maternelle est restée stable pendant la période de référence (huit décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015). Le Comité demande que le rapport suivant contienne des données actualisées sur le taux de mortalité, ainsi que sur les taux de mortalité infantile et maternelle.

Le rapport donne des informations sur le cadre national intitulé « Pour une Irlande en bonne santé », dont l'objectif est d'améliorer la santé et le bien-être en Irlande au cours de la période 2013-2025 (*Healthy Ireland, A Framework for Improved Health and Wellbeing 2013-2025), ainsi que sur les plans d'action* correspondants. Le Comité demande à être informé des résultats obtenus et des effets des mesures prises dans ce cadre sur la santé et le bien-être de la population.

Accès aux soins de santé

Le Comité relève dans la base de données statistiques de l'OCDE que les dépenses totales de santé s'élevaient à 9,4 % du PIB en 2015 (en hausse par rapport à 2006 – ce pourcentage s'établissait alors à 7,5 %, tandis que, durant la période de référence, il était de 10,1 % en 2012 et 2014).

Le Comité a noté précédemment que le système irlandais de soins de santé est un système mixte avec des organismes et des bailleurs de fonds publics et privés et qu'il est principalement financé par la fiscalité. Il a aussi constaté que de multiples modifications avaient été apportées depuis l'adoption, en 2003, du programme de réforme du service de santé (*Health Service Reform Programme*) (Conclusions 2009). Il demande que le rapport suivant contienne une description à jour du système de santé à l'issue desdites réformes.

S'agissant des délais d'attente, le Comité a noté précédemment que l'hôpital public serait chargé de gérer une liste d'attente commune qui concernerait les patients du secteur public comme du secteur privé. La place sur la liste d'attente serait uniquement fonction des besoins des patients. Il a aussi noté que le Fonds national d'achat de traitements (*National Treatment Purchase Fund* – NTPF) avait pour mission de faire soigner, essentiellement dans des hôpitaux privés, les patients du secteur public inscrits depuis très longtemps sur une liste d'attente pour une opération chirurgicale (Conclusions 2009). Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet.

Le Comité prend note des observations communiquées par la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité. Celle-ci indique qu'étant donné l'imbrication des secteurs public et privé propre au système de santé irlandais, les retards excessifs dans l'accès aux soins constituent un problème de taille. La Commission fournit également des données montrant que, pour les soins ambulatoires comme pour les soins hospitaliers, les délais d'attente des patients du système public de santé se sont allongés durant la période de référence. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises pour réduire les délais d'attente (soins ambulatoires et hospitaliers) et des chiffres précis concernant les délais d'attente moyens pour les deux systèmes : public et privé.

Le Comité prend également note des commentaires de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité à propos des données officielles les plus récentes, qui font apparaître d'importants écarts entre les catégories socio-économiques en termes de de mortalité et de maladie. Ces données montrent en outre que la participation financière exigée des patients pour chaque médicament prescrit a été revue à la hausse durant la période de référence (de 0,50 à 1,50 €). Une récente étude a fait le lien entre l'instauration et l'augmentation de cette participation forfaitaire et les baisses de consommation observées pour les médicaments prescrits. Le Comité demande que le rapport suivant donne des informations à jour sur la proportion des dépenses qui revient aux patients.

Le Comité relève dans le rapport que le pourcentage de personnes en surpoids ou obèses a considérablement augmenté : en Irlande, 60 % des adultes et un enfant sur quatre sont concernés. Il note par ailleurs le lancement en septembre 2016 (hors période de référence) d'un programme de lutte contre l'obésité pour une Irlande en bonne santé, assorti d'un plan d'action couvrant la période 2016-2025 (*A Healthy Weight for Ireland – Obesity Policy and Action Plan 2016-2025*). L'objectif est d'inverser la tendance afin de prévenir les complications associées à l'obésité et de réduire la charge que cela représente pour les individus, les familles, le système de santé et la société et l'économie en général. Le programme '*A Healthy Weight for Ireland*' reconnaît que les inégalités socio-économiques influent considérablement sur la prévalence de l'obésité en Irlande, où les taux sont beaucoup plus élevés dans les zones les plus défavorisées. Le HSE va prendre des mesures afin de mettre en place des programmes de promotion de la santé portés par des acteurs associatifs, en ciblant plus particulièrement les zones défavorisées. Le Comité prend note de l'éventail des initiatives décrites dans le rapport qu'il est prévu de déployer pour répondre aux préoccupations grandissantes suscitées par le surpoids et l'obésité. Il demande des informations à jour sur la mise en œuvre de ces mesures et sur les résultats obtenus.

En ce qui concerne la santé mentale, le Comité prend note des observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité concernant l'accès aux services de santé mentale pour les femmes qui relèvent du système de prise en charge des demandeurs d'asile (*Direct Provision*), le fait que des mineurs de moins de 18 ans soient en réalité traités dans des structures pour adultes, et le fait que l'offre de services de santé mentale soit sensiblement en deçà du niveau jugé nécessaire dans la stratégie nationale de santé mentale. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement.

Compte tenu du manque d'informations dans le rapport, notamment en ce qui concerne des délais d'attente et la proportion des dépenses qui revient aux patients, le Comité considère qu'il n'est pas établi que le droit d'accès aux soins de santé soit garanti dans la pratique.

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).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres nécessitait (en droit ou dans la pratique) une stérilisation ou tout autre traitement médical invasif susceptible de nuire à la santé ou à l'intégrité physique des intéressés (Conclusions 2013, Introduction générale). Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. Le Comité prend note des observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité, selon lesquelles l'offre de soins aux personnes transgenres serait insuffisante pour répondre à leurs besoins, et ce du fait de la complexité du processus et d'une prise en charge inadaptée, mais aussi en raison des connaissances limitées et du manque de sensibilisation des professionnels de santé. Le Comité renouvelle sa question.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que le droit d'accès aux soins de santé soit garanti dans la pratique.

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 l'Irlande.

Education et sensibilisation de la population

Le rapport souligne que le programme-cadre d'amélioration de la santé et du bien-être en Irlande sur la période 2013-2025 (*Healthy Ireland, A Framework for Improved Health and Wellbeing 2013-2025)* contribuera à sensibiliser l'opinion et à promouvoir des modes de vie sains en amenant la population à mieux appréhender les grandes causes des maladies et en favorisant l'élaboration de stratégies ciblées et intersectorielles d'information du public ainsi que de mesures face à ces enjeux.

Le rapport indique par ailleurs que le programme précité s'est engagé à mettre pleinement en œuvre le programme d'éducation sociale, personnelle et sanitaire dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire et dans les centres « Youthreach », et notamment le programme d'éducation physique en milieu scolaire. A cela s'ajoute l'initiative *Active Schools Flag*, qui décerne le label « École active » aux écoles qui se mobilisent pour promouvoir l'activité physique. D'autres mesures traduisent la volonté de soutenir, renforcer ou créer des liens avec les partenariats, stratégies et initiatives existants qui visent à améliorer la capacité des parents, des personnels qui s'occupent des enfants et des familles à prôner des choix plus sains pour les enfants et pour eux-mêmes. Le Comité demande à être tenu informé de l'application de ces dispositions et de leurs effets sur la santé et le bien-être des enfants et adolescents.

Le Comité note qu'une consultation a été menée auprès des enfants et adolescents pour les informer du programme de lutte contre l'obésité pour une Irlande en bonne santé (*A Healthy Weight for Ireland – Obesity Policy and Action Plan 2016-2025*) et solliciter leur apport. Le plan d'action du programme, prévoit d'aborder directement les problèmes soulevés lors des consultations avec les enfants et les jeunes sur ce qui les aide et les défis auxquels ils sont confrontés pour avoir un mode de vie sain, y compris ceux sur l'importance d'une alimentation saine, de l'activité physique, des conséquences du tabagisme etc.

Le Comité prend note des informations communiquées dans le rapport concernant les campagnes de sensibilisation menées sur des sujets tels que le tabagisme, la santé mentale, la santé sexuelle, l'allaitement, l'alimentation saine, l'activité physique, le dépistage du cancer et du diabète.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment pris note des services de dépistage proposés aux enfants en milieu scolaire et aux femmes enceintes, ainsi que de ceux axés sur certains types de cancers (Conclusions 2009). Il a demandé des informations à jour sur ce point (Conclusions 2013).

Le rapport ne contenant pas ces renseignements, le Comité demande des informations à jour sur les types de consultation et de dépistage qui existent pour les femmes enceintes et les enfants sur l'ensemble du territoire, dans les zones urbaines ainsi que dans les zones rurales.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 11§2, des dépistages des maladies qui constituent les principales causes de décès doivent être organisés, si possible systématiquement (Conclusions 2005, République de Moldova). La prévention par le dépistage doit contribuer effectivement à l'amélioration de la santé de la population. Le Comité renouvelle sa demande d'informations spécifiques sur les programmes de dépistage organisé des maladies qui constituent les principales causes de décès. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l’Irlande 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 l'Irlande.

Environnement sain

Le rapport ne contient aucune information sur les mesures concrètes de lutte contre la pollution de l'air et de l'eau ni aucune donnée chiffrée sur les niveaux de pollution et les tendances en la matière pendant la période de référence. Le Comité souligne que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point

Concernant l'amiante, le Comité a noté dans ses Conclusions 2015 que la mise sur le marché, la fourniture, l'usage et toute autre adaptation de fibres d'amiante de tous types ainsi que de produits en contenant étaient interdits en vertu du Règlement européen concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), et estimé que la situation était conforme à la Charte sur ce point. Le rapport soumis pour le présent cycle de contrôle ajoute que l'Autorité de santé et de sécurité (*Health and Safety Authority*) est la principale autorité compétente pour assurer l'application du règlement REACH en Irlande.

S'agissant de la sécurité alimentaire, le Comité prend note des mesures prises dans le cadre du programme de lutte contre l'obésité pour une Irlande en bonne santé et de son plan d'action pour la période 2016-2025 (*A Healthy Weight for Ireland – Obesity Policy and Action Plan 2016-2025*), lancé en septembre 2016 (hors période de référence). Il demande que le rapport suivant contienne des informations à jour sur la mise en œuvre et l'état d'avancement de ce programme, ainsi que sur les résultats obtenus.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Pour ce qui concerne les campagnes de sensibilisation sur les risques associés au tabac, à l'alcool et aux drogues, le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 11§2.

Le Comité relève dans le rapport les mesures de lutte antitabac qui ont déjà été prises ou sont en cours, comme les avertissements visuels apposés sur les paquets de tabac, l'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants et la transposition de la directive européenne relative aux produits du tabac. La politique antitabac intitulée « L'Irlande sans tabac » (*Tobacco Free Ireland*) fixe des objectifs à l'horizon 2025 (à savoir un taux de prévalence du tabagisme inférieur à 5 %) et a abouti à l'adoption de la loi de 2015 relative à la santé publique (emballage normalisé du tabac) [*Public Health (Standardised Packaging of Tobacco) Act 2015*], ainsi qu'à l'élaboration d'une réglementation régissant la vente des produits tabagiques et des cigarettes électroniques. L'enquête 2016 sur la santé et le bien-être de la population irlandaise (*Healthy Ireland 2016 Survey*) a révélé que 19 % des personnes âgées de plus de 15 ans fumaient quotidiennement (24 % en 2007). Selon l'enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé menée en 2014 (*Health Behaviour in School Children Survey 2014*), 8 % des jeunes de 10 à 17 ans déclaraient qu'ils fumaient (c.-à-d. consommaient du tabac au moins une fois par mois), contre 15 % en 2006.

S'agissant des mesures prises pour réduire la consommation d'alcool, le rapport indique que le cadre national « Pour une Irlande en bonne santé » (*Healthy Ireland)* a prévu de faire adopter une loi relative à la santé publique (alcool) [*Public Health (Alcohol) Bill*] comportant des dispositions sur l'étiquetage des produits contenant de l'alcool et encadrant la publicité et la commercialisation de l'alcool, de même que la vente et la distribution d'alcool dans certaines circonstances. Le Comité demande à être informé de tout fait nouveau concernant l'adoption de ce projet de loi. Il demande également des données chiffrées actualisées concernant les taux de consommation d'alcool et les évolutions en la matière.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur les mesures prises pour lutter contre la toxicomanie ainsi que des données chiffrées actualisées sur la consommation de drogue.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité prend note des informations détaillées concernant les programmes de vaccination à l'école et au collège (*Primary Childhood Immunisation Schedule* et *Schools Immunisation Programme*) et les programmes de vaccination destinés aux adultes. Qu'elles s'adressent aux enfants ou aux adultes, ces initiatives relèvent du système de santé publique (HSE), qui passe pour ce faire par l'Office national de vaccination (*National Immunisation Office* – NIO).

Le Comité note que les taux de couverture de plusieurs vaccins sont assez élevés. Le rapport mentionne que la vaccination rougeole-oreillons-rubéole (ROR) ne cesse de progresser. Les chiffres pour 2014-2015 montrent que le taux de couverture du vaccin contre les infections à papillomavirus humain a dépassé la barre des 87 % ; il s'agit du taux le plus élevé depuis le début du programme en 2010.

Le Comité prend note des réglementations internationales et nationales concernant la prévention et le contrôle des maladies infectieuses qui sont citées dans le rapport. Celui-ci indique que la prévention des maladies causées par des infections sexuellement transmissibles est l'une des priorités majeures du programme « Pour une Irlande en bonne santé » (*Healthy Ireland*).

Accidents

Le Comité a demandé à plusieurs reprises des informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents, en particulier les accidents de la route et les accidents domestiques, ainsi que sur l'évolution des accidents. Le rapport ne contenant aucune information à ce sujet, il estime qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à la Charte à cet égard (Conclusions 2009 et 2013).

Dans ses Conclusions 2015, le Comité a reconduit sa conclusion selon laquelle il n'était pas établi que des mesures appropriées aient été prises pour prévenir les accidents et en réduire le nombre, aucune information n'ayant été communiquée concernant les principales catégories d'accidents examinées au titre de l'article 11 (Conclusions 2015).

Le Comité constate que les informations figurant dans le rapport actuel concernent principalement les accidents du travail. Cependant, comme indiqué précédemment, le Comité examine ces accidents au titre de l'article 3 et renvoie donc à ses dernières conclusions sur la conformité aux dispositions de cet article (Conclusions 2013 relatives à l'article 3, Irlande). Les quelques autres informations données par le rapport ont trait uniquement aux mesures de prévention des chutes et de leurs conséquences chez les personnes âgées de 65 ans et plus. AFFINITY (*Activating Falls and Fracture Prevention in Ireland Together* – « Agir ensemble pour éviter les chutes et les fractures) est le programme national de mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention des chutes et des fractures face à une population vieillissante (*National Strategy for the Prevention of Falls and Fractures in Ireland's Ageing Population,* 2008). Outre la prévention des chutes et de leurs conséquences chez les personnes âgées de 65 ans et plus, AFFINITY vise à mieux gérer ces risques et à améliorer la santé et le bien-être en mettant l'accent sur la santé osseuse (prévention des fractures).

En ce qui concerne les accidents, le Comité rappelle que les États doivent prendre des mesures pour les prévenir. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs (Conclusions 2005, la République de Moldova). Constatant que le rapport ne contient toujours pas de données chiffrées ni aucune

information concernant les mesures prises pour prévenir les principaux accidents examinés au titre de l'article 11§3 et en réduire le nombre, le Comité maintient son constat de non-conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures appropriées soient en place pour prévenir les accidents.

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 l'Irlande. Il prend également note des informations figurant dans les observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité, transmises le 13 avril 2017.

Pour ce qui concerne les **prestations familiales** et les **prestations de maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives aux articles 16 et 8§1 respectivement (Conclusions 2011).

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

Le Comité renvoie à ses précédentes conclusions pour une description du système irlandais de sécurité sociale. Il constate que ledit système continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail/maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants) et repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (employeurs, salariés) et par le budget de l'Etat.

Le Comité a précédemment relevé que les travailleurs indépendants n'étaient pas couverts par toutes les branches du système irlandais de sécurité sociale, notamment le régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, et a demandé des éclaircissements à ce sujet. Il note que, selon le rapport, il n'existe pas de statistiques concernant la couverture des travailleurs indépendants, étant donné qu'ils sont exclus du système public de sécurité sociale. Il relève dans la base de données MISSOC que les travailleurs indépendants sont également exclus des régimes maladie, invalidité et chômage. Pour ce qui est des salariés, le rapport indique qu'en 2014, 95 % d'entre eux pouvaient prétendre aux indemnités de maladie (2 227 854 assurés pour un total de 2 342 700 salariés), aux allocations de demandeur d'emploi (2 227 695 assurés), à la pension nationale contributive, ainsi qu'aux prestations de maternité et d'invalidité (2 227 844 assurés pour chacune de ces branches). La couverture atteignait 98 % pour la pension contributive de conjoint survivant (veuves/veufs ou partenaires d'une union civile) et l'indemnité de tutelle (2 299 991 assurés), et s'établissait à 99,6 % pour les prestations en cas d'accident du travail (2 334 390 assurés). Selon le rapport, la population irlandaise était estimée à 4 609 600 habitants en 2014, dont près de 60 % (2 755 058 personnes, parmi lesquels des travailleurs indépendants et des personnes cotisant volontairement) étaient des assurés sociaux en activité.

Le Comité rappelle qu'au sens de l'article 12 de la Charte, la sécurité sociale comprend les régimes de caractère universel aussi bien que les régimes à base professionnelle et englobe les prestations contributives, non contributives et mixtes liées à la survenance de certains risques. Afin d'assurer une protection effective de tous les membres de la société contre les risques sociaux et économiques, les Etats doivent maintenir leurs régimes de sécurité sociale. Ceux-ci doivent préserver un régime de base suffisamment complet (Observation interprétative de l'article 12, Conclusions XIV-1 (1998)). Afin de déterminer si une proportion significative de la population totale et/ou active jouit d'un droit effectif à la sécurité sociale pour ce qui est des prestations prévues par les différentes branches, les Etats parties sont tenus de fournir des données chiffrées concernant le taux de couverture pour chacune de ces branches. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur le champ d'application personnel des différentes branches de la sécurité sociale durant la période de référence. Pour les soins de santé, le rapport devrait indiquer la proportion de personnes qui sont couvertes sur l'ensemble de la population. Pour les prestations servies en remplacement d'un revenu (chômage, maladie, maternité et vieillesse), le rapport devrait indiquer le pourcentage de personnes assurées dans la population active totale. Dans l'attente, le Comité réserve sa position quant au caractère suffisant de la couverture de sécurité sociale en Irlande.

Caractère suffisant des prestations

Le Comité a précédemment estimé (Conclusions 2009) que le montant minimum des indemnités de maladie, des indemnités de chômage, de la prestation de survivant, de la prestation versée en cas d'accident du travail et de la prestation d'invalidité étaient insuffisants. Il a maintenu ce constat dans ses Conclusions 2013, dans la mesure où l'Irlande n'avait pas soumis de rapport.

Le rapport conteste la méthode suivie pour évaluer le caractère suffisant des prestations et considère qu'il faudrait utiliser les statistiques nationales (Office central des statistiques – Enquête sur les revenus et les conditions de vie) plutôt que les données Eurostat. Le Comité rappelle que son appréciation repose sur une méthode consistant à comparer les prestations minimales à un certain seuil du revenu médian disponible ajusté calculé pour une personne seule et exprimé en euros ; ce seuil est publié par Eurostat et/ou reproduit dans les statistiques officielles qui utilisent la même définition et la même méthodologie : le revenu d'un ménage est la somme des revenus monétaires que perçoit chaque membre d'un ménage, quelle qu'en soit la source. Pour tenir compte des différences de taille et de composition des ménages, ce total est divisé par le nombre d'« équivalents adultes » à l'aide d'une échelle normalisée (l'échelle d'équivalence modifiée de l'OCDE). Le chiffre obtenu est attribué à chaque membre du ménage (Finnish Society of Social Rights c. Finlande, réclamation n° 88/2012, décision sur le bien-fondé du 9 septembre 2014). Le Comité relève dans le rapport que l'indicateur national proposé par les autorités irlandaises est bien différent de celui d'Eurostat, en ce qu'il tient compte des revenus complémentaires disponibles (notamment ceux provenant d'un régime d'assurance privée) et utilise une échelle différente de celle de l'OCDE. Le seuil obtenu au moyen de l'indicateur irlandais ne saurait donc être considéré comme équivalent, sous l'angle de sa définition et de sa méthodologie, à l'indicateur que le Comité applique, dans la mesure du possible, à tous les autres Etats parties.

Le rapport affirme également que certaines prestations peuvent être complétées par des prestations supplémentaires. Le Comité rappelle à cet égard que les prestations supplémentaires sont prises en compte lorsque le montant minimum des prestations versées en remplacement des revenus se situe, pour une personne seule, entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté (Conclusions 2013, Hongrie). Il appartient aux Etats parties de démontrer que les prestations supplémentaires sont effectivement servies à tous ceux qui perçoivent des prestations de sécurité sociale inférieures au seuil de 50 % (Finnish Society of Social Rights c. Finlande, réclamation n° 88/2012, décision sur le bien-fondé du 9 septembre 2014). De plus, le recours à des prestations supplémentaires revêtant un caractère d'assistance sociale ne doit pas faire du système de sécurité sociale un simple dispositif d'assistance sociale minimale (Observation interprétative de l'article 12, Conclusions XIV-1 (1998)). Le Comité note que certaines prestations supplémentaires citées dans le rapport ne sont pas pertinentes en ce qu'elles ne concernent pas les personnes seules (allocation versée aux adultes en couple, majoration pour enfant à charge, allocations familiales, allocation de rentrée scolaire pour l'achat de vêtements et chaussures, complément pour garde de jeune enfant, complément de revenu familial, complément de revenu familial versé aux familles à faibles revenus). En revanche, il tiendra compte, le cas échéant, de l'allocation pour personne isolée (7,70 € par semaine) et de l'allocation pour achat de combustible domestique, versée sous condition de ressources (10 € par semaine). Il note que l'indemnité forfaitaire de foyer (*Household Benefits Package*) (18,60 € par semaine) ne concerne, sauf dans certains cas, que les personnes âgées de plus de 70 ans. Il demande que le prochain rapport précise dans quelles circonstances cette prestation est ouverte aux personnes âgées de moins de 70 ans.

Le rapport contient quelques informations chiffrées sur le niveau des prestations en 2014, calculé au regard de l'indicateur national de l'Office central des statistiques (50 % du revenu médian, à savoir 174,49 € par semaine) et des données d'Eurostat. Dans ses observations, la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité précise que l'indicateur

national de 50 % du revenu médian ajusté s'établissait à 180,76 € par semaine en 2014 (40 % dudit revenu représentant 144,61 €) et à 191,65 € en 2015 (40 % représentant 153,32 €). Le Comité note, d'une part, que les données relatives à l'indicateur national de l'Office central des statistiques présentent des incohérences et, d'autre part, que les données que le rapport affirme tirées d'Eurostat ne correspondent pas à celles que l'on trouve dans la base de données Eurostat. En conséquence, il utilisera les données officielles qui peuvent être publiquement consultées. Selon ces dernières, en 2014, le revenu médian ajusté était de 20 169 € (1 681 € par mois et 420 € par semaine). Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, était de 10 085 € (840 € par mois et 210 € par semaine), tandis que 40 % du revenu médian ajusté représentaient 8 068 € (672 € par mois et 168 € par semaine). En 2015, le revenu médian ajusté étant de 21 688 € (1 807 € par mois et 452 € par semaine) ; 50 % correspondaient à 10 844 € par an (904 € par mois et 226 € par semaine) et 40 % à 723 € par mois et 181 € par semaine.

Le Comité a précédemment noté que les indemnités de **maladie** étaient servies sous la forme d'une prestation forfaitaire qui pouvait être assortie de compléments familiaux et que le système ne prévoyait pas le maintien du salaire par l'employeur. Selon la base de données MISSOC, tous les salariés et apprentis ayant acquitté le nombre requis de cotisations hebdomadaires (104, dont 39 durant l'année de cotisation précédant l'année où la prestation est demandée ou 26 pendant chacune des deux années de cotisation précédant celle où la prestation est demandée) peuvent prétendre à ces prestations, sauf les fonctionnaires et autres employés des services publics recrutés avant le 6 avril 1995, les personnes âgées de plus de 66 ans et ceux qui gagnent moins de 38 € par semaine. Les travailleurs indépendants sont également exclus de l'assurance maladie. La durée de service des indemnités de maladie est limitée à 52 ou 104 semaines, aucune prestation n'étant versée pendant les six premiers jours de maladie. Durant toute la période de référence, le montant des indemnités est demeuré inchangé, à savoir 188 € par semaine, c.-à-d. entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté. Si certains compléments familiaux peuvent être versés au titre des adultes et enfants à charge, le rapport ne fait pas état de compléments qui s'appliqueraient aux personnes seules. Le Comité considère par conséquent que le montant minimum des indemnités de maladie est insuffisant. Par ailleurs, d'après les observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité, le montant de cette prestation est également inférieur au seuil de 50 % au regard de l'indicateur national de l'Office central des statistiques.

La même prestation forfaitaire de 188 € par semaine (assortie des compléments pour adultes ou enfants à charge) est versée aux salariés en cas d'incapacité temporaire de travail due à un **accident du travail** ou à une **maladie professionnelle**. Ces prestations sont versées sur une durée maximale de 156 jours (dimanches non compris). Le Comité considère que le montant minimum de cette prestation est insuffisant, pour les mêmes raisons que celles invoquées pour les indemnités de maladie.

D'après le rapport, une personne seule âgée de moins de 66 ans titulaire d'une pension d'**invalidité** percevait 193,50 € par semaine en 2014, auxquels pouvaient s'ajouter, sous conditions de ressources, des prestations d'assistance supplémentaires (indemnité forfaitaire de foyer et allocation pour achat de combustible domestique), lui assurant un revenu social total de 214,58 € par semaine. Le Comité observe que ce montant était suffisant en 2014 mais qu'en 2015, le niveau de la pension d'invalidité n'ayant pas varié sur toute la période de référence, il n'atteindrait pas, sauf augmentation des prestations d'assistance supplémentaires, le seuil de 50 % du revenu médian ajusté. Le Comité demande que le prochain rapport précise dans quelles conditions une personne a droit à l'indemnité forfaitaire de foyer et à l'allocation pour achat de combustible domestique, quels sont leurs montants respectifs et si ces prestations sont régulièrement revalorisées. Dans l'attente, il réserve sa position sur ce point.

En ce qui concerne les **pensions de vieillesse**, le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 23, ainsi qu'à ses Conclusions relatives à l'article 12§3 pour ce qui concerne les

réformes du régime de retraite (pensions de vieillesse) intervenues pendant la période de référence.

Les indemnités de **chômage** relèvent d'un régime de sécurité sociale obligatoire qui sert des prestations à taux fixe (voir les Conclusions 2006 pour plus de détails). Le Comité relève dans la base de données Missoc que, comparativement à la situation examinée dans les Conclusions 2006, les conditions ouvrant droit aux prestations ont été durcies (un minimum de 104 semaines de cotisation est désormais requis, au lieu de 52 auparavant, dont au moins 39 doivent avoir été acquittées ou créditées pendant l'année de cotisation précédent celle où les prestations sont demandées ou 26 pendant les deux années de cotisation précédentes) et la durée maximale de service a été ramenée de 390 à 234 jours (9 mois), voire 156 jours (6 mois) si l'assuré a cotisé moins de 260 semaines depuis sa première affiliation (sauf s'il a 65 ans, auquel cas les indemnités seront versées jusqu'à l'âge de la retraite, c.-à-d. 66 ans, dès lors qu'il totalise 156 semaines de cotisation). L'assistance chômage est attribuée, sous condition de ressources, à ceux qui ont épuisé leur droit aux indemnités de chômage, et ce jusqu'à ce qu'ils puissent prétendre à la pension de vieillesse.

Le Comité a précédemment noté (Conclusions 2006) que, durant les trois premiers mois de chômage, les demandeurs d'emploi pouvaient refuser une offre d'emploi au motif qu'elle ne répondait pas à leurs exigences ou leur expérience professionnelles, sans risquer de perdre leurs indemnités. Il demande que le prochain rapport indique si cette condition continue de s'appliquer, quels sont les motifs permettant à un demandeur d'emploi de refuser une offre et quels recours existent pour contester une décision de suspension du versement des indemnités de chômage.

Pendant toute la période de référence, le montant des indemnités de chômage a été de 188 € par semaine. Le montant de l'assistance chômage s'établissait lui aussi à 188 € par semaine, sauf pour les nouveaux demandeurs âgés de moins de 25 ans, pour lesquels il était de 100 € par semaine s'ils avaient entre 18 et 24 ans et de 144 € s'ils étaient âgés de 25 ans. Le Comité note que le niveau de l'assistance chômage versée aux personnes âgées de 25 ans ou moins est manifestement insuffisant et que, dans les autres cas, il se situe entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté, comme c'est le cas aussi pour les indemnités de chômage. Le Comité demande si d'autres prestations sont proposées aux personnes seules et à quelles conditions. Dans l'attente, il réserve sa position sur ce point. Le Comité note par ailleurs à cet égard que la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité souligne dans ses observations que les montants des indemnités de chômage et de l'assistance chômage étaient également inférieurs au seuil de 50 % (voire même à celui de 40 % en ce qui concerne les prestations servies aux moins de 25 ans en 2014 et 2015) au regard de l'indicateur national de l'Office central des statistiques.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des indemnités de maladie est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations pour accident du travail et maladie professionnelle est insuffisant ;
- le niveau de l'assistance chômage versée aux personnes âgées de moins de 25 ans 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 l'Irlande.

Le Comité prend note que l'Irlande a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 16 février 1971 et en a accepté les parties III (indemnités de maladie), IV (prestations de chômage), V (prestations de vieillesse), VII (prestations familiales) et X (prestations de survivants).

Le Comité note que, selon la Résolution CM/ResCSS(2016)9 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par l'Irlande (période du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015), la législation et la pratique de l'Irlande continuent à donner plein effet aux parties V, VII et X du Code mais ne remplissent pas les obligations découlant des parties III et IV, les conditions donnant droit aux indemnités de maladie et aux prestations de chômage établies par le pays étant plus sévères que celles prévues par le Code.

Le Comité relève dans le rapport que les conditions visées sont celles qui concernent l'octroi des indemnités de maladie et des prestations de demandeurs d'emploi ainsi que le délai de carence des indemnités de maladie. Le Comité relève également dans le rapport que le Gouvernement n'a pas été en mesure, dans le cadre du budget 2016, de modifier ces conditions et qu'il est cependant prévu de les réexaminer lors de la révision et de la réforme du système de protection sociale irlandais, en tenant compte des contraintes budgétaires. Le rapport ajoute que, quand bien même les dispositions irlandaises en matière de sécurité sociale ne seraient pas techniquement conformes au Code, l'esprit des parties susmentionnées est respecté grâce à la nature complète et générale du système de soutien au revenu dans son ensemble.

Le Comité rappelle que, pour se conformer à l'article 12§2 de la Charte, le système de sécurité sociale des Etats parties doit couvrir au moins six parties (la vieillesse comptant pour trois dans le Code européen de sécurité sociale). Il s'ensuit que l'Irlande ne donne plein effet qu'à cinq parties du Code.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 12§2 de la Charte au motif que l'Irlande ne donne plein effet qu'à cinq parties du Code européen de sécurité sociale.

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 l'Irlande. Il prend également note des informations communiquées dans les observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité, transmises le 13 avril 2017.

L'Irlande ayant ratifié les articles 8§1 et 16 de la Charte, le Comité appréciera la portée et l'impact des changements opérés dans le domaine des prestations de maternité et des allocations 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. Le rapport fait plus particulièrement état d'un certain nombre d'avancées :

- en 2014, extension de l'assurance sociale volontaire (pension nationale de vieillesse contributive et prestations de maternité/paternité) à certains conjoints et partenaires civils de travailleurs indépendants ;
- en 2012, mise en place d'un régime de prestations pour incapacité partielle permettant aux personnes handicapées aptes à travailler de reprendre un emploi tout en continuant à bénéficier d'une aide au revenu ;
- maintien de faibles taux de cotisations sociales : un travailleur peut s'assurer dès lors que ses revenus atteignent 38 € au cours d'une semaine donnée ; les salariés rémunérés au salaire minimum et travaillant moins de 4,5 heures par semaine peuvent ainsi rester couverts par l'assurance sociale.

Le Comité note cependant l'adoption de certaines mesures restrictives, relevées également dans les observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité ainsi que dans d'autres sources (Association internationale de la sécurité sociale, Missoc, Institut syndical européen) :

- instauration, en 2012, de règles plus strictes pour l'octroi de la prestation d'invalidité (depuis janvier 2012, les nouvelles demandes exigent un taux d'invalidité supérieur à 15 % – le Comité note que, selon la base de données Missoc, ce changement concerne également les incapacités consécutives à un accident du travail) ;
- imposition, avec effet au 1er janvier 2012, de toutes les prestations servies dans le cadre de l'assurance contre les accidents du travail (auparavant, les versements effectués les six premières semaines d'une année fiscale étaient exonérés d'impôt) – le Comité relève dans la base de données Missoc que ce changement concerne aussi les indemnités de maladie ;
- adoption, en 2012, de nouvelles règles concernant l'octroi des allocations de demandeur d'emploi, aux termes desquelles ceux qui exercent un emploi à temps partiel ont droit à une indemnité calculée sur une semaine de cinq jours de travail, et non plus de six ;
- réduction, en 2013, de la durée de service de l'allocation de demandeur d'emploi pour les nouveaux demandeurs – ramenée de douze à neuf mois pour ceux qui ont acquitté au moins 260 cotisations et de neuf à six mois pour ceux qui justifient d'un moins grand nombre de cotisations ;
- allongement, à compter de janvier 2014, du délai de carence (passé de 3 à 6 jours) pour les indemnités de maladie – le Comité relève dans la base de données Missoc que ce changement concerne aussi les prestations versées en cas d'accident du travail ;
- minoration d'un tiers du montant de la pension nationale contributive versée à ceux qui ont pris leur retraite après septembre 2012 (voir les précisions fournies au titre de l'article 23) ;

- réduction, en avril 2012, de la période durant laquelle une demande de pension nationale contributive peut être réclamée rétroactivement (ramenée de cinq ans à six mois) ;
- suppression, en 2014, de l'ancienne pension nationale « transitoire » (prestation contributive servie aux travailleurs nés après 1947) et relèvement de l'âge légal de départ à la retraite, porté de 65 à 66 ans, puis à 67 ans en 2021 et 68 ans en 2028 (loi de 2011 sur la protection sociale et les pensions) ;
- révision à la baisse de plusieurs prestations supplémentaires versées aux allocataires de pensions nationales contributives et non contributives : en 2012, la durée de service de l'allocation pour achat de combustible domestique est passée de 32 à 26 semaines, soit une baisse de 120 € par an. En 2013, l'allocation destinée à couvrir les dépenses de téléphone a été réduite de 26 à 9,50 € par mois, soit une baisse de 234 € pour l'année en question. Cette prestation a été supprimée en janvier 2014, ce qui a conduit à une baisse de revenu de 114 € pour chaque année de la période de référence restante ; en janvier 2015, l'allocation destinée à couvrir les frais d'électricité a été ramenée à 35 € par mois, soit une baisse d'environ 105 € par an.

Les montants hebdomadaires des prestations sont par ailleurs demeurés inchangés durant toute la période de référence. La Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité souligne à cet égard que le fait d'avoir maintenu les prestations à un niveau constant en valeur nominale alors que, dans l'ensemble, les revenus ont progressé durant la période de référence (le revenu médian ajusté a augmenté de 8,2 %) a eu pour effet que davantage de prestations se situent en-dessous du seuil de pauvreté (voir les Conclusions relatives à l'article 12§1).

Le Comité rappelle qu'une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3 et dépend de la nature des modifications, des raisons avancées pour les justifier dans le cadre de la politique sociale et économique dans lequel elles s'inscrivent, de leur importance, de l'existence de mesures d'assistance sociale pour ceux qui se trouvent dans le besoin du fait de ces modifications et des résultats obtenus par les modifications. Même si des mesures restrictives prises isolément sont conformes à la Charte, leur effet cumulé peut être de nature à entraîner une dégradation significative du niveau de vie et des conditions de vie de certains groupes de la population, ce qui ne serait pas conforme à l'article 12§3 de la Charte. Ainsi, les mesures visant à consolider les finances publiques peuvent être considérées comme un moyen de contribuer à la sauvegarde et à la pérennité du système de sécurité sociale. Toutefois, aucune évolution ne doit porter atteinte à la protection sociale effective de tous les membres de la société contre les risques sociaux et économiques, ni faire du système de sécurité sociale un simple dispositif d'assistance minimale (Réclamation n° 76/2012, Fédération des pensionnés IKA –ETAM *c.* Grèce, décision du 7 décembre 2012).

Les autorités irlandaises font valoir dans le rapport qu'il fallait maintenir les mêmes niveaux de prestations durant la période de référence pour parvenir à un assainissement budgétaire avant la fin de 2014, et soulignent que les montants hebdomadaires des prestations n'ont pas baissé, bien que les régimes de protection sociale aient été plus sollicités. Selon le rapport, l'Irlande a eu recours durant la récession à certaines pratiques (consultations, évaluation de l'impact social et maintien d'une protection sociale de base) qui ont permis de minimiser les effets de l'assainissement budgétaire sur les groupes vulnérables de la population. Les autorités ajoutent que, le pays ayant depuis recouvré une stabilité financière, elles envisagent de prendre de nouvelles mesures pour améliorer le niveau de vie des familles dans le pays. Ces mesures portent pour l'essentiel sur la création d'emplois et la mise en place d'incitations au travail (instauration d'une prime pour le retour des familles à l'emploi en 2015, par exemple).

Tout en prenant note des explications fournies pour justifier le déploiement de mesures restrictives durant la récession économique, le Comité constate que le rapport n'explique

pas quelles mesures concrètes ont été prises pour éviter une dégradation significative du niveau de vie et des conditions de vie de certains groupes de la population, ni quel en a été l'impact. Il note également que nombre des restrictions mises en place étaient toujours en vigueur à la fin de la période de référence, malgré l'amélioration de la situation économique. Il considère par conséquent que la situation n'est pas conforme à l'article 12§3 de la Charte en raison d'une évolution restrictive du système de sécurité sociale durant la période de référence.

Le rapport fait également état de mesures entrées en vigueur hors période de référence – en particulier un relèvement des crédits budgétaires alloués au programme de soutien social des ménages à faibles revenus et des mesures visant à promouvoir l'emploi et le retour au travail, y compris pour les bénéficiaires d'indemnités de maladie et de prestations d'invalidité. De plus, selon le rapport, le Gouvernement envisage d'étendre aux travailleurs indépendants la possibilité de s'affilier aux régimes de prestations d'invalidité et de prestations d'incapacité partielle. Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations sur la mise en œuvre et l'impact de ces mesures.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 12§3 de la Charte en raison des restrictions introduites dans le système de sécurité sociale durant la période de référence, et du maintien de certaines d'entre elles même après l'amélioration de la situation économique.

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 l'Irlande.

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 par le biais de mesures unilatérales.

Le Comité rappelle que, en vertu de la législation de l'UE régissant la coordination des systèmes de sécurité sociale des États Membres de l'UE, fondée sur les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, tels que modifiés par le règlement (UE) n° 1231/2010, les États Membres de l'UE assurent, en principe, l'égalité de traitement entre, d'une part, leurs nationaux et, d'autre part, les ressortissants des autres États Membres de l'UE ou de l'EEE, les apatrides, les réfugiés résidant sur le territoire d'un État Membre qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou plusieurs États Membres, les membres de leur famille et leurs survivants, ainsi que les ressortissants de pays tiers, les membres de leur famille et leurs survivants, à condition qu'ils résident légalement sur le territoire d'un État Membre et qu'ils se trouvent dans une situation dont tous les éléments ne se cantonnent pas à l'intérieur d'un seul État Membre.

Le Comité rappelle que, en tout état de cause, les États Membres de l'UE et de l'EEE sont, au regard de la Charte, tenus de garantir aux ressortissants des autres États parties à la Charte de 1961 et à la Charte (indépendemment du fait qu'ils soient membres de l'UE et de l'EEE ou pas) l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale pourvu qu'ils résident légalement sur le territoire de l'État Membre (Conclusions XVIII-1 (2006)). Pour ce faire, 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, le rapport ne contient aucune information.

S'agissant des mesures unilatérales prises par l'Irlande, le rapport indique que le système de protection sociale garantit, en vertu de la législation irlandaise, l'égalité de traitement entre les ressortissants nationaux et les ressortissants des autres États parties, sans qu'il soit nécessaire de conclure des accords bilatéraux, puisque les prestations de sécurité sociale ne sont assorties d'aucune condition de nationalité. En d'autres termes, toute personne, quelle que soit sa nationalité, peut être admise au bénéfice des prestations sociales sur la même base et dans les mêmes conditions que les citoyens irlandais. Le droit irlandais exige que les bénéficiaires de prestations, ainsi que les personnes à leur charge, résident habituellement en Irlande. Cette règle s'applique aux prestations sociales de courte durée, aux allocations pour enfants et à l'ensemble des aides sociales.

Concernant le critère de « résidence habituelle », le Comité a précédemment noté (Conclusions 2006) qu'il concerne les personnes venant de l'étranger qui ont le droit de résider en Irlande, y compris les citoyens irlandais de retour dans le pays après avoir séjourné pendant un certain temps à l'étranger. Le Comité relève, dans les lignes directrices du Ministère du Travail et de la Protection sociale relatives à la détermination de la résidence habituelle, que ce critère ne s'applique pas aux ressortissants des États Membres de l'UE ou appartenant à l'EEE qui travaillent régulièrement en Irlande. Il note toutefois qu'un individu qui réside habituellement dans la « zone commune de circulation » et qui exerce son droit à la liberté de circulation ne peut, conformément à l'arrêt *Swaddling c. CAO* de la Cour de justice de l'UE (aff. C-90/97, ECLI :EU :C :1999 :96), obtenir immédiatement le statut de résident habituel lorsqu'il revient résider dans cette « zone commune ».

Le Comité relève également, dans ces lignes directrices, que le critère de résidence habituelle comporte deux volets : la détermination de la jouissance légale du droit de résider, et la détermination de la résidence habituelle effective, qui prend en compte la situation personnelle du demandeur – et non pas uniquement la durée de résidence en Irlande. D'après les lignes directrices, le critère de résidence habituelle « implique qu'il existe un lien étroit entre le demandeur et le pays […] et tient compte largement de sa situation de fait ».

Ainsi, pour déterminer la résidence habituelle d'une personne, les autorités compétentes prennent, au minimum cinq facteurs en considération (voir en ce sens, arrêt *Di Paolo* de la Cour de justice de l'UE (aff. 76/76, ECLI :EU :C :1977 :32)) :

- le principal centre d'intérêt de l'intéressé ;
- la durée et la continuité de sa résidence dans le pays (l'intéressé doit avoir effectivement résidé et vécu en Irlande « pendant un certain temps dans le passé et avoir l'intention d'y séjourner un certain temps dans un avenir prévisible ». La durée de résidence exigée n'est pas fixe et varie en fonction des éléments qui ressortent de chaque dossier, étant entendu que le droit de résidence ne remplit pas à lui seul la condition de résidence habituelle) ;
- la durée et l'objet de son absence de ce même pays ;
- la nature de l'emploi trouvé dans l'autre pays où il a résidé pendant un certain temps, et
- ses intentions.

Ces facteurs ne sont, ni exhaustifs, ni conclusifs et toute autre information pertinente doit être examinée.

Les lignes directrices susmentionnées souligne aussi que l'intéressé doit résider habituellement dans le pays à la date du dépôt de la demande et doit, depuis l'entrée en vigueur de l'article 246 (1) (a) inséré par la loi du 17 juillet 2014 relative à la protection sociale et aux pensions, y résider habituellement par la suite pour que ce droit subsiste.

Le Comité note, enfin, qu'un demandeur qui souhaite contester une décision des autorités compétentes est en droit d'exiger son réexamen et/ou d'introduire un recours.

Afin d'être en mesure d'évaluer la situation avec précision, le Comité demande que le prochain rapport indique le nombre d'étrangers à qui l'ont a refusé l'octroi d'une prestation et/ou allocation sociale au motif qu'ils ne satisfaisaient pas au critère de résidence habituelle. Il demande, par ailleurs, aux autorités irlandaises de lui communiquer la jurisprudence en la matière, en particulier pour ce qui concerne les durées de résidence exigées. Entretemps, le Comité réserve sa position sur ce point.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 (Conclusions XVIII-1 (2006), Chypre).

Selon le rapport, les prestations familiales sont versées à tous les parents résidant en Irlande avec leurs enfants, quelle que soit leur nationalité. Le rapport précise que l'Irlande n'a pas d'intention de conclure d'accords avec les États qui appliquent un principe différent.

Pour ces raisons, le Comité considère que le droit irlandais ne garantit pas l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants d'autres États parties en ce qui concerne les prestations familiales.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le rapport indique que l'Irlande n'a pas l'intention de conclure de nouveaux accords bilatéraux avec d'autres États parties en vue de garantir l'exportabilité des prestations et pensions sociales pour les ressortissants des autres États parties. Il considère, en effet, que les ressortissants des autres États parties qui résident légalement dans l'UE et relèvent de situations transfrontalières sont, conformément au règlement (UE) n° 1231/2010, couverts par les dispositions des règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 précités. En ce qui concerne ceux qui ne sont pas couverts par les règlements susmentionnés, le rapport renvoie aux accords de stabilisation et d'association (ASAs) conclus entre, d'une part, l'UE et ses États Membres et, d'autre part, l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, l'« ex-République yougoslave de Macédoine », le Monténégro et la Serbie.

Le Comité note que les ASAs n'offrent pas suffisamment de garanties en tant que tels, dans la mesure où ils ne coordonnent pas les systèmes de sécurité sociale de l'Albanie, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République yougoslave de Macédoine », du Monténégro et de la Serbie avec ceux des États Membres de l'UE, mais confèrent cette tâche aux Conseils de stabilisation et d'association (CASs). Le Comité considère qu'à défaut de décisions prises par les CASs en ce sens, les ASAs ne garantissent pas en tant que telle la conservation des avantages acquis par les ressortissants de l'Albanie, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République yougoslave de Macédoine », du Monténégro et de la Serbie.

Le rapport indique également que, outre ces accords, la législation irlandaise garantit déjà la possibilité d'exporter le versement des prestations et pensions vers d'autres États parties.

À cet égard, le Comité rappelle ses précédentes conclusions (Conclusions 2006, 2009 et 2013), au titre desquelles il a considéré la situation conforme à la Charte dans la mesure où les prestations de vieillesse, d'invalidité, de survivant, d'accidents du travail et de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et aux conditions d'octroi fixées par la législation dudit État sont maintenues quelles que soient les déplacements et la nationalité de l'intéressé.

Le Comité considère, dès lors, que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

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

Le Comité rappelle que le fait d'avoir changé de pays d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. Cela consiste à assurer la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies par les ressortissants de tous États parties sur le territoire de tout autre État partie et, pour les prestations à long terme, la proratisation pour l'ouverture, le calcul et le versement des prestations (Conclusions XIV-1 (1998), Portugal).

Les États parties ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : convention multilatérale, accord bilatéral, ou tout autre moyen, telles que des mesures unilatérales, législatives ou administratives.

Le rapport indique que les ressortissants des États parties couverts par la réglementation de l'UE ou par des accords bilatéraux en matière de sécurité sociale conclus par l'Irlande peuvent cumuler les cotisations afin de pouvoir prétendre au paiement des prestations couvertes par ces réglementations et accords. Le rapport ne donne aucune information concernant les ressortissants des États parties qui ne sont, ni couverts par la réglementation de l'UE, ni liés par des accords bilatéraux. Le Comité note, à cet égard, que les ASAs n'offrent pas suffisamment de garanties en tant que tels, dans la mesure où ils ne coordonnent pas les systèmes de sécurité sociale de l'Albanie, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République yougoslave de Macédoine », du Monténégro et de la Serbie avec ceux des États Membres de l'UE, mais confèrent cette tâche aux CASs. Le Comité considère qu'à défaut de décisions prises en ce sens, les ASAs ne garantissent pas en tant que telle la

possibilité de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays par les ressortissants de l'Albanie, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République yougoslave de Macédoine », du Monténégro et de la Serbie.

La situation n'ayant pas changé, le Comité réitère son constat de non-conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande 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 ;
- les ressortissants des États parties qui ne sont pas couverts par la réglementation de l'UE ou ne sont pas liés par un accord conclu avec l'Irlande n'ont pas la possibilité de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays.

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 l'Irlande.Il prend également note des informations figurant dans les observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité, transmises le 13 avril 2017.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

D'après le rapport, aucun changement n'a été apporté aux types de prestations et aux critères d'octroi de l'assistance. Le régime d'aides sociales complémentaires prévoit le versement en espèces de prestations différentielles forfaitaires aux personnes dont les ressources ne suffisent pas à subvenir à leurs besoins.

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, pour apprécier le niveau de l'assistance sociale au cours de la période de référence, des éléments suivants :

- Prestations de base : le Comité relève dans la base de données du MISSOC qu'en 2015, l'aide sociale complémentaire s'élevait à 806 € et l'allocation de demandeur d'emploi à 815 € pour une personne seule. D'après le rapport, le montant de l'aide sociale complémentaire de base était de 186 € par semaine, tandis que le montant de l'allocation de demandeur d'emploi était de 188 € par semaine. Le Comité note que le montant de l'aide sociale complémentaire de base n'a pas changé depuis la précédente période de référence.
- Prestations complémentaires : d'après le rapport, le système d'aide complémentaire pour charges locatives offre une aide à court terme aux personnes occupant des logements privés loués et dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir leurs frais de logement. Le montant de l'aide dépend de la situation géographique du bien loué et de la taille de la famille. L'allocation pour l'achat de combustible a été portée de 20 € à 22,50 € en 2016 et a été versée pendant 26 semaines durant la saison 2015-2016. Le Comité note que la durée de service de cette prestation a été ramenée de 32 à 26 semaines par rapport à la précédente période de référence. Il constate également que la prestation complémentaire pour intérêts hypothécaires a été supprimée pour les nouveaux demandeurs depuis le 1er janvier 2014.
- Assistance médicale : dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que les personnes qui dépendaient entièrement du revenu minimum non contributif étaient admises au bénéfice des services de santé sans aucune restriction. Il relève dans le rapport que des soins médicaux sont prodigués à toute personne qui en fait la demande.
- Seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat : il était estimé à 904 € en 2015.

Compte tenu des données ci-dessus, le Comité considère que le niveau de l'assistance sociale est insuffisant, dans la mesure où le montant total des aides pouvant être obtenues par une personne seule et sans ressources (prestations de base et autres prestations) est inférieur au seuil de pauvreté.

Le Comité relève dans les commentaires de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité (Irish Human Rights and Equality Commission) que lorsqu'un jeune de 24 ans ou moins vivant chez ses parents ou chez ses beaux-parents sollicite l'allocation de demandeur d'emploi, l'enquête sociale tient compte des revenus parentaux. Cette règle part du principe que le jeune de moins de 24 ans bénéficie de repas et d'un logement gratuits. La Commission s'inquiète du fait que le système d'octroi d'une allocation de demandeur d'emploi aux jeunes de moins de 24 ans tend à priver ces derniers d'un revenu minimum suffisant lorsqu'ils vivent au domicile familial.

Le Comité demande si les jeunes de moins de 24 ans vivant chez leurs parents peuvent être admis au bénéfice de l'aide sociale complémentaire à taux plein.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité note que le rapport ne contient aucune information actualisée concernant le droit de recours et l'assistance judiciaire.

Il relève dans les commentaires de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité que l'indépendance du Bureau des recours pour les affaires sociales est un sujet de préoccupation. La Commission renvoie au rapport d'une ONG (Free Legal Advice Centres), qui s'interroge sur la question de savoir si toutes les garanties sont en place pour assurer l'indépendance perçue et effective du Bureau des recours, sachant qu'il est rattaché au ministère de la Protection sociale.

Le Comité rappelle que lorsqu'il examine les situations nationales, il s'attache au rôle juridictionnel de l'organe de recours qui doit statuer sur les affaires de son ressort et adopter des décisions contraignantes fondées sur la loi. L'organe de recours peut être par conséquent un tribunal ordinaire ou un organe administratif, pourvu qu'il soit indépendant du pouvoir exécutif et des parties. Pour déterminer si un organe peut être considéré comme indépendant, le Comité examine le mode de désignation des membres, la durée de leur mandat, ainsi que les garanties existantes contre les pressions extérieures (règles relatives à la révocation, aux instructions, aux qualifications requises, etc.). L'organe de recours doit avoir compétence pour statuer sur le fond de l'affaire et pas seulement sur des points de droit. Si cette exigence relative à la portée du recours n'est pas satisfaite en première instance, elle doit l'être au niveau de recours ultérieur.

Le Comité demande que le prochain rapport indique dans quelle mesure ces prescriptions sont respectées dans la législation et la pratique.

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 leur 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 ;
- une assistance sociale et médicale d'urgence aux ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'autres États parties résidant légalement sur le territoire

Dans ses Conclusion 2015, le Comité a considéré que s'agissant de l'accès des ressortissants étrangers en situation régulière à l'assistance médicale, la situation était conforme à la Charte. Il comprend (Conclusions 2009, 2013 et 2015) que les ressortissants d'autres États parties qui résident habituellement en Irlande sont traités sur un pied d'égalité avec les nationaux en ce qui concerne l'accès à l'assistance sociale et médicale accordée aux personnes sans ressources.

Le rapport répète que s'agissant des personnes résidant habituellement sur le territoire, le système de santé public irlandais répartit ses bénéficiaires en deux catégories, à savoir ceux qui ont accès aux services médicaux sans restriction (titulaires de la carte médicale) et ceux qui y ont accès de manière limitée (tous les autres). L'étendue des droits de chaque bénéficiaire est déterminée en fonction d'un plafond de revenus, défini par la Direction des services de santé (Health Service Executive). Le Comité demande si les personnes sans ressources, notamment les ressortissants d'autres États parties qui résident légalement sur le territoire et bénéficient de l'aide sociale complémentaire ou de l'allocation de demandeur d'emploi, ont droit à une assistance médicale suffisante.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans ses Conclusions 2015, le Comité a demandé confirmation que les migrants en situation irrégulière pouvaient aussi bénéficier de soins médicaux d'urgence en cas de besoin.

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le prochain rapport indique dans quelle mesure ces prescriptions sont respectées en droit et en pratique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale octroyée à une personne seule et sans ressources n'est pas suffisant.

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 l'Irlande.

Le Comité relève dans le rapport que selon le Gouvernement, le fait de bénéficier d'une assistance sociale et médicale ne diminue en rien les droits politiques ou sociaux. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant l'interdiction d'exercer une discrimination à l'encontre des bénéficiaires d'une assistance sociale et médicale dans l'exercice de leurs droits politiques ou sociaux. En particulier, il demande s'il existe des dispositions légales interdisant une telle discrimination.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande 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 l'Irlande.

D'après le rapport, le Bureau d'information des citoyens (Citizens Information Board – CIB) veille à ce que des informations sur un large éventail de services publics et sociaux, des conseils (y compris des services de conseil financiers et budgétaires) et des services de défense soient offerts aux citoyens. Il fournit certains services directement au public via son site web, dont l'adresse est mise en évidence sur les pages d'accueil des sites www.gov.ie et www.welfare.ie. Il contribue au développement de services essentiels et finance directement une grande variété de services fournis par ses prestataires partenaires.

Le Comité relève dans le rapport que la principale fonction du Bureau d'information des citoyens est de faire en sorte que les particuliers aient accès à des informations précises, complètes et claires sur les services sociaux. Dans cet objectif, il :

- aide les personnes, en particulier les personnes handicapées, à définir leurs besoins et les possibilités qui s'offrent à elles ;
- veille à ce que les services sociaux soient plus accessibles, mieux coordonnés et mieux connus du public ;
- veille à ce que des informations soient élaborées concernant l'efficacité de la politique sociale et des services sociaux, en mettant l'accent sur les questions qui présentent un intérêt particulier pour les usagers des services ;
- veille à ce que soient fournis, ou fournit directement, des services de défense des personnes handicapées.

Le Comité prend note des activités des prestataires partenaires du Bureau d'information des citoyens, qui consistent notamment en un réseau de 42 Services d'information des citoyens, comportant 223 antennes réparties sur l'ensemble du territoire. En 2015, les Services d'information des citoyens de l'ensemble du pays ont traité près de 991 000 demandes émanant de quelque 608 000 personnes. Les demandes portaient sur la protection sociale, la santé, l'emploi, la fiscalité, le logement et les questions locales.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande 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 l'Irlande.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (Réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §171).

Le Comité a noté dans ses Conclusions 2015 qu'en application de l'article 45(7) de la loi de 1970 relative à la santé, les personnes qui n'étaient pas légalement présentes et n'étaient pas résidentes habituelles bénéficiaient de soins médicaux en fonction de l'appréciation de leur situation par le directeur local des services de santé (il autorisait une prestation de soins lorsque la souffrance du patient la justifiait à ses yeux), ce qui leur permettait de poursuivre leur séjour en Irlande ou de parvenir à un état de santé suffisamment satisfaisant pour pouvoir rentrer chez elles. Les traitements visés ne comprenaient ni les non urgents, ni les traitements suivis par choix, qui pouvaient raisonnablement être reportés jusqu'au retour des intéressés dans leur propre pays. Cette marge d'appréciation n'imposait pas de dispenser des soins, mais dans les faits, les soins médicaux d'urgence n'étaient pas refusés aux personnes qui n'étaient pas résidentes habituelles et aucune distinction n'était faite entre les personnes présentes en toute légalité et les autres.

Le Comité relève dans le rapport que le Service national de santé (HSE) peut, en vertu de l'article 45(7) de la loi de 1970 relative à la santé, considérer une personne qui ne réside pas habituellement sur le territoire, et qui n'est pas en mesure d'accéder à un service de santé sans rencontrer de difficultés excessives, comme une personne jouissant du plein accès à ce service et lui en faire bénéficier gratuitement.

Toute personne ayant besoin de soins médicaux d'urgence, tel qu'attesté par un médecin, se verra dispenser les soins nécessaires, qu'elle soit ou non en situation régulière. Par conséquent, il n'existe pas de données indiquant combien de personnes se sont vues refuser une assistance médicale au motif qu'elles ne résidaient pas habituellement sur le territoire, puisqu'une telle situation est exclue. D'après le rapport, refuser l'accès aux soins à une catégorie de personnes quelle qu'elle soit est inenvisageable.

Le rapport ajoute que les services de santé sont néanmoins amenés à déterminer si le bénéficiaire des soins réside habituellement sur le territoire au moment de recouvrer les frais correspondant aux soins reçus, dans la mesure où les personnes décrites ci-dessus peuvent être redevables des frais engagés. L'article 45(7) de la loi de 1970 relative à la santé laisse toute latitude au directeur local des services de santé de décider si le fait de payer pour les services reçus représentera une source de difficultés excessives pour l'intéressé. Cela ne signifie pas pour autant que les soins sont prodigués gratuitement. Des frais appropriés sont facturés et les hôpitaux doivent faire le nécessaire pour les recouvrer mais peuvent, à la demande du directeur local des services de santé, ne pas entreprendre de démarches actives pour en obtenir le remboursement lorsque cela ne semble pas économiquement justifié.

Le rapport contient des informations concernant les personnes qui demandent la protection internationale. D'après le rapport, l'État fournit des services d'aide par le biais du « système

d’aide directe ». La qualité des services fournis dans le cadre de ce système est constamment contrôlée. Chaque centre est inspecté sans préavis trois fois par an. Les contrats passés avec les prestataires de services sont systématiquement actualisés de sorte que l’aide aux personnes qui demandent la protection internationale soit toujours dispensée dans le respect des meilleures pratiques en vigueur.

Le Comité relève dans les commentaires de la Commission irlandaise pour les droits de l’homme et l’égalité concernant le quatorzième rapport national sur la mise en œuvre de la Charte sociale européenne qu’un nombre considérable de demandeurs d’asile en Irlande demeurent pendant très longtemps tributaires du système d’aide directe. Le rapport annuel 2015 de l’Agence pour l’accueil et l’intégration (Reception and Integration Agency) fait apparaître que plus d’un tiers (34,7 %) des demandeurs d’asile dépendent du système d’aide directe depuis plus de quatre ans et que 14 % d’entre eux en dépendent depuis plus de sept ans. Le Comité demande si le champ d’application de l’assistance sociale et médicale fournie dans ces cas est encore limité aux situations d’urgence.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées concernant l’assistance sociale et médicale d’urgence fournie à l’ensemble des ressortissants étrangers présents légalement sur le territoire, en ce compris aux demandeurs d’asile.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l’Irlande 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 l'Irlande. Il prend également note des commentaires de la Commission irlandaise des droits de l'homme et de l'égalité, transmis le 13 avril 2017.

Organisation des services sociaux

En réponse à la demande d'informations du Comité sur les services spécifiquement destinés aux enfants et aux adolescents (Conclusions 2013), le rapport fait état de la mise en œuvre, sur la période 2013-2017, d'un programme spécialement destiné aux enfants, intitulé « Area-Based Childhood » (ABC). Ce dispositif de prévention et d'intervention précoce consiste en un programme de financement d'actions qui entendent, dans le cadre d'une approche locale, améliorer le sort des enfants en luttant contre la pauvreté infantile. Le Programme ABC a pour but de sortir les enfants du cercle vicieux de la pauvreté dans les zones où elle est le plus profondément ancrée et où les enfants sont les plus défavorisés, et ce grâce à des services et interventions intégrés et efficaces ». Les activités qu'il finance portent principalement sur le développement et la santé des enfants, l'apprentissage, la parentalité et la prestation de services intégrés. Les fonds alloués au programme ABC proviennent du ministère de l'Enfance et de la Jeunesse et de la Fondation Atlantic Philanthropies (budget global : 29,7 millions d'euros). Le rapport contient en outre des informations sur plusieurs services spécifiques de protection sociale, parmi lesquels des aides à l'enfance (mesures locales de lutte contre la pauvreté qui touche les enfants, placement des enfants dans des familles ou structures d'accueil), ainsi que l'Agence pour l'enfance et la famille créée en 2014 pour soutenir et favoriser le bon fonctionnement des familles.

Le Comité relève dans les exemples communiqués par la Commission irlandaise des droits de l'homme et de l'égalité dans ses commentaires que les services destinés aux sans-abri, aux victimes de violences familiales, aux enfants, aux personnes handicapées et aux personnes âgées ne répondent pas, en termes d'organisation générale et de fonctionnement, aux critères requis sous l'angle de l'article 14§1, en particulier en ce qui concerne le niveau des dispositions, l'absence de normes ou des normes inadéquates dans une gamme de services sociaux. Par conséquent, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur l'organisation des services sociaux. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Accès égal et effectif

Dans ses Conclusions 2013 et 2015, le Comité a considéré fois qu'il n'était pas établi que la situation soit conforme à l'article 14§1 de la Charte, vu que le rapport ne présentait pas, notamment, les informations demandées sur la participation financière des usagers aux services sociaux, le montant total des dépenses annuelles des services sociaux, les effectifs employés dans ces services, leurs qualifications et le total des dépenses y afférentes.

Le Comité note que le rapport ne traite toujours pas ces questions. Il réitère par conséquent sa demande d'informations sur la participations financière des usagers et son impact sur l'accès effectif aux services sociaux. Entretemps, il renouvelle sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Qualité des services

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 14§1, le droit aux services sociaux doit être garanti en droit et en fait. Les ressources des services sociaux doivent être à la hauteur de leurs responsabilités et suivre l'évolution des besoins des usagers, ce qui suppose que le personnel soit qualifié et suffisamment nombreux, que les décisions soient prises au plus

près des usagers, et qu'il y ait des mécanismes permettant de vérifier l'adéquation des services, tant publics que privés. (Conclusions 2005, Bulgarie).

Le Comité note que le rapport décrit longuement un certain nombre d'aspects des services de santé, mais ne répond pas à sa question concernant le montant annuel total des dépenses consacrées aux services sociaux, le nombre total de services sociaux, leurs effectifs et leurs qualifications. Par conséquent, le Comité réitère sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que l'accès aux services sociaux soit égal et effectif ;
- il n'est pas établi que la qualité des services sociaux réponde aux besoins des usagers.

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 l'Irlande. Il prend également note des commentaires de la Commission irlandaise des droits de l'homme et de l'égalité, transmis le 13 avril 2017.

Dans ses observations, la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité, citant une étude menée en 2014, souligne que les fonds affectés par le Gouvernement au secteur associatif et bénévole ont baissé de 35 % entre 2008 et 2014. D'après cette étude, ce sont les budgets susceptibles de bénéficier aux populations et aux groupes les plus défavorisés, notamment ceux consacrés au développement communautaire, qui en ont le plus souffert. Le Comité demande quel a été l'impact des coupes budgétaires et des évolutions structurelles sur la capacité du secteur associatif et bénévole à participer à la fourniture de services sociaux.

Dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2013 et 2015), le Comité a demandé à plusieurs reprises ce qu'il en était de la participation des usagers à la gestion des services sociaux. Constatant que le rapport ne contient toujours pas ces informations, il considère qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à la Charte.

Le Comité a précédemment demandé aussi (Conclusions 2015) : (a) quel était le rôle joué par l'Autorité de contrôle des organismes de bienfaisance (Charities Regulatory Authority), (b) quels types de mécanismes de contrôle avaient été mis en place pour s'assurer de la qualité des services, (c) quelles étaient les voies de recours ouvertes aux usagers en cas de défaillance desdits services, et (d) comment était garantie la non-discrimination dans l'accès aux services sociaux fournis par le secteur associatif et bénévole.

Le rapport indique en réponse que l'Autorité de contrôle des organismes de bienfaisance est un organisme indépendant qui a été créé en octobre 2014 en application de la loi de 2009 relative aux organisations caritatives. Elle a pour principale fonction de développer et de tenir un registre public des organismes de bienfaisance œuvrant en Irlande et de s'assurer de leur conformité avec la loi précitée. Aux termes du chapitre IV de la loi de 2009 relative aux organisations caritatives, l'Autorité de contrôle est habilitée à mener des enquêtes officielles auprès de toute organisation soupçonnée d'infraction. Quiconque est informé d'un acte illicite peut contacter, y compris par courriel, l'Autorité de contrôle, qui examinera le problème soulevé en toute confidentialité.

Le Comité rappelle que les États parties doivent s'assurer que les services publics et privés soient correctement coordonnés et que leur efficacité ne pâtisse pas du nombre de prestataires concernés. Afin de veiller à la qualité des services et de garantir les droits des usagers ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés fondamentales, un mécanisme de contrôle effectif en termes de prévention et de réparation est nécessaire (Conclusions 2005, Bulgarie). À cet égard, il demande quels types de mécanismes de contrôle ont été mis en place pour s'assurer de la qualité des services, et ce également dans le secteur privé.

Le rapport ajoute qu'en ce qui concerne la non-discrimination, l'Irlande s'est dotée d'une législation complète et solide, qui interdit la discrimination fondée sur neuf motifs : le sexe, l'état civil, la situation familiale, l'âge, la race, la religion, le handicap, l'orientation sexuelle et l'appartenance à la communauté des Gens du voyage. La législation cherche à promouvoir l'égalité et interdit la discrimination – directe, indirecte et par association – ainsi que les traitements injustes. Elle admet les mesures positives qui visent à assurer la pleine égalité dans les neuf domaines précités. Les lois de 2000-2012 relatives à l'égalité de statut (Equal Status Acts 2000–2012) interdisent la discrimination en dehors du lieu de travail, notamment dans l'accès aux biens et services. Elles prévoient également des voies de recours pour les victimes de discrimination. Elles interdisent la discrimination dans l'accès à tous les services généralement fournis à la population, que ce soit par l'État ou par le secteur privé.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 14§2 de la Charte, au motif qu'il n'est pas établi que le Gouvernement ait pris les mesures nécessaires pour encourager la participation des usagers à la gestion des services sociaux.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Irlande. Il tient également compte des informations contenues dans les commentaires de la Commission irlandaise des droits de l'homme et de l'égalité, transmis le 13 avril 2017.

Cadre législatif

Le Comité rappelle que l'article 23 a pour principal objectif de permettre aux personnes âgées de demeurer membres à part entière de la société et exige à cet égard que les États parties prévoient un cadre qui, premièrement, permette de combattre les discriminations fondée sur l'âge par-delà l'emploi et, deuxièmement, envisage une procédure d'assistance à la prise de décision.

S'agissant de la lutte contre les discriminations fondées sur l'âge, le rapport ne fournit aucune information à jour. Cela étant, le Comité rappelle avoir considéré la situation conforme à la Charte, estimant que les lois de 2000 et 2004 sur l'égalité de statut offraient des garanties suffisantes pour protéger les personnes âgées contre les discriminations fondées sur l'âge en dehors de l'emploi (Conclusion 2013).

S'agissant de l'assistance à la prise de décision, le rapport ne fournit aucune information. Le Comité relève dans les observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité (CIDHE) que l'Irlande a adopté, en 2015, une loi permettant à une personne qui en a la capacité d'en désigner une autre pour l'assister dans sa prise de décision. La loi relative à l'assistance à la prise de décision est partiellement entrée en vigueur. La CIDHE a exprimé ses inquiétudes quant à l'adéquation de ladite loi au respect des droits des personnes à prendre des décisions. Selon la CIDHE, la loi établit des règles régissant divers mécanismes visant à protéger une personne dont la capacité juridique est remise en cause, mais ne fournit pas un soutien suffisant à la personne concernée pour que celle-ci puisse exercer, en tant que telle, sa capacité juridique. Elle permet, au contraire, de transférer cette capacité à une autre personne, comme un décideur, un co-décideur ou un assistant décisionnel, sans pour autant assurer la pleine participation de la personne déclarée incapable aux décisions la concernant. Le Comité souhaite trouver des informations supplémentaires sur cette loi dans le prochain rapport.

Ressources suffisantes

Pour apprécier le caractère suffisant des ressources des personnes âgées sous l'angle de l'article 23, le Comité prend en compte l'ensemble des mesures de protection sociale garanties aux personnes âgées et visant à maintenir leurs ressources à un niveau suffisant pour leur permettre de mener une existence décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. En particulier, le Comité examine les pensions 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. Il rappelle cependant qu'il ne lui incombe pas seulement d'apprécier la législation, mais aussi de voir si les obligations qui découlent de la Charte sont respectées dans les faits. À cette fin, il prend également en considération des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. Selon la CIDHE, la loi de 2011 sur la prévoyance sociale et les pensions a supprimé, à compter du 1er janvier 2014, la pension transitoire d'État. Le Comité relève dans les observations de la CIDHE que la pension contributive d'État comporte désormais six échelons (contre quatre jusqu'en septembre 2012) qui correspondent aux cotisations dont a été crédité, au cours de l'année, le titulaire de la pension dans le cadre de son emploi. Son montant maximal est de 230,30 € par semaine et son montant minimum, 92 € par semaine (ou, respectivement, 998 € et 398,63 € par mois). Le Comité relève, toujours dans la même source, que la période au titre de

laquelle une pension contributive d'État peut être réclamée été ramenée, en 2012, à six mois (au lieu de cinq ans précédemment).

La pension non-contributive d'État peut, elle, être versée, à compter de l'âge de 66 ans, à ceux qui ne peuvent prétendre à une pension contributive. Elle est servie à taux plein, dès lors, que les moyens de subsistance du bénéficiaire ne dépassent pas 30 € par semaine. Une exemption spécifique des revenus à hauteur de 200 € par semaine a été mise en place, l'objectif étant de faire en sorte que l'exercice d'un emploi rémunéré n'entraîne pas la perte des droits à pension (l'exemption ne vaut pas pour les revenus tirés d'une activité non salariée). Le montant maximum de la pension versée à une personne seule âgée de 66 ans et plus était de 954,60 € par mois, en 2015 ; il était de 997,60 € pour une personne seule âgée de plus de 80 ans.

Les titulaires d'une pension contributive et non-contributive d'État âgés de 66 ans et plus qui vivent seuls peuvent obtenir une allocation supplémentaire de 9 € par semaine (allocation pour personne seule). Les retraités âgés de 80 ans et plus reçoivent, quant à eux, une allocation supplémentaire de 10 € par semaine (allocation pour personne de plus de 80 ans). Les retraités peuvent aussi se voir octroyer des compléments pour personne à charge. Les titulaires de cette pension ont droit à une allocation destinée à couvrir une partie des frais d'essence (4,6 € par semaine, servie pendant 26 semaines), d'électricité (35 € par mois) et la redevance télévisuelle. La redevance téléphonique a été supprimée en janvier 2014.

Le Comité note, tout d'abord, que les taux des pensions de vieillesse d'État, tant contributives que non-contributives, n'ont pas évolué au cours de la période de référence. Il relève, par ailleurs, que les prestations secondaires ont été sensiblement réduites.

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 en 2015 à 10 844 € par an (ou 904 € par mois). Le Comité constate que les pensions d'État, tant contributives que non contributives, servies à taux plein sont supérieures au seuil de pauvreté. Étant donné qu'un certain nombre de compléments peuvent s'y ajouter, il considère que le niveau de ces prestations est suffisant.

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), demandé des précisions sur les raisons pour lesquelles il existe un pourcentage aussi élevé de personnes âgées de 65 ans et plus ayant des ressources inférieures à 40 % du revenu médian ajusté. Il a également demandé des informations sur les mesures spécifiques prises pour remédier cette situation. Le rapport ne contient aucune information à ce sujet. Le Comité relève que ce pourcentage, qui a atteint 5,4 % en 2014 avant de retomber à 3,5 % en 2015, demeure plus élevé que la moyenne européenne (respectivement, 3,0 % et 2,9 % en 2014 et 2015). Il réitère, dès lors, les questions précédemment posées et, entre-temps, réserve sa position sur ce point.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité note, d'après le rapport, que des garanties doivent être mises en place pour protéger et informer les pensionnaires de maison de retraites contre la maltraitance. Il relève également dans le rapport du Comité National de Protection des personnes vulnérables que l'Autorité des Services de Santé (HSE) a publié, fin 2014, sa nouvelle politique en matière de protection des personnes vulnérables, y compris âgées, exposées à des risques de maltraitance. Baptisée Plan stratégique 2017-2020, cette politique a débouché sur la constitution d'un Comité National de Protection des personnes vulnérables, qui a tenu sa première réunion en décembre 2015. Cette même source indique que le Ministère de la Santé a noué un partenariat avec la HSE et une organisation intitulée "Initiative pour un vieillissement sain et positif - *HaPAI"*, dans le but de suivre le déploiement de la Stratégie nationale visant à favoriser le vieillissement positif. Elle indique également qu'il existe un vide juridique concernant la privation de liberté dans les maisons de retraite et autres

structures d'hébergement et de prise en charge. Le Comité demande à être informé de toute évolution en la matière dans le prochain rapport.

Le Comité note, d'après le rapport du Centre National pour la protection des personnes âgées intitulé "*Older People in Residential Care Settings*", que le Comité National de Lutte contre la Maltraitance des Personnes Âgées attaché à la HSE est chargé de superviser les actions menées dans ce domaine au niveau national et de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations issues du rapport intitulé « Protéger notre avenir ». Il relève, par ailleurs, que la HSE a publié, à l'intention des professionnels de santé et du public, des lignes directrices relatives à la protection des personnes âgées.

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 a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé si l'offre de services destinés aux personnes âgées répondait à la demande. Selon le rapport, le Plan national des services de santé mis en place par la HSE indique le type et le volume des services à prévoir au cours d'une année donnée dans les limites du budget alloué par l'Irlande. La HSE s'assure de la fourniture desdits services. Des services d'aide à domicile sont dispensés, soit directement par la HSE, soit dans le cadre d'accords passés avec des prestataires du secteur privé ou associatif. Outre le service d'aide à domicile qui peut offrir une prise en charge (aide à la personne et contribution aux tâches ménagères) à raison d'un plafond de cinq heures par semaine, il existe aussi un dispositif de soins à domicile destiné, notamment aux personnes ayant des besoins complexes et nécessitant une assistance. La HSE propose et finance, pour sa part, des formules d'accueil de jour, la livraison de repas à domicile, ou encore des services de relève ou de dépannage pour les familles qui s'occupent de personnes âgées dépendantes. Elle apporte également son soutien à des initiatives communautaires et petites associations bénévoles locales. Le rapport précise que l'Irlande compte 108 centres d'accueil de jour qui assurent tous une prise en charge similaire comprenant, notamment des soins infirmiers, des aides thérapeutiques, des activités sociales et certains soins personnels.

Le Comité a également demandé comment la qualité des services destinés aux personnes âgées était évaluée et s'il existait une procédure de réclamation à l'encontre de ces services. Selon le rapport, une procédure de réclamation existe pour les prestataires de services agréés de soins infirmiers à domicile. Le Bureau du Médiateur peut être saisi de plaintes concernant les actes d'un certain nombre d'organismes publics ; depuis août 2015, il peut aussi examiner les plaintes portant sur les procédures administratives des maisons de retraite privées.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le rapport indique que des informations détaillées concernant les services destinés aux personnes âgées sont accessibles en ligne sur le site de la HSE : www.hse.ie ou par téléphone. La HSE publie également une série de brochures et guides qui présentent les services qu'elle offre.

Logement

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé des informations complémentaires sur les conditions d'octroi des logements sociaux et leur coût. Le rapport ne contenant aucune information à cet égard, le Comité réitère sa demande. Le Comité demande également à recevoir des informations à jour concernant les dispositifs d'aides à l'adaptation des logements destinés aux personnes âgées.

Soins de santé

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé des informations sur les programmes et services de soins spécialement orientés vers les personnes âgées, en particulier celles qui visent les personnes atteintes de démence et autres maladies connexes, ainsi que sur les formations spéciales destinées aux soignants. Selon le rapport, l'Irlande a lancé, en décembre 2014, une Stratégie nationale relative aux maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Cette stratégie a pour but de susciter une prise de conscience, de veiller à ce que des diagnostics et interventions précoces soient proposés, ainsi que d'améliorer les services de proximité capables de prendre en charge ces malades.

Le rapport fait également mention de la mise en œuvre par la HSE d'une Politique nationale en matière de soins palliatifs, baptisée « Dispositif quinquennal/à moyen terme pour les services de soins palliatifs 2009-2013 ». L'Irlande compte 11 unités de soins palliatifs, d'une capacité totale de 217 lits. Chaque zone couverte par la HSE possède une équipe spécialisée dans la prise en charge des soins palliatifs au niveau de la collectivité. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur ce programme.

Soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), notamment demandé s'il existait une offre suffisante de structures d'accueil pour personnes âgées et un système d'inspection des services publics et privés assurant une prise en charge en milieu institutionnel. Selon le rapport, l'offre répond globalement à la demande même si, dans certaines zones, il existe des listes d'attente. Le rapport précise que le nombre de centres est passé de 565 (29 060 lits), en 2014, à 577 (30 106 lits), en 2015. 2 000 places de courte durée sont également disponibles dans les structures publiques. Le rapport précise que 385 millions € ont été investis dans la réalisation d'un programme national quinquennal de remplacement et de rénovation des maisons de retraite publiques. Le programme prévoit, outre la consolidation du parc institutionnel existant, la création de 250 lits supplémentaires. Pour ce qui concerne les établissements privés, le rapport indique que les travaux d'agrandissement des maisons de retraite seraient inclus dans le régime d'incitation à l'emploi et à l'investissement. Le Comité demande à être informé de tout nouveau développement en la matière.

Le rapport ajoute que le bilan du dispositif de soutien aux maisons de retraite a été publié en juillet 2015 et les recommandations qui y figurent sont en cours d'élaboration. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à cet égard.

S'agissant des mesures d'agrément et d'inspection, le rapport indique que tous les centres destinés à l'accueil des personnes âgées (maisons de retraite), qu'ils soient publics, privés ou bénévoles, sont soumis à l'agrément et au contrôle de l'Autorité d'Information sur la Santé et de Qualité de la Santé (HIQA). Le cadre réglementaire de 2013 fixe des normes destinées à offrir une prise en charge correcte des personnes âgées en maison de retraite. À cet égard, une évaluation des besoins personnels et sociaux doit être réalisée pour tout (futur) pensionnaire et doit, le cas échéant, aboutir à l'adoption d'un programme de prise en charge personnel, au plus tard, au moment de l'admission. Les pensionnaires doivent disposer d'infrastructures pour s'occuper et se détendre. Ils peuvent aussi être consultés et prendre part à l'organisation de l'établissement qui les accueille. Un registre recensant toutes les maisons de retraite peut être consulté sur le site web de la HIQA : www.hiqa.ie. Au total, 411 visites d'inspection ont été effectuées en 2015 dans 343 établissements agréés. Tous les rapports d'inspection sont publiés par l'HIQA.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Irlande, ainsi que de celles présentées dans les observations de la Commission irlandaise pour les droits de l'homme et l'égalité, enregistrées le 13 avril 2017.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le rapport indique que l'Irlande suit, dans sa définition de la pauvreté, une approche fondée sur les droits de l'homme : « Se trouvent en situation de pauvreté les personnes dont les revenus et les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'ils ne leur permettent pas d'avoir un niveau de vie jugé acceptable par la société irlandaise. En l'absence de revenus et de moyens suffisants, elles peuvent se trouver exclues et marginalisées, et ne peuvent de ce fait prendre part aux activités considérées comme la norme par les autres membres de la société ».

Dans le droit fil de cette définition, l'Irlande a retenu les trois indicateurs nationaux de pauvreté ci-après :

le risque de pauvreté (ou pauvreté monétaire relative), qui utilise un seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu médian ajusté. Cet indicateur a légèrement augmenté entre 2011 et 2014, passant de 16,0 % à 16,3 % ;

la privation de biens essentiels, définie comme étant le manque de deux ou plusieurs des onze éléments de l'indice des nécessités, tels que l'alimentation, l'habillement et le chauffage. Cet indicateur a fortement augmenté pendant la même période, passant de 24,5 % à 29,0 % ;

la pauvreté persistante : se trouvent en situation de pauvreté persistante les personnes dont les revenus sont inférieurs à 60 % du revenu médian et manquant de deux ou plusieurs des onze éléments de l'indice des nécessités. Cet indicateur a augmenté, passant de 6,9 % à 8,0 %.

La Commission irlandaise des droits de l'homme et de l'égalité indique à ce sujet, dans ses observations, que tous les indicateurs utilisés par le Gouvernement ont donné, sur chacune des quatre années de la période considérée (2012-2015), des résultats moins bons que ceux enregistrés au cours des deux années qui ont précédé ladite période, et ce malgré la reprise de l'économie en 2012 après le crash de 2008 et la récession qui s'en est suivie.

Le Comité note que, selon les données Eurostat, le pourcentage de la population menacée de pauvreté (la limite étant fixée à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) était de 16,3 % en 2015, chiffre en léger recul par rapport à 2012 (16,6 %) – il était tombé à 15,7 % en 2013. Le pourcentage relevé en 2015 était proche de la moyenne de l'Union européenne (17,2 %). Toujours selon Eurostat, le taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux était de 36,2 % en 2015, taux nettement supérieur à la moyenne observée pour les 28 pays de l'UE (25,9 %). L'indicateur clé de pauvreté du Semestre européen était de 26 % en 2015, contre 30,3 % en 2012.

Le Comité observe par ailleurs que, selon le rapport 2017 relatif à l'Irlande établi par le Semestre européen (SWD(2017 73 final), la proportion de personnes vivant dans un ménage à très faible intensité de travail demeurait près de deux fois supérieure à la moyenne de l'UE en 2015. Les femmes, les personnes âgées, les personnes ayant un faible niveau d'instruction, les personnes handicapées et les célibataires sont plus particulièrement concernés.

Le Comité note que les taux globaux de risque de pauvreté n'ont guère reculé durant la période de référence et ont continué d'osciller autour de 16 % (après transferts sociaux). Les effets positifs des transferts sociaux sont certes notables, mais le Comité relève par ailleurs que les indicateurs qui mesurent la « privation de biens essentiels » et la « pauvreté

constante » ont été fortement orientés à la hausse alors que le contexte était marqué par une reprise de l'économie.

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

Le Comité relève dans le rapport qu'un nouvel objectif national a été fixé par le Gouvernement en 2012 pour lutter contre la pauvreté. Il s'agissait de ramener à 4 % la pauvreté constante d'ici 2016, en partant d'un niveau de 6,9 % en 2011.

Le Comité note également que des stratégies nationales ont été élaborées depuis 1997 afin d'inscrire la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans un cadre stratégique. La stratégie actuelle, soit le Plan national d'action actualisé pour l'inclusion sociale, définit une série d'actions et d'interventions ciblées censées permettre d'atteindre l'objectif national de réduction de la pauvreté. Le Plan repose sur une approche tenant compte des « cycles de vie », avec des objectifs propres à chaque groupe : enfants, personnes en âge de travailler, personnes âgées et communautés.

Le plan en cours couvre la période allant de 2015 à 2017. Il reflète les enjeux actuels et les modes d'intervention développés récemment pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. L'accent est davantage placé sur la modernisation du système de protection sociale, le renforcement de l'efficacité et de l'efficience des transferts sociaux et la consolidation des politiques actives d'inclusion. Les objectifs ont été reformulés de façon à accorder une plus grande priorité au développement du jeune enfant, à l'exclusion des jeunes et à l'accès au marché du travail, ce qui s'est traduit par l'adoption de mesures en faveur des personnes handicapées, de l'intégration des migrants, du logement social et des énergies d'un coût abordable.

Le Comité observe en outre que le montant total des dépenses de l'Etat consacrées à la protection sociale a fortement baissé durant la période de référence, passant de 14,3 % du PIB en 2012 à 9,6 % en 2015, soit à peine la moitié de la moyenne enregistrée pour l'UE (19,2 %). Il demande quelles mesures ont été engagées pour faire en sorte que la croissance économique soit mise à profit pour lutter efficacement contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Dans ses observations relatives au rapport du Comité, la Commission irlandaise des droits de l'homme et de l'égalité se déclare préoccupée par le fait que le Plan national d'action a été élaboré avant le krach de 2008 et n'a pas été actualisé avant le redémarrage de l'économie. Par rapport au plan initialement adopté en 2007, seul les objectifs ciblés ont été modifiés ; les mesures nécessaires pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale jusqu'à la fin de la période en question n'ont pas été revues.

Dans le même ordre d'idées, le Comité relève que, dans son évaluation des rapports nationaux et ses recommandations par pays pour 2017 (fiche Finlande), le Réseau européen anti-pauvreté affirme que le Plan national d'action est mis en œuvre au coup par coup, et non de manière intégrée.

Le Comité demande, à la lumière de ces observations, que le prochain rapport explique comment le Plan national d'action s'attache à suivre une approche globale et coordonnée pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et quels sont en particulier les moyens retenus dans la pratique pour coordonner les diverses mesures, y compris au niveau de la fourniture des services.

Enfin, le Comité renvoie aux constats de non-conformité posés au titre d'autres dispositions de la Charte qui entrent en ligne de compte dans son évaluation de la conformité au regard de l'article 30 (voir les Conclusions 2013 et l'Observation interprétative de l'article 30). Il fait plus particulièrement référence à l'article 12§1 et à sa conclusion selon laquelle le niveau minimum de plusieurs prestations de sécurité sociale (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, chômage) est insuffisant (Conclusions 2017), à l'article 12§3 et à son constat de non-conformité motivé par une évolution restrictive du système de sécurité

sociale durant la période de référence et par le maintien de certaines restrictions malgré l'amélioration de la situation économique (Conclusions 2017), à l'article 13§1 et à sa conclusion selon laquelle le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas suffisant (Conclusions 2017).

Compte tenu de tout ce qui précède, et plus particulièrement de l'absence de progrès déterminants dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en dépit du contexte de croissance économique, et les observations de la Commission irlandaise des droits de l'homme et de l'égalité ainsi que celles du Réseau européen anti-pauvreté, dont il ressort que le Plan national d'action pour l'inclusion sociale ne permet pas, tel qu'il est formulé et mis en œuvre, de faire face aux difficultés que pose la situation actuelle en termes de pauvreté et d'exclusion, le Comité considère que la situation va à l'encontre des prescriptions de l'article 30.

Contrôle et évaluation

En ce qui concerne les mécanismes de suivi, le Comité prend note de la publication, en septembre 2015, du cinquième rapport biennal sur l'inclusion sociale couvrant les années 2013 et 2014. Se référant aux objectifs du plan national d'action, ce document décrit les progrès accomplis par les ministères compétents dans la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale pendant cette période.

Le rapport fait également mention de l'édition annuelle du Moniteur de l'inclusion sociale, qui montre que les niveaux de pauvreté se sont stabilisés en 2014 pour la première fois depuis la crise économique et financière. Entre 2013 et 2014, le seuil de risque de pauvreté (60 % du revenu médian) est passé de 201,82 € à 209,39 €. L'amélioration du taux d'emploi et l'impact des nouvelles mesures de protection sociale devraient permettre la poursuite du redressement des revenus des ménages et du niveau de vie. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées à ce sujet.

Le Comité note que les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale participent à des structures telles que le Forum de l'inclusion sociale, le Forum pré-budgétaire et d'autres initiatives d'inclusion sociale. Il demande aux autorités irlandaises si d'autres institutions ont également pris part à l'évaluation des politiques visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Selon la publication susmentionnée du Réseau européen anti-pauvreté, l'incidence de ces politiques sur la pauvreté fait effectivement l'objet d'une évaluation dans le cadre des études d'impact réglementaires, mais de manière très limitée sans aucune transparence. Le Comité demande quelles mesures sont prises pour y remédier.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'une approche globale et coordonnée de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale qui soit à la mesure du problème n'a pas été mise en place.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

ITALIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Italie, qui a ratifié la Charte le 5 juillet 1999. L'échéance pour remettre le 16ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Italie l'a présenté le 7 mars 2017.

Conformément à la procédure adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196e réunion des Délégués les 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).

L'Italie 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 l'Italie concernent 19 situations et sont les suivantes :

– 7 conclusions de conformité : articles 11§1, 11§2, 11§3, 12§2, 13§3, 13§4 et 14§2 ;

– 6 conclusions de non-conformité : articles 3§4, 12§3, 12§4, 13§1, 23 et 30.

En ce qui concerne les 6 autres situations, relatives aux articles 3§1, 3§2, 3§3, 12§1, 13§2 et 14§1, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par l'Italie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

* * *

*

Le prochain rapport que doit soumettre l'Italie 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 à l'exercice d'une activité lucrative sur le territoire des autres Parties contractantes – application des règlements existants dans un esprit libéral (article 18§1).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

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 l'Italie.

Objectif général de la politique

Le Comité a précédemment jugé la situation non conforme à la Charte au motif qu'il n'y avait pas de politique satisfaisante de sécurité et de santé dans le travail. Il a constaté que le décret législatif n° 81/2008 instaurait un régime administratif unifié destiné à permettre l'élaboration d'une politique de sécurité et de santé dans le travail mais une telle politique n'avait pas été adoptée pendant la période de référence. Il a demandé que le rapport suivant contienne des informations relatives au contenu et à l'objectif de cette politique, notamment dans quelle mesure elle tenait compte de la Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail (Conclusions 2013).

Le rapport indique que la Commission consultative pour la santé et la sécurité au travail a élaboré et adopté, en 2013, toute une série d'actions destinées à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles. Selon le rapport, ces activités pourront prendre la forme d'une véritable stratégie nationale. Il mentionne également des plans régionaux de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage de précisions concernant la stratégie nationale en vigueur durant la période de référence. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Une source gouvernementale fait référence à un Plan national de prévention 2014-2018 qui a vocation à promouvoir la santé et la prévention, y compris en ce qui concerne la connaissance et la prévention des risques et des maladies liées au travail. Ce plan remplace celui établi pour la période 2010-2012. Le Comité demande de plus amples renseignements sur les plans nationaux de prévention.

Le rapport souligne que la politique et les stratégies en vigueur sont pleinement conformes à la stratégie européenne. Il fait état de la baisse du taux de fréquence des accidents de travail pour démontrer que la politique et les stratégies retenues ont des effets positifs.

Le Comité rappelle que les technologies nouvelles, les contraintes d'ordre organisationnel et les exigences psychologiques favorisent en particulier 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 des dispositions de l'article 3§1 de la Charte, il tient par conséquent compte également du stress, des agressions, de la violence et du harcèlement 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 États parties doivent mener des activités de recherche, de sensibilisation et de communication sur les risques psychosociaux (Observation interprétative de l'article 3§1 de la Charte, Conclusions 2013).

Le rapport indique que l'Italie met en œuvre l'accord-cadre européen sur le stress au travail du 8 octobre 2004. L'Institut national italien d'assurance contre les accidents du travail (INAIL) a par ailleurs créé en 2007 un groupe de travail sur la prévention des maladies psychosociales au travail qui conduit des recherches sur ces questions et publie des lignes directrices. Des projets de sensibilisation au stress lié au travail ont en outre été menés à bien à l'échelle régionale.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a précédemment conclu qu'il n'existait pas de système adéquat organisant la prévention des risques professionnels (Conclusions 2013).

L'article 20 du décret législatif n° 81/2008 prévoit que toutes les entreprises publiques et privées doivent élaborer et tenir à jour un document officiel d'évaluation des risques dans lequel elles décrivent les mesures de protection et de prévention à mettre en œuvre ainsi

que les équipements de protection individuelle. Ce document doit contenir un rapport détaillant l'ensemble des risques pour la santé et la sécurité durant le travail en fonction de plusieurs facteurs (lieu de travail, machines, équipement, risques chimiques, physiques et biologiques, éléments d'ordre organisationnel, questions en rapport avec la gestion des risques, etc.). Il doit également indiquer les critères retenus pour évaluer les risques ainsi qu'une déclaration de l'employeur relative aux mesures de protection et de prévention mises en œuvre pour éliminer les risques identifiés ou, s'il est impossible de les supprimer complètement, pour les réduire à un niveau « acceptable ».

L'employeur est responsable de l'élaboration du document d'évaluation des risques et de la désignation d'un responsable de la prévention des risques. Dans l'exercice de leurs responsabilités en matière de santé et sécurité, l'employeur et les directeurs agissant en son nom ont l'obligation de consulter les responsables chargés de la sécurité, qui représentent le personnel.

Le Comité demande confirmation de ce que tous les employeurs ont l'obligation de procéder à une évaluation des risques, quelle que soit la taille de l'entreprise. Il demande en outre des informations à jour sur la Commission consultative pour la santé et la sécurité au travail, instituée conformément à l'article 6 du décret législatif n° 81/2008, et son rôle par rapport à l'évaluation des risques. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le Comité a précédemment constaté l'existence d'un système visant à améliorer la sécurité et la santé au travail par la recherche, le développement et la formation (Conclusions 2013). Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées et réserve entretemps sa position sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment constaté l'existence d'un système de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs au niveau des autorités publiques nationales et régionales propre à favoriser le dialogue social. Il a demandé des informations relatives à la consultation des organes compétents au sein des entreprises en matière de santé et de sécurité dans le travail (Conclusions 2013).

A ce propos, le Comité note qu'au niveau local les travailleurs sont principalement représentés en matière de santé et de sécurité par les délégués à la sécurité d'entreprise (*rappresentante dei lavoratori per la sicurezza aziendale* – RLS). Il existe aussi des délégués territoriaux à la sécurité (r*appresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale o di comparto* – RSLT), représentant les entreprises ne disposant pas d'un délégué à la sécurité dans une zone géographique spécifique, et des délégués à la sécurité d'établissement (r*appresentante dei lavoratori per la sicurezza di sito produttivo*), qui jouent un rôle de coordination lorsque plusieurs entreprises partagent un même site, par exemple un chantier de construction, un port ou une plateforme de transit.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Italie.

Risques couverts par les règlements

Le Comité a précédemment considéré (Conclusions 2013) que le cadre législatif et réglementaire satisfaisait à l'obligation générale prévue par l'article 3§2 de la Charte, qui exige de couvrir de façon spécifique la plupart des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 (1998).

Le rapport indique que la Directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail, la Directive 2009/127/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 modifiant la directive 2006/42/CE en ce qui concerne les machines destinées à l'application des pesticides, la Directive 2009/161/UE de la Commission du 17 décembre 2009 établissant une troisième liste de valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle en application de la Directive 98/24/CE du Conseil, et la Directive 2010/35/UE du Parlement européen et du Conseil du 16 juin 2010 relative aux équipements sous pression transportables ont toutes été transposées en droit interne. 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° 272/2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges a par ailleurs également été transposée en droit interne ; enfin, la transposition de la Directive 2013/35/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques) (vingtième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) et abrogeant la directive 2004/40/CE est en préparation.

Le Comité a précédemment souligné qu'en vertu de l'article 3§2 de la Charte, la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail doit tenir compte du stress, des agressions et de la violence dans le travail que subissent en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques (Observation interprétative de l'article 3§2 de la Charte, Conclusions 2013). Il a demandé des informations à ce sujet.

Le rapport ne contenant aucune information sur ce point, le Comité renouvelle sa demande et réserve entretemps sa position sur ce point.

Niveaux de prévention et de protection

Le Comité examine les niveaux de prévention et de protection prévus par la législation pour certains risques**.**

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a précédemment considéré que les niveaux de prévention et de protection relatifs à l'implantation, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail étaient conformes à l'article 3§2 de la Charte (Conclusions 2013). Il a toutefois demandé des informations sur l'obligation faite aux employeurs d'évaluer les risques professionnels des postes de travail et sur les délais imposés pour leur mise en conformité.

Selon le rapport, le décret législatif n° 81/2008 prévoit en son article 28 que toutes les entreprises publiques et privées doivent élaborer et tenir à jour un document officiel d'évaluation des risques dans lequel elles décrivent les mesures de protection et de prévention à mettre en œuvre ainsi que les équipements de protection individuelle (voir la conclusion au titre de l'article 3§1).

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le Comité a précédemment demandé des informations sur les mesures adoptées pour incorporer la limite d'exposition de 0,1 fibre par cm^3 introduite par la Directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. Il a également demandé des informations sur les intentions du Gouvernement concernant la ratification de la Convention n° 162 de l'OIT sur l'amiante (1986) (Conclusions 2013).

Le rapport indique qu'en février 2015, un projet de loi transposant la directive 2009/148/CE a été soumis au parlement. Le rapport assure en outre que le Gouvernement entend ratifier la Convention n° 162 de l'OIT sur l'amiante (1986). En 2015, des plans régionaux amiante étaient en préparation dans plusieurs régions. D'autres régions finalisaient un inventaire des bâtiments contaminés. D'après le rapport, les travaux concernant l'élimination de l'amiante se poursuivent. Le Comité demande à être informé de tous les développements qui interviendront sur ce point. Il réserve entretemps sa position.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

S'agissant de la protection des travailleurs contre les radiations ionisantes, le Comité a précédemment considéré que la situation était conforme à la Charte (Conclusions 2013).

Il demande confirmation que les travailleurs bénéficient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé dans les Recommandations 2007 de la Commission internationale de protection radiologique (Publication 103 de la CIPR). Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité examine le champ d'application des textes législatifs et réglementaires en ce qui concerne les travailleurs occupant un emploi atypique.

Travailleurs temporaires et autres catégories de travailleurs

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2013) la protection accordée aux travailleurs temporaires, intérimaires et sous contrat à durée déterminée. Il a constaté que la protection de la sécurité et la santé au travail, l'information et la formation des travailleurs accordées par le décret législatif n° 81/2008 visaient tous les salariés, quel que soit leur statut contractuel, et a conclu à la conformité de la situation à la Charte. Il a aussi noté que les travailleurs temporaires, intérimaires et sous contrat à durée déterminée avaient accès à la surveillance médicale et à la représentation sur le lieu de travail dans les mêmes conditions que les travailleurs employés à durée indéterminée, selon des modalités déterminées par le décret législatif n° 81/2008. Le rapport confirme que tel est toujours le cas.

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2013) la protection accordée aux travailleurs indépendants, aux travailleurs à domicile et aux employés de maison, et jugé la situation conforme à la Charte.

Bien que le décret législatif n° 81/2008 ne s'applique pas aux employés de maison, la loi n° 339/1958 du 2 avril 1958 protège l'intégrité physique et psychologique du personnel. Le Comité prend note également de la convention collective nationale régissant le travail domestique, qui dispose que les employés de maison ont droit à un lieu de travail sain et sûr. Il demande quelles mesures ont été prises pour veiller à la santé et à la sécurité au travail des employés de maison. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions 2013) que la situation était conforme à la Charte en ce qui concerne la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs.

Il a demandé des informations sur la consultation des organes compétents en matière de santé et de sécurité des travailleurs temporaires, intérimaires et employés à durée déterminée au sein des entreprises. Le rapport ne contenant aucune information sur ce point, le Comité renouvelle sa demande et réserve entretemps sa position.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Italie.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Selon le rapport, le nombre d'accidents du travail, y compris les accidents mortels, a baissé durant la période de référence. En 2014, 663 000 accidents ont été déclarés (dont 437 000 ont été confirmés comme étant des accidents du travail), soit une baisse de 4,6 % par rapport à 2013 et de 24 % par rapport à 2010. Le nombre d'accidents mortels s'est élevé à 1 107, toujours en 2014. Le rapport précise, concernant les accidents du travail, que 18 % étaient intervenus en dehors de l'entreprise (c.-à-d. « avec des moyens de transport » ou « en cours de route ») ; pour les accidents mortels, le taux était de 54 %.

Le nombre de maladies professionnelles a toutefois augmenté durant la période de référence. Plus de 57 000 déclarations de maladie professionnelle ont été enregistrées en 2014, soit une augmentation de 33 % par rapport à 2010.

D'après les données publiées par Eurostat, en 2014 il y a eu 313 312 accidents du travail non mortels, ce qui correspond au taux d'incidence standardisé pour les 28 pays de l'Union européenne (1 642,09). Au cours de la même période, il y a eu 522 accidents mortels, ce qui correspond à un taux d'incidence supérieur à celui enregistré pour les 28 pays de l'UE.

Le Comité a précédemment demandé des explications concernant la différence significative entre les données du rapport et celles publiées par Eurostat. Le rapport réitère que cet écart est dû au fait qu'Eurostat exclut les accidents de transport.

Le Comité a aussi réitéré sa demande d'information concernant les mesures adoptées pour enrayer la forte augmentation des accidents du travail subis par les travailleurs en situation précaire et l'impact du décret législatif n° 81/2008 sur le nombre d'accidents du travail subis par les travailleurs immigrés. Le rapport indique que les travailleurs étrangers sont principalement employés dans les services domestiques, l'industrie et le bâtiment. En 2013, 101 188 accidents subis par des travailleurs nés à l'étranger ont été enregistrés, ce qui représente une baisse par rapport à 2012. La plupart des accidents ont eu lieu dans l'industrie manufacturière et le bâtiment (selon le rapport, à la suite des changements apportés au système d'inspection du travail, le nombre d'accidents subis par des travailleurs étrangers devrait encore diminuer.)

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations concernant la définition légale des maladies professionnelles, le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles et les modalités d'examen et de révision des dossiers (ou le tableau des maladies professionnelles), les maladies professionnelles les plus fréquentes durant la période de référence et les mesures préventives prises ou envisagées. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Activités de l'Inspection du travail

Le rapport mentionne les innovations législatives en matière d'inspection du travail découlant du *Jobs Act* et cite en particulier le décret législatif n° 149/2015 qui, selon le rapport, simplifie l'actuel système d'inspection du travail grâce à la mise en place d'une agence unique pour l'inspection du travail, moyennant l'intégration dans une seule structure des services d'inspection du ministère du Travail et des Politiques sociales, de l'INPS (institut national italien de la prévoyance sociale) et de l'INAIL. Il est également prévu de mettre en place des outils et des formes de coordination avec les services d'inspection des ASL (unités sanitaires locales) et des agences régionales pour la protection de l'environnement.

L’Inspection du travail a pour mission d’assurer la coordination globale des activités de contrôle (qui couvrent, entre autres, la santé et la sécurité au travail) et de planifier les visites à effectuer, de définir les outils et procédures d’inspection, d’élaborer des lignes directrices et des directives opérationnelles pour l’ensemble des personnels concernés, de proposer des objectifs qualitatifs et quantitatifs et d’assurer un suivi des résultats obtenus, de planifier des activités de formation pour les inspecteurs et, enfin, de mettre en place une coordination avec d’autres organismes compétents.

L’Inspection du travail est aussi chargée d’analyser le phénomène du travail non déclaré et d’affiner la cartographie des risques à utiliser lors de la planification d’inspections axées sur ce type d’emplois. Elle est également chargée de mener des actions de sensibilisation contre le travail non déclaré auprès des entreprises et de l’ensemble des acteurs concernés.

Le Comité a précédemment demandé des informations concernant le nombre de travailleurs couverts par les visites de contrôle effectuées. Afin de mesurer l’efficacité de l’inspection et le caractère dissuasif des sanctions, il a également demandé des informations sur le nombre d’inspecteurs du travail en service au sein du ministère du Travail et des Politiques sociales et des ASL ; les pouvoirs de constatation, d’ordonnance et de sanction des inspecteurs du ministère et des ASL ; l’existence de secteurs d’activités relevant également de la compétence d’attribution du ministère ; les catégories de mesures et de sanctions effectivement prononcées par les inspecteurs du travail en cas d’infraction à la réglementation de la sécurité et la santé au travail ; les conséquences des infractions pénales constatées ; et le nombre de condamnations pénales prononcées à l’issue des saisines du parquet.

Le Comité note que le rapport fournit certaines des informations demandées, notamment en ce qui concerne le nombre d’inspecteurs, leurs pouvoirs d’investigation et les sanctions qu’ils peuvent prononcer. Cependant, étant donné la récente restructuration des services d’inspection, il demande que le rapport suivant contienne des informations à jour sur les questions susmentionnées et réserve entretemps sa position.

Le Comité relève (voir la conclusion au titre de l’article 3§2) que les employés de maison ne sont pas couverts par la réglementation régissant la santé et la sécurité au travail (le décret législatif n° 81/2008) mais par d’autres textes qui protègent leur intégrité physique et psychologique et par la convention collective nationale régissant le travail domestique. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les mesures prises pour assurer la santé et la sécurité des employés de maison.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Italie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a renouvelé sa demande d'informations sur le pourcentage d'entreprises qui sont dotées de services de médecine du travail ou qui partagent de tels services avec d'autres et demandé que le rapport suivant contienne des informations sur les aspects ci-après : les tâches des services de médecine du travail ; la proportion de services de sécurité et de santé au travail internes ; la proportion de services de sécurité et de santé au travail externes ; le nombre de médecins du travail par rapport au nombre de travailleurs ; les mécanismes de sanction et de contrôle qui garantissent que les entreprises respectent leurs obligations légales en la matière.

Le rapport indique que le médecin compétent a l'obligation d'envoyer à l'unité sanitaire locale (ASL) territorialement compétente les informations relatives aux salariés qu'il voit, ce qui permet à l'ASL d'avoir une vue d'ensemble de la situation : l'Italie comptait 3 597 médecins compétents pour effectuer la surveillance médicale et ayant communiqué des données aux ASL en 2012 ; ils étaient 5 018 en 2013. Le décret législatif n° 81/2008 prévoit des sanctions en cas de manquement de l'employeur à l'obligation de nommer un médecin compétent.

Le Comité rappelle avoir précédemment indiqué qu'en l'absence d'informations sur le pourcentage d'entreprises dotées de services de médecine du travail, il ne serait pas en mesure d'établir la conformité de la situation à la Charte. Le rapport précise que toutes les entreprises ne sont pas tenues de disposer d'un service de médecine du travail. Seules celles pour lesquelles des risques ont été identifiés sont soumises à cette obligation. Aucune information n'est toutefois disponible concernant le pourcentage d'entreprises dotées de tels services. Le Comité réitère donc sa demande d'informations de nature à prouver l'extension progressive de l'accès aux services de médecine du travail à tous les travailleurs et conclut entretemps que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe une stratégie visant à instituer progressivement l'accès aux services de médecine du travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité.

Le Comité demande en outre que le prochain rapport contienne des informations sur les stratégies mises en place et visant, en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, à améliorer l'accès des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile et des employés de maison aux services de médecine du travail.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de de l'Italie n'est pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe une stratégie visant à instituer progressivement l'accès aux services de médecine du travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité.

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 l'Italie.

En ce qui concerne les réclamations collectives *n° 87/2012 Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen (IPPF EN) c. Italie*, décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013, et n° 91/2013 *Confederazione Generale Italiana del Lavoro* (CGIL) c. Italie, décision sur le bien-fondé du 12 octobre 2015, portant sur le droit à la protection de la santé en Italie, le Comité rappelle que le suivi sera effectué dans les Conclusions 2018.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité relève dans les données de l'OMS que l'espérance de vie à la naissance (moyenne pour hommes et femmes) était de 82,7 ans en 2015 (80,07 ans en 2009, la moyenne observée par Eurostat en 2015 dans les 28 pays membres de l'UE étant de 80,6 ans).

Le rapport indique que le taux de mortalité (nombre de décès pour 1000 habitants) était de 10,7 pour 1 000 habitants (9,78 en 2009). Le rapport ajoute que l'année 2015 a été caractérisée par une hausse significative des décès, principalement concentrés chez les personnes âgées (75-95 ans).

Le rapport indique en outre que selon l'enquête « *Les principales causes de décès en Italie* », réalisée par l'Institut National de Statistique (l'ISTAT) en 2012 et publiée en 2014, les causes de décès les plus fréquentes étaient les maladies cardiaques ischémiques (12 % du total), les maladies cérébraux-vasculaires (10 % du total) et les autres maladies du cœur (8 %), suivies par les tumeurs malignes (celles affectant la trachée, les bronches et les poumons – 6 % du total) et les maladies hypertensives (5 % du total). La même source indique qu'il y a également eu une hausse de la démence et de la maladie d'Alzheimer qui représentaient la sixième cause de décès (4,3 % du total annuel). Le rapport fait état des mesures prises dans le domaine de la prévention des maladies cardio-vasculaires, la prévention des cancers, la prévention du diabète, la prévention des maladies respiratoires et la prévention de la démence.

Le Comité demande à être informé sur les principales causes des décès et les mesures prises pour les prévenir.

Le Comité note que le taux de mortalité infantile a diminué depuis la dernière période de référence. Selon Eurostat en 2015 le taux s'est établi à 2,9 décès pour 1 000 naissances vivantes par rapport à 3,62 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2009 (le taux observé pour les 28 pays de l'UE était de 3,6 en 2015).

Le Comité relève dans les données de la Banque Mondiale que le taux de mortalité maternelle est resté stable depuis la dernière période de référence : le taux était toujours de 4 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 comme en 2009. Le rapport indique que selon un projet pilote de suivi de la mortalité maternelle coordonné par l'Institut supérieur de la Santé dans six régions, il y a eu des différences entre les régions. Par exemple, parmi les régions participantes, le ratio le plus faible (4,6 pour cent mille naissances vivantes) a été constaté en Toscane, tandis que le plus élevé (13,4 pour cent mille naissances vivantes) était en Campanie. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des chiffres actualisés sur le taux de mortalité maternelle dans toutes les régions d'Italie.

Accès aux soins de santé

Le Comité a précédemment noté que le système de santé est organisé à trois niveaux (national, régional et local) et assure une couverture universelle (Conclusions 2009).

Le présent rapport liste les mesures et programmes mises en œuvre par le Plan national de Prévention (PNP) 2010-2012. Le rapport indique également qu'en 2014 le Plan national de

prévention 2014-2018 a été approuvé. Le nouveau PNP, d'une durée de cinq ans, compte définir un système d'actions de promotion de la santé et de prévention, pouvant accompagner les personnes à tous les stades de la vie, dans les lieux de vie et de travail. Le rapport liste dix objectifs stratégiques du nouveau PNP qui seront poursuivis par toutes les régions. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre des programmes et des plans faisant partie du nouveau Plan national de prévention 2014-2018.

Le rapport mentionne que la lutte contre la propagation des maladies chroniques promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), même avec le récent programme *Health 2020*, est particulièrement importante dans des pays tels que l'Italie qui possède l'un des taux de vieillissement les plus élevés en Europe et dans le monde. En 2015, les maladies ou les affections chroniques les plus courantes étaient : l'hypertension (17,1 %), l'arthrose/arthrite (15,6 %), les maladies allergiques (10,1 %), l'ostéoporose (7,3 %), la bronchite chronique et l'asthme bronchique (5,6 %) et le diabète (5,4 %).

S'agissant des délais d'attente, le Comité a pris note dans sa conclusion précédente des mesures prises par le Plan National des Listes d'Attente pour la période 2010-2012, stipulé avec l'Accord Etat-Régions (Conclusions 2013). Les données fournies dans le rapport montrent le suivi des délais d'attente pour l'admission, tel que prévu par le Plan ci-dessus, pour l'année 2010 (hors période de référence). Le Comité demande des informations actualisées sur les délais d'attente et leur évolution (réduction ou augmentation).

Concernant les dépenses de santé, le Comité relève dans les données de l'OCDE, que les dépenses de santé en Italie (à l'exclusion des dépenses d'investissement dans le secteur de la santé) représentaient 8,8 % du PIB en 2013, contre une moyenne des pays de l'OCDE, qui était de 8,9 %. Le rapport indique que les dépenses de santé des familles représentaient 1,8 % du PIB national. Par rapport au total, la partie publique s'élevait à 79,4 % et les 20,6 % restants étaient à la charge des familles.

Quant à la co-participation des citoyens au coût des prestations, le Comité prend note des informations fournies dans le rapport sur les mesures prises concernant les prestations pharmaceutiques et les soins spécialisés ambulatoires à l'échelle nationale et dans les différentes régions. Le rapport indique qu'en 2015, à l'échelle nationale, des exemptions étaient prévues pour certains états de santé (certaines maladies chroniques, certaines maladies rares, grossesse, invalidité), pour certaines activités de prévention (dépistage de certains cancers, test de dépistage VIH) ou pour certaines catégories de citoyens identifiées en tenant compte des conditions personnelles, sociales et liées au revenu.

Concernant l'accès équitable aux soins de santé, le Comité a précédemment relevé que, bien qu'offrant une couverture universelle pour un ensemble assez complet de services de santé pendant des décennies, il y a encore des preuves d'inégalités associées au revenu (Conclusions 2013). À cet égard, le Comité a demandé des commentaires sur ce point (Conclusions 2013). Le rapport indique que la loi n° 833 de 1978 a créé le Service national de santé (SSN) qui a permis d'étendre la protection de la santé à tous, ne se limitant plus seulement à certaines catégories (travailleurs, retraités, leur famille et personnes particulièrement démunies sans couverture d'assurance obligatoire). Le SSN dispose d'établissements publics et privés accrédités auxquels peuvent s'adresser indifféremment les citoyens, selon leurs besoins et préférences. Le Comité demande comment cela est assuré en pratique pour tous (y compris pour les patients des groupes les plus défavorisés ou à faible revenu) et dans toutes les régions d'Italie.

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 Comité demande également que le prochain rapport contienne des informations sur les services et les traitements dentaires (par exemple, qui a droit à un traitement dentaire

gratuit, les coûts pour les traitements principaux et la proportion des paiements payés par les patients).

Concernant le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a précédemment reçu de l'ILGA (*International Lesbian and Gay Association*) (Région Europe) un document dans lequel elle affirme "qu'en Italie ces personnes ont l'obligation de se faire stériliser pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre". 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 (Conclusions 2013).

Le Comité prend note des observations présentées par *Transgender Europe* et l'ILGA (Région Europe) concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent cycle de contrôle, dont il ressort que l'Italie fait partie des États qui ont modifié leur législation ou leur pratique depuis le 18 mars 2015 et qui n'exigent plus de stérilisation. Le Comité demande que le prochain rapport confirme cette affirmation. Il note en outre que le présent rapport indique que la jurisprudence se dirige vers la rectification de l'identité sexuelle sur les documents même à défaut de traitement médico-chirurgical.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Italie 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 l'Italie.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité a précédemment demandé des informations actualisées sur l'ensemble des activités mises en œuvre par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (Conclusions 2013). Le rapport fournit des informations détaillées sur les campagnes menées au cours de la période de référence, notamment en matière d'obésité, de tabagisme, d'alcoolisme, de sida, de la prévention contre les infections et la grippe etc.

Concernant l'éducation à la santé en milieu scolaire, le rapport indique que les « Lignes directrices pour l'Éducation nutritionnelle dans l'École italienne », promulguées en 2011, constituent le cadre de base sur lequel se sont greffées sans interruption les « Lignes directrices MIUR (Ministère de l'Éducation, de l'Université et de la Recherche) 2015 pour l'Éducation nutritionnelle ». Ces « Lignes directrices MIUR 2015 » dessinent le cadre épistémologique dans lequel placer l'éducation nutritionnelle dans le Système éducatif d'Instruction et de Formation italien, également à la lumière de l'héritage éducatif et culturel de l'EXPO 2015.

Le Comité rappelle que l'éducation à la santé à l'école doit être assurée tout au long de la scolarité et être inscrite dans les programmes scolaires. L'éducation à la santé doit être couvrir au moins les thèmes suivants : prévention du tabagisme et de l'alcoolisme, éducation sexuelle et génésique, en particulier en ce qui concerne la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida, prévention routière et promotion d'une alimentation saine. Il rappelle aussi que l'éducation sexuelle et génésique est considérée comme un processus visant à développer la capacité des enfants et adolescents à comprendre leur sexualité dans sa dimension biologique, psychologique, socioculturelle et reproductrice, de façon à leur permettre de prendre des décisions responsables pour ce qui concerne leurs comportements en matière de sexualité et de procréation (INTERIGHTS c. Croatie, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, §46). Le Comité demande que le prochain rapport indique si les sujets ci-dessus sont inclus dans les programmes scolaires.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment noté que la responsabilité des services de santé scolaire, qui englobe les activités préventives parmi les élèves, les enseignants et d'autres personnels des établissements d'enseignement publics et privés, incombe aux régions. Les instances sanitaires locales doivent chacune mettre en place une action et un plan de suivi pour les écoles et les élèves de leur secteur et intervenir lorsque les parents ou les enseignants appellent leur attention sur des problèmes spécifiques de maladies, troubles ou difficultés d'apprentissage. Les services des instances sanitaires locales, chargés des secteurs préscolaire et scolaire, proposent des prestations variées (Conclusions 2009). Le Comité avait demandé d'indiquer à quelle fréquence les services de maternité et de pédiatrie des unités sanitaires locales fournissent les différents services prévus par ces dernières dans le cadre de la médecine scolaire (Conclusions 2009). Le rapport précise que aucune surveillance n'a été menée sur l'activité que ces services ont exercée dans les différentes régions italiennes et, par conséquent, il est impossible de fournir les informations requises.

Le Comité a demandé précédemment des informations à jour sur les programmes de dépistage disponibles dans tout le pays (Conclusions 2013). Le rapport indique que les programmes de dépistage du cancer font partie des Niveaux essentiels d'assistance (LEA) depuis 2001 et les dépistages pour les cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal sont actifs. Les dernières données disponibles indiquent une hausse générale de la participation

aux trois programmes de dépistage. En outre, plus de 300 000 femmes (8 % de la population cible) ont été invitées à passer le test HPV en 2012 et 42 % ont accepté l'invitation.

Le Comité a demandé également confirmation que les consultations et dépistages gratuits et réguliers pour les femmes enceintes existent à travers le pays (Conclusions 2013). Le rapport indique que les couples qui souhaitent avoir un enfant et les femmes enceintes ont le droit d'effectuer gratuitement certaines prestations spécialisées et diagnostiques servant à protéger leur santé et celle du bébé. Le rapport présente la liste des prestations, parmi lesquelles les examens diagnostiques pour le contrôle de la grossesse physiologique, toutes les prestations nécessaires et appropriées pour le diagnostic prénatal pendant la grossesse, prescrites par le spécialiste, toutes les prestations nécessaires et appropriées pour le traitement des maladies (préexistantes ou survenant pendant la grossesse) qui comportent un risque pour la femme ou le fœtus, généralement prescrites par le spécialiste.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Italie 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 l'Italie.

Environnement sain

Le Comité prend note des mesures prises par l'Italie pendant la période de référence pour réduire les risques liés à l'environnement, en particulier dans les domaines de la qualité de l'air, de la gestion de l'eau et la pollution du sol, ainsi que dans le domaine de la sécurité alimentaire. Par rapport à la gestion du bruit, le rapport indique que le cadre normatif est resté inchangé.

En ce qui concerne la qualité de l'air, le rapport indique que les points critiques étaient principalement attribuables aux PM10, PM2,5, NO2 et O3 et concernaient davantage les régions du Nord de l'Italie. Le XIème Rapport sur la Qualité du Milieu urbain (2013) a indiqué que la concentration de B(a)P, un marqueur de la famille des HPA sélectionné pour sa cancérogénicité, a dépassé en 2012 la limite de qualité de l'air dans plus de 20 % des zones urbaines prises en compte. Suite à ces constatations, plus de 70 % des zones urbaines prises en compte dans cette étude avait élaboré un plan de qualité de l'air leur permettant de s'inscrire dans les limites prescrites par la réglementation. Les mesures prévues dans ces plans visaient principalement à limiter la circulation, à rendre efficaces les systèmes de production d'énergie et, dans une moindre mesure, à réduire les émissions dans les installations industrielles et de la charge d'azote dans les eaux usées dans les élevages.

En outre, le Comité note que selon le rapport 2015 de l'Agence européenne pour l'environnement (EEE), la pollution atmosphérique a entraîné 84 400 décès prématurés en Italie – le plus élevé parmi les États de l'UE – en 2012. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant la mise en œuvre des mesures prises et des informations actualisées sur les niveaux de pollution atmosphérique et les tendances en la matière, ainsi que sur les cas de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire pendant la période de référence. Le Comité demande aussi à être informé sur les mesures prises concernant la gestion des déchets. Le Comité réserve sa position sur ce point.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité prend note du rapport des données statistiques concernant le tabagisme fournies par l'Institut National de Statistique (l'ISTAT) qui montrent que, en 2013, parmi les habitants âgés de plus de 14 ans, il y avait environ 20,9 % de fumeurs (dont 26,4 % d'hommes et 15,7 % de femmes). Selon les données de l'Agence des Douanes et des Monopoles, en 2013 les ventes de produits du tabac ont chuté de 5,4 % par rapport à 2012, en particulier les ventes de cigarettes qui ont chuté de 5,7 % (près de deux paquets en moins par mois achetés par chaque fumeur).

Parmi les mesures législatives prises pendant la période de référence, le rapport mentionne : la loi de conversion n° 189 du 8 novembre 2012 du décret-loi du 13 septembre 2012 a introduit l'interdiction de vendre des cigarettes aux moins de 18 ans, en augmentant la limite des 16 ans prévue par l'art. 25 de l'arrêté royal de 1934, et la loi de conversion n° 128 du 8 novembre 2013 du décret-loi n° 104 du 12 septembre 2013, l'interdiction de fumer a également été étendue aux espaces extérieurs rattachés aux écoles. La même règle a introduit également l'interdiction d'utiliser les cigarettes électroniques dans les lieux fermés et dans les espaces extérieurs rattachés aux établissements scolaires, ainsi que l'interdiction de faire de la publicité pour les liquides et les recharges contenant de la nicotine dans les lieux fréquentés par des mineurs, à la télévision entre 16h et 19h, dans la presse pour les mineurs et dans les cinémas. Le rapport ajoute que le Commandement des Carabiniers pour la Protection de la Santé (NAS) effectue des contrôles aléatoires sur l'ensemble du territoire national sur l'application de la loi, et fournit des données concernant ses inspections.

Par rapport à l'alcool et la toxicomanie, le rapport fournit des informations détaillées sur les tendances en matière de consommation d'alcool et de drogues, ainsi que sur les mesures visant à lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie. A cet égard, le Comité relève le Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013-2020, dans le cadre duquel on prévoit, pour les prochaines années, une baisse de la consommation nocive d'alcool de 10 %. Le rapport ajoute que l'Italie a récemment atteint un objectif important fixé par le nouveau Plan d'Action européen pour l'Alcool 2012-2020, en introduisant l'interdiction d'administrer et de vendre de boissons alcoolisées à des mineurs de moins de 18 ans (loi n° 189/2012). Le rapport indique en outre que le phénomène du *binge drinking* est particulièrement alarmant, avec de graves risques pour la santé et la sécurité du consommateur seul et également de la société toute entière. Les pourcentages *binge drinker* chez les hommes et chez les femmes ont augmenté progressivement chez les personnes entre 10 et 20 ans et atteignent les valeurs les plus élevées chez les 18-24 ans (H=21,0 % ; F=7,6 %).

En ce qui concerne la toxicomanie, le rapport indique que par la loi n° 79 de 2014, les Ser.T. ont été renommés *Ser.D. – services publics pour les dépendances.* Il ne s'agit plus d'aider les toxicomanes, dépendant principalement de l'héroïne, mais de fournir des services hautement spécialisés aux personnes ayant différents types de maladies liées à la dépendance de substances illégales et légales et à la dépendance sans substance. Les Ser.D. assurent un accès direct aux soins en garantissant l'anonymat, dans un souci d'intégration multidisciplinaire. Chaque patient reçoit un traitement personnalisé en fonction de l'évaluation diagnostique, à travers la création d'un traitement individuel construit en accord avec le patient. Le plan de traitement défini par le Ser.D. peut être réalisé en consultation externe/à domicile, dans un établissement semi-résidentiel ou résidentiel. Le rapport ajoute qu'il existe 581 Ser.D. sur le territoire national.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'impact et le résultat des mesures prises contre le tabagisme, l'alcoolisme (en particulier le *binge drinking*) et la toxicomanie, ainsi que des données sur l'évolution de la consommation.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport indique que le 23 mars 2011 a été approuvé, lors de l'Accord État-régions, le « *Plan national pour éliminer la rougeole et la rubéole congénitale (PNEMoRc) 2010-2015* », qui a reporté les objectifs d'élimination de la rougeole et la prévention des cas de rubéole congénitale (< 1 cas/100 000 naissances vivantes) à 2015 et qui a introduit l'objectif de l'élimination de la rubéole. Le rapport ajoute que, en 2012, la couverture vaccinale moyenne nationale pour la première dose de vaccin contre la rougeole avant 2 ans était de 90,0 %, alors que celle pour la première dose de vaccin contre la rubéole était de 89,2 %. Seules deux régions (l'Ombrie et les Marches) ont atteint une couverture vaccinale ≥ 95 %.

Le Comité prend note du taux de couverture vaccinale en Italie, divisé par région et par type de vaccination, pour l'année 2014. Il demande à être informé de tout fait nouveau concernant les taux de couverture vaccinale.

Accidents

Le rapport indique que, selon les données de l'ISTAT, en 2014 près de 700 000 personnes – 11,3 toutes les 1 000 – ont déclaré avoir été impliquées dans un accident domestique dans les trois mois précédant l'enquête. Dans l'ensemble, il s'agit de 783 000 accidents dans les trois mois, avec une moyenne de 1,1 accident par personne touchée. Les femmes, les personnes âgées et les enfants sont les catégories les plus à risque d'accident domestique. Le rapport mentionne que le Ministère de la Santé a voulu inclure le problème des accidents domestiques parmi les principaux objectifs du Plan national de Prévention 2014-2018. Les mesures à prendre comprennent : l'amélioration de la sécurité des habitations ; l'amélioration de la connaissance du phénomène et des actions de prévention des

professionnels de la santé, des médecins généralistes et des opérateurs des professions de santé ; la formation et l'information de la population la plus à risque d'accident domestique, des parents et des aidants familiaux ; les interventions visant à améliorer l'état de santé de la population âgée pour renforcer l'équilibre et la coordination motrice. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre de ces mesures et leur impact sur la réduction du nombre des accidents domestiques.

Le rapport présente des données chiffrées sur les accidents de la route : en 2014, il y a eu 177 031 accidents de la route avec blessés, qui ont causé la mort de 3 381 personnes (dans les 30 jours) et qui en ont blessé 251 147. Par rapport à 2013, le nombre d'accidents a diminué de 2,5 % et celui des blessés de 2,7 %, tandis que pour le nombre de morts, la baisse a été plus modérée : -0,6 %. Le rapport fait également état des campagnes de communication menées pendant la période de référence par la Fondation ANIA pour la Sécurité routière en se concentrant sur les risques encourus et que l'on peut courir sur la route.

Le Comité rappelle que Les Etats Parties doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents à l'école et les accidents survenant durant les loisirs. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises pour prévenir toutes catégories d'accidents et sur l'évolution du nombre d'accidents en général.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Italie 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 l'Italie.

S'agissant des prestations familiales et des prestations de maternité, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

En ce qui concerne la réclamation *Associazione Nazionale Giudici di Pace* c. Italie, n° 102/2013, décision sur le bien-fondé du 5 juillet 2016 (constatant une discrimination en matière de sécurité sociale à l'égard des juges de paix par rapport aux magistrats titulaires et par rapport à d'autres catégories de magistrats honoraires), le Comité rappelle que le suivi sera effectué dans les Conclusions 2018.

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale italien. Il note qu'il continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, maternité, famille, chômage, accidents de travail et maladies professionnelles, vieillesse, invalidité et survivants). Le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'État.

D'après les données statistiques officielles (ISTAT), la population totale s'élevait à 60 795 612 personnes en 2015. Le rapport indique que la population active s'élevait à 22 465 000 personnes à la même date.

L'ensemble de la population résidente bénéficie d'une couverture des **soins de santé** dans le cadre du régime universel d'assurance maladie. En réponse à la question du Comité, le rapport précise que les assurés sociaux auprès de l'Institut National de Sécurité Sociale (INPS) représentaient 47.3 % de la population active en 2015 pour la branche **maladie** (soit 10 630 000 assurés), 65.7 % pour la branche **chômage** (14 754 000 assurés) et 96.6 % pour la branche **vieillesse** (21 708 000 assurés). Le rapport précise que, s'agissant de l'assurance maladie et maternité, qui est obligatoire pour les salariés, ces données se réfèrent uniquement à ceux assurés auprès de l'INPS, mais pas à ceux qui sont assurés par l'employeur auprès d'assurances privées. Pareillement, ces données ne tiennent pas compte des professionnels inscrits à des registres et ordres professionnels qui sont assurés par leurs caisses respectives. Le taux de couverture réel est par conséquent plus élevé. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse, dans la mesure du possible, des données complémentaires à ce propos, permettant d'évaluer l'ensemble de la couverture personnelle. Il demande en outre de préciser si l'assurance vieillesse continue de couvrir les branches **invalidité** et **survivants** ou de fournir toute information pertinente à ce sujet.

S'agissant des risques d'**accidents de travail et maladies professionnelles**, le Comité note d'après le CLEISS que cette branche n'est pas gérée par l'INPS, mais par un autre institut de sécurité sociale, l'INAIL. D'après la base de données Missoc, il s'agit d'une assurance obligatoire qui couvre les salariés, les travailleurs indépendants, les enseignants et étudiants et les marins. L'assurance couvre également, sous certaines conditions, les accidents domestiques intervenus en dehors d'une relation d'emploi rémunéré. Selon les données publiées sur le site de l'INAIL, en 2015 le nombre d'assurés par les entreprises s'élevait à 15 979 357, auxquels s'ajoutent 48 361 médecins radiologues. Le Comité note d'après ces données que le taux de couverture était de 71.3 %.

Il demande que le prochain rapport fournisse des données à jour et complètes sur le nombre d'assurés par rapport à la population active pour chaque branche de la sécurité sociale.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 15 846 € par an en 2015, soit 1321 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 7923 € par an, soit 660 € par mois. 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 528 € par mois.

Le Comité a précédemment noté que les prestations de **maladie** étaient versées à partir du quatrième jour de maladie et jusqu'à 180 jours par an et que leur montant correspondait à 50 % du salaire jusqu'au 20e jour, pour ensuite passer à un taux de 66.67 %. En l'absence d'informations sur les salaires minimum par secteur, le Comité a estimé qu'il n'était pas établi que le niveau des prestations soit suffisants (Conclusions 2013 et 2015). Le rapport indique qu'il n'y a pas de limite minimale pour la prestation versée mais, étant donné que, pour la majorité des travailleurs, les cotisations de sécurité sociale ne peuvent pas être calculées sur des revenus imposables journaliers inférieurs à ceux prévus par la loi (i.e. 47.7€ en 2015), le montant de la prestation journalière calculée en référence à ces valeurs minimales correspondait à 23.8€ en 2015. Le rapport ajoute que, en fonction des accords collectifs des différents secteurs, une partie supplémentaire peut être versée par l'employeur. Le Comité demande que le prochain rapport clarifie si l'indemnité est versée en fonction des jours que le salarié aurait travaillé (par exemple, 5 jours sur 7) ou tous les jours, à l'exception du délai initial de carence de trois jours. A titre d'exemple, il demande quelle serait l'indemnité versée à un travailleur, rémunéré sur la base des valeurs minimales journalières, en cas d'incapacité de travail pour maladie pendant un mois. Il demande également quelle est la proportion de travailleurs auxquels les valeurs minimales journalières s'appliquent et quelles catégories de travailleurs sont susceptibles d'être rémunérées à des taux inférieurs. Enfin, il demande que le prochain rapport précise si des prestations complémentaires peuvent être cumulées avec l'indemnité de maladie. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

S'agissant des allocations de **chômage**, le rapport fait état de l'adoption d'une nouvelle réglementation en 2015 (décret législatif n° 22 du 4 mars 2015), qui a institué, à compter du 1er mai 2015, la "nouvelle prestation d'assurance sociale pour l'emploi" (NASpI) en remplacement de deux autres allocations précédentes (ASpI et Mini ASpI – l'ASpI continue cependant de s'appliquer aux personnes qui en bénéficiaient avant le 1er mai 2015). Il s'agit d'une allocation destinée aux salariés ayant perdu involontairement leur emploi, à l'exception des salariés à durée déterminée des administrations publiques, des ouvriers agricoles, des travailleurs saisonniers extra-européens et des titulaires d'une pension. Pour en bénéficier, en plus d'être inscrites comme chômeurs au Service de l'Emploi, les personnes doivent avoir perdu leur emploi involontairement (les démissions pour juste motif ou la résiliation consensuelle sont admises dans certains cas à titre d'exception), justifier d'une période de cotisation de treize semaines au cours des quatre années précédentes, dont au moins trente jours effectifs de travail au cours des douze mois précédents (cette période peut être étendue dans certains cas, par exemple en cas de maladie, accidents de travail, congé parental etc.) et avoir des revenus annuels de travail inférieurs à un certain seuil (8145€ en 2015). L'allocation est versée mensuellement, avec une indemnité de carence de sept jours, pour une durée correspondant à la moitié de celle cotisée sur les 4 dernières années. Elle peut donc être accordée pour une durée allant de six semaines et demi, jusqu'à 2 ans. Le Comité considère qu'une durée minimale de versement de six semaines et demi est en principe trop courte. Il relève cependant d'après le portail de l'INPS que les chômeurs qui ont épuisé leurs droit à l'allocation NASpI peuvent obtenir, depuis 2015, une prestation d'assistance chômage appelée ASDI, qui est cumulable avec certaines autres prestations (pensions d'invalidité etc.). Cette prestation est servie pour une durée allant jusqu'à six mois.

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), le rapport détaille les circonstances dans lesquelles l'allocation NASpI peut être suspendue (en cas d'emploi temporaire, par exemple) ou réduite de 80 % (notamment en cas d'emploi ne générant pas de revenu

suffisant pour remettre en cause la situation de chômage). Le droit à l'allocation peut être suspendu ou annulé également si la personne ne participe pas aux initiatives d'activation professionnelle et aux parcours de reconversion proposés par les services compétents. Selon les cas, l'annulation de la prestation est prévue à partir de la deuxième ou de la troisième convocation manquée, sauf si les activités professionnelles, de formation ou de reconversion ont lieu dans un endroit qui se trouve à plus de 50 kilomètres du lieu où réside le travailleur, ou qui est accessible en moyenne en plus de 80 minutes avec les transports en commun. L'annulation de la prestation est aussi prévue en cas de non-acceptation d'une offre d'emploi pertinente. Le Comité demande que le prochain rapport précise ce que la loi entend par "offre d'emploi pertinente".

Pour les travailleurs associés des coopératives et le personnel artistique salarié, l'allocation NASpI est proportionnelle au revenu imposable à des fins de sécurité sociale des quatre dernières années, divisé par les semaines totales de cotisation et multiplié par le coefficient de 4.33, avec un plafond fixé à 1300€. Pour les autres catégories couvertes, le montant de la prestation NASpI est égal à 75 % du revenu mensuel brut moyen des 4 dernières années pour les salaires inférieurs ou égaux à 1195 € par mois. La partie des revenus mensuels de référence excédant ce plafond est indemnisée à 25 %. L'indemnité ne peut toutefois pas dépasser un montant mensuel fixé annuellement (1300 € bruts en 2015). En outre, son montant diminue de 3 % par mois à compter du 4e mois d'attribution. D'après le rapport, le taux moyen de remplacement de la prestation NASpI était de 65 % en 2015. Bien qu'il n'y ait pas de minimum légal, le rapport indique que pour la majorité des travailleurs les cotisations de sécurité sociale ne peuvent être calculées sur des revenus imposables journaliers inférieurs à ceux prévus par la loi. Sur cette base, le montant minimum de l'allocation journalière de chômage était de 35.8€ en 2015. Le Comité considère que le niveau de cette prestation est suffisant.

Le Comité relève d'après le portail de l'INPS que d'autres prestations de chômage s'appliquent à des catégories spécifiques de travailleurs (entre autres, l'allocation DIS-Coll pour les travailleurs sous contrat de travail atypique ; l'indemnité forfaitaire de chômage pour les salariés de l'agriculture ; l'allocation d'assistance sociale (ASU) destinée aux chômeurs engagés dans des activités d'utilité sociale ; l'indemnité de mobilité ; les compléments extraordinaires de salaire (*Cassa Integrazione Guadagni*) concernant les situations de chômage partiel). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations claires et exhaustives sur les différentes prestations applicables aux personnes en situation de chômage pendant la période de référence (conditions auxquelles la prestation est versée ou suspendue/annulée ; durée de versement de la prestation et son niveau, calculé par rapport à la situation d'une personne remplissant les conditions minimales d'accès et en précisant si l'allocation est cumulable avec d'autres prestations ; nombre d'assurés et de bénéficiaires). Il réserve entretemps sa position sur ce point.

En ce qui concerne les pensions de **vieillesse** – dont le niveau avait précédemment été considéré insuffisant (Conclusions 2009, 2013) – le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 23, dans laquelle il constate que le montant minimum des pensions, tant contributives que non contributives, reste manifestement insuffisant (Conclusions 2017).

Le Comité se réfère à ses conclusions précédentes (Conclusions 2013), où il avait pris note de l'existence d'une prestation contributive d'**invalidité**, l'allocation d'invalidité et il avait demandé de préciser le niveau minimum de l'allocation d'invalidité globale. Le rapport ne fournit pas les informations demandées, mais se réfère uniquement aux pensions d'invalidité, qui relèvent cependant de l'assistance sociale (régime non contributif). Le Comité réitère sa demande d'informations sur l'allocation (contributive) d'invalidité. Il note que d'après Missoc, si le revenu annuel imposable de l'intéressé est inférieur à un certain seuil (11661.52 pour une personne seule, 17492.28 pour un couple marié), l'allocation est complétée jusqu'au montant de la pension minimale annuelle de €6.531,07. Cela vaut cependant uniquement pour les assurés d'avant 1996, car sous le nouveau régime il n'y aurait plus de pension minimale, d'après les informations disponibles. Le Comité note que le

montant applicable aux assurés d'avant 1996 est compris entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté, il demande par conséquent quelles autres prestations sont cumulables, le cas échéant, avec celle-ci. Quant aux régime applicable aux nouveaux assurés, en l'absence d'un minimum légal, le Comité demande que le rapport fournisse des informations sur le montant estimé de l'allocation pour une personne seule, ayant un taux d'invalidité respectivement de 66 % ou de 100 % (invalidité non liée à un accident de travail), remplissant les conditions minimales de cotisation. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur les prestations prévues en cas d'**accidents de travail et maladies professionnelles**. Le Comité demande que le prochain rapport contienne ces informations, et qu'il indique notamment le niveau minimum estimé de la prestation.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Italie.

Le Comité prend note que l'Italie a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 20 janvier 1977 et en a accepté les parties V à VIII.

Le Comité relève dans la Résolution CM/RessCSS(2016)10 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par l'Italie (période du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015) que la législation et la pratique en Italie continuent de donner pleinement effet aux Parties VI, VII et VIII du Code et qu'elles assurent aussi l'application de la Partie V, sous réserve de rétablir le droit à une pension réduite après 15 ans de cotisations.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Italie 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 l'Italie.

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale italien. S'agissant des prestations familiales et des prestations de maternité, il renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1.

En ce qui concerne les autres branches de la sécurité sociale, le Comité note que le rapport soumis par l'Italie ne fournit toujours pas d'informations en réponse à la conclusion selon laquelle il n'avait pas été établi que des mesures aient été prises pour relever le niveau du système de sécurité sociale (Conclusions 2009, 2013, 2015).

Certes, le rapport fait état de certaines réformes intervenues pendant la période de référence, notamment l'introduction d'une nouvelle réglementation des allocations de chômage (décret législatif n° 22, du 4 mars 2015) et l'implémentation de la reforme des pensions adoptée en 2011 (décret-loi n° 201 de 2011, converti en loi n° 214/2011). Il ne fournit cependant pas d'éléments permettant d'évaluer si les nouvelles mesures, adoptées ou entrées en vigueur pendant la période de référence, ont permis d'élargir la couverture de la sécurité sociale, ou de relever les montants des prestations, ou bien si elles constituent plutôt des restrictions par rapport au régime précédent.

Le Comité rappelle que l'article 12§3 exige des États parties qu'ils améliorent leur système de sécurité sociale. Par conséquent, une situation qui révèle des progrès peut s'avérer conforme à l'article 12§3 même si les niveaux d'exigence requis par les articles 12§1 et 12§2 n'ont pas été atteints ou si ces dispositions n'ont pas été acceptées. L'élargissement des dispositifs, la protection contre de nouveaux risques ou l'augmentation des prestations sont autant d'exemples de progrès. Une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3. L'appréciation de la situation dépend de la nature des changements apportés (champ d'application, conditions d'octroi des prestations, montants des prestations, etc.), des raisons avancées pour justifier les changements et de la politique sociale et économique dans laquelle ils s'inscrivent, de l'étendue des changements apportés (catégories et nombre de personnes concernées, montant des prestations avant et après le changement), de la nécessité de la réforme, de l'existence de mesures d'assistance sociale destinées aux personnes qui se trouvent dans le besoin en raison de ces changements (ces informations peuvent être soumises dans le cadre de l'article 13) et des résultats obtenus grâce à ces changements. En revanche, lorsque l'effet cumulé des restrictions entraîne une dégradation significative du niveau de vie et des conditions de vie de certains groupes de la population, il peut y avoir violation de l'article 12§3 de la Charte. Même si les mesures restrictives prises séparément sont conformes à la Charte, leur effet cumulé, avec les procédures adoptées pour les mettre en place, peut constituer une violation du droit à la protection sociale. Des mesures visant à consolider les finances publiques peuvent être jugées nécessaires pour garantir le maintien et la durabilité du régime de sécurité sociale. Cependant, les modifications ne doivent pas porter atteinte à la protection sociale effective des citoyens contre les risques sociaux et économiques, et ne doivent pas réduire le système de sécurité sociale à un simple système d'assistance sociale. En tout état de cause, toute modification du système de sécurité sociale doit assurer le maintien d'un système de sécurité sociale de base suffisamment étendu.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité demande une nouvelle fois que le prochain rapport l'informe de tout changement qui aurait été apporté au système de sécurité sociale pendant la période de référence, en précisant quel a été l'impact de ces changements sur le champ d'application personnel du système et sur les niveaux minima des prestations servies en remplacement des revenus. De telles informations doivent figurer dans chaque rapport relatif à l'article 12§3 afin que le Comité puisse se prononcer sur la conformité de la situation avec la Charte. Le Comité rappelle à ce propos que le fait de ne pas fournir les informations

requises (depuis 2009, voir Conclusions 2009, 2013 et 2015) équivaut à une violation de l'obligation de faire rapport à laquelle les Etats Parties se sont engagés en vertu de la Charte. Le présent rapport ne contenant pas suffisamment d'éléments pour apprécier la situation, le Comité continue de considérer qu'il n'est pas établi que des mesures aient été prises pour relever le niveau du système de sécurité sociale.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 12§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures aient été prises pour relever le niveau du système de sécurité sociale.

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 l'Italie.

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 par le biais de mesures unilatérales.

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

Le Comité rappelle que, en tout état de cause, en vertu de la Charte, les États Membres de l'UE ou de 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'appartiennent pas à l'EEE l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale quand ils résident légalement sur leur territoire (Conclusions XVIII-1 (2006)). Pour ce faire, 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, l'Italie n'a toujours pas conclu d'accords de sécurité sociale avec l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, la République de Moldova, l'Ukraine et la Russie.

S'agissant des mesures unilatérales prises par l'Italie, le rapport indique que les travailleurs étrangers résidant légalement en Italie ont les mêmes droits que les citoyens italiens et ce, même en l'absence d'accords de sécurité sociale avec le pays d'origine du travailleur. Le Comité note cependant que l'allocation sociale, garantie par la loi n° 335/1995 exige, entre autres choses, une résidence d'au moins dix ans sur le territoire national. Le Comité rappelle que, s'agissant de prestations non contributives, l'annexe à l'article 12§4 admet que l'on impose aux étrangers une condition de durée de résidence, mais il se réserve le droit d'apprécier le caractère proportionné de la durée de résidence requise par rapport à l'objectif poursuivi. Il note à cet égard que l'allocation sociale est certes une pension non-contributive, mais constitue une prestation de base pour nombre de personnes âgées. Il considère, de ce fait, que la condition de dix années de résidence est excessive. La situation en Italie n'est, dès lors, pas conforme à la Charte au motif que la durée exigée pour le versement de l'allocation sociale est excessive.

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 de 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 (Conclusions XVIII-1 (2006), Chypre).

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), demandé si, en pratique, les ressortissants des États qui appliquent un principe différent sont susceptibles de percevoir des prestations familiales de l'Italie. Le rapport indique que l'Italie subordonne le versement des prestations familiales à la condition de résidence de l'enfant, à moins que l'État dont le ressortissant étranger est originaire ne réserve un traitement de réciprocité vis-à-vis des ressortissants italiens ou qu'un accord international en la matière n'ait été conclu. Le rapport précise que la loi n° 153/1988 conditionne le versement des prestations familiales au principe de réciprocité : les prestations sont versées aux ressortissants de ces pays si ces pays font de même avec les ressortissants italiens. Or, l'Albanie, l'Arménie, la Géorgie et la Fédération de Russie, en dépit de l'absence d'accord bilatéral de sécurité sociale avec l'Italie, ne semblent pas réserver aux travailleurs italiens résidant dans ces États le droit de percevoir des prestations familiales et ce, même pour les enfants résidant en Italie.

Le Comité rappelle que l'article 12§4 ne se fonde pas sur une base de réciprocité et que les États parties tirent directement de cette disposition le devoir de mettre en œuvre ses principes unilatéralement (Observation interprétative de l'article 12§4 et Conclusions XIII-4 (1996)). Pour ce faire, ils peuvent, soit conclure des accords bilatéraux, soit prendre des mesures unilatérales, législatives ou administratives. Le Comité demande si l'Italie envisage de conclure des accords avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie et la Géorgie ou de prendre des mesures unilatérales, et si tel est le cas, selon quels délais. Il considère entretemps que la situation n'est pas conforme à l'article 12§4 au motif que l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le rapport indique que le paiement des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants est assuré à tous les retraités italiens et ressortissants étrangers ayant préalablement acquis ce droit, même à l'étranger. À cet égard, l'Institut nationale de la sécurité sociale garantit le paiement d'environ 380 000 retraites à l'étranger, quelle que soit la nationalité du bénéficiaire. Le rapport précise cependant que les prestations d'aide sociale à caractère non contributif, à l'instar de l'allocation sociale, ne sont pas exportables, sauf dans les cas et les conditions prévus par la législation nationale. Le complément à la pension minimale n'est pas exportable dans les pays où les règlements de l'UE précités s'appliquent, mais peut, sous certaines conditions, l'être dans les autres pays. L'exportabilité du complément à la pension minimale pour les assurés possédant la période de cotisation au 31 décembre 1995 est subordonnée à une période de cotisation minimum de dix ans.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne davantage d'informations sur les conditions permettant l'exportabilité des prestations d'aide sociale à caractère non contributif. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

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

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), a considéré la situation conforme à la Charte pour ce qui concerne le maintien des droits en cours d'acquisition, l'Italie ayant mis suffisamment de moyens en œuvre pour garantir le principe. Étant donné que la situation n'a pas changé, le Comité réitère sa conclusion.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Italie 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 ;
- la durée de résidence (dix ans) imposée aux ressortissants étrangers, qui ne bénéficient pas de l'allocation sociale en vertu de la réglementation de l'UE ou d'accords conclus avec l'Italie, est excessive.

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 l'Italie.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif que les personnes dans le besoin n'avaient pas toutes droit à une assistance sociale.

Il relève dans la base de données du MISSOC que chaque commune met en œuvre sa propre politique d'intervention sociale, dans le respect de la législation régionale et en fonction des ressources dont elle dispose. La loi ne soumet l'admission au bénéfice des aides communale à aucune condition ou exigence générale. Les prestations peuvent être en espèces ou en nature. La réglementation relative aux conditions de ressources varie selon les régions et les communes, mais, généralement, les prestations sont accordées après dépôt du formulaire ISEE (indicateur de la situation économique). L'État verse une allocation sociale (*assegno sociale*) et d'autres prestations non contributives, notamment par le biais de la carte sociale (une mesure de soutien aux revenus)

Le Comité relève d'après le rapport que le système d'assistance sociale en vigueur est régi par la loi n° 328/2000 (*loi-cadre pour la réalisation d'un système intégré d'interventions et de services sociaux*), visant à promouvoir des interventions sociales, socio-sanitaires et d'assistance à même de garantir une aide concrète aux personnes et aux familles en difficulté. La loi désigne les bénéficiaires (ressortissants italiens, ressortissants européens ou ressortissants de pays tiers en situation régulière sur le territoire de l'État, ainsi que les réfugiés ou les apatrides, auxquels les premiers secours sont garantis), les services proposés et les prestataires (État, régions et collectivités locales). La loi reconnaît le rôle essentiel joué par les communes, dans la mesure où ce sont elles qui gèrent et coordonnent les initiatives, et créent ainsi un réseau local de services sociaux.

D'après le rapport, après l'approbation de la loi constitutionnelle n° 3/2001, certains secteurs, dont le secteur social, ont été confiés exclusivement aux régions. La nouvelle répartition des fonctions est la suivante : les régions ont compétence exclusive en matière de politique sociale, et l'État se charge de définir les principaux niveaux de prestations. Encouragées par ces deux évolutions réglementaires importantes, toutes les régions ont pris des mesures dans le domaine des politiques de sécurité sociale, bien que différentes dans leur teneur, leurs modalités et leurs délais de mise en œuvre, et dans la limite des nouveaux pouvoirs qui leur ont été conférés.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations sur la manière dont, en théorie et en pratique, chaque autorité responsable à l'échelon local garantissait que les prestations soient effectivement versées à toute personne dans le besoin. Il a aussi demandé des informations plus détaillées sur les critères d'octroi, le fonctionnement et les montants des prestations pour chaque région.

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant les dépenses affectées aux services sociaux par les régions et les communes, et notamment les dépenses totales par commune en relation avec les différents groupes de bénéficiaires (par exemple les personnes handicapées, les enfants) et les dépenses par utilisateur des services. Cependant, le rapport ne contient pas d'informations sur les montants et les critères d'octroi des prestations d'assistance sociale tels que définis par chaque collectivité régionale et locale.

Le Comité relève également dans la base de données du MISSOC que l'État fixe le montant de l'aide sociale (*assegno sociale*) et se charge de son versement. En l'absence d'informations concernant les montants des autres prestations disponibles au niveau régional et local, le Comité ne tiendra compte que de l'*assegno sociale* dans son

appréciation de la situation. Il relève à cet égard dans la base de données du MISSOC que cette prestation est accordée aux personnes seules dont les revenus imposables annuels sont inférieurs à 5 818 €.

Le rapport fournit des informations concernant les allocations familiales, le principal complément de revenus, versé directement par l'Institut national de sécurité sociale à tous les ayants droits. La commune de résidence doit certifier que les familles sollicitant les allocations remplissent les critères exigés. Le Comité note que ces prestations ne sont servies qu'aux familles composées d'au moins trois enfants. Il rappelle que l'article 13 ne concerne que l'assistance sociale servie à une personne seule sans ressources. Par conséquent, cette allocation n'est pas prise en compte.

Le Comité demande que le prochain rapport explique comment les régions veillent à ce que le droit à l'assistance sociale soit garanti en tant que droit subjectif à toute personne privée de ressources. En particulier, il demande si, dans chaque région, est fixé un seuil légal précis en deçà duquel une personne est considérée comme étant en situation de besoin et s'il existe un noyau commun de critères sous-tendant l'octroi des prestations. Le Comité considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Niveau des prestations

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

- prestations de base : le Comité relève dans la base de données du MISSOC qu'en 2015, le montant annuel de l'*assegno sociale* pouvait aller, pour une personne seule, jusqu'à 5 830 € servis en treize mensualités si les revenus imposables annuels de l'intéressé étaient inférieurs à 5 818 €. Le Comité demande que le prochain rapport indique si ce montant est fixe et uniforme dans toutes les régions ou s'il existe des fluctuations régionales. De plus, il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les montants des prestations d'assistance sociale versées par région, en sus de l'*assegno sociale*.
    - prestations complémentaires : le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les montants des prestations complémentaires, telles que les allocations de logement et de chauffage servies à une personne seule et sans ressources.
    - assistance médicale : dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013 et 2015), le Comité a jugé qu'il n'était pas établi qu'une assistance médicale était fournie à quiconque en avait le besoin. Il rappelle à cet égard qu'au sens de l'article 13§1 de la Charte, toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes doit pouvoir obtenir gratuitement les soins nécessités par son état. Ce droit à l'assistance médicale ne doit pas être réservé aux situations d'urgence. Le Comité note à ce sujet (Conclusion relative à l'article 12§1) que tous les résidents ont droit à une couverture médicale dans le cadre du régime universel d'assurance soins de santé. Il demande que le prochain rapport confirme que l'assistance médicale octroyée aux personnes sans ressources couvre les soins de santé primaire, ainsi que les soins ambulatoires spécialisés que pourraient nécessiter de tels patients. Le Comité considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.
    - seuil de pauvreté : d'après le rapport, le seuil de pauvreté absolue correspond au montant mensuel des dépenses minimales moyennes

qu'il faut engager pour acquérir le panier de biens et services considérés comme essentiels pour avoir un niveau de vie acceptable.

Le rapport fournit des informations concernant la nouvelle enquête sur les dépenses, qui inclut dans les dépenses totales engagées par les familles certains biens et services qui n'étaient auparavant pas pris en compte pour estimer la pauvreté absolue. D'après le rapport, un adulte vivant seul est considéré comme absolument pauvre dès lors que ses dépenses sont inférieures ou égales à 816,84 € par mois s'il réside dans une zone métropolitaine du nord ou à 548,70 € par mois s'il réside dans une petite ville du sud.

- Le seuil de pauvreté que le Comité prend en compte est fixé à 50 % du revenu médian ajusté, calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat : en 2015, il était estimé à 7 920 € par an (660 € par mois).

Le Comité considère que le montant de l'*assegno sociale* se situe en-deçà du seuil de pauvreté et est, par conséquent, insuffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant le droit de recours contre les décisions des autorités régionales et locales relatives à l'octroi des prestations. En particulier, il souhaite savoir si ces décisions sont susceptibles de recours devant les juridictions administratives.

Champ d'application personnel

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§1, les États se doivent d'offrir une assistance sociale et médicale suffisante à toutes les personnes en situation de besoin sur un pied d'égalité, qu'il s'agisse de leur 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 seront 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 examinera dorénavant 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'État parties résidant légalement sur le territoire

Le Comité rappelle qu'aux termes de l'article 13§1, les ressortissants d'autres États parties qui résident légalement sur le territoire et qui ne disposent pas de ressources suffisantes doivent bénéficier d'un droit individuel à une assistance appropriée sur un pied d'égalité avec les nationaux, c.-à-d. au-delà de l'assistance d'urgence. La Charte ne réglemente pas les modalités d'admission des étrangers sur le territoire des États parties et les règles relatives à l'attribution de la qualité de « résident » sont laissées aux législations nationales. Toutefois, l'égalité de traitement implique également que des conditions supplémentaires, comme la durée de résidence, ou plus difficiles à remplir, ne soient pas imposées.

Par ailleurs, le Comité rappelle qu'en vertu de la Charte, les ressortissants d'États parties résidant légalement sur le territoire ne peuvent être rapatriés au seul motif qu'ils ont besoin d'une assistance. À l'expiration de la période de validité du titre de séjour et/ou permis de

travail, les Parties n'ont plus d'obligation à l'égard des étrangers couverts par la Charte, fussent-ils en état de besoin. Cela ne signifie toutefois pas que les autorités puissent retirer un titre de séjour au seul motif que l'intéressé n'a pas de ressources et est incapable de subvenir aux besoins de sa famille.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que, conformément à l'article 41 de la loi relative à l'immigration, les ressortissants étrangers pouvaient demander à bénéficier de l'assistance sociale dans les mêmes conditions que les citoyens italiens s'ils bénéficiaient d'un titre de séjour valable au moins un an. Le Comité relève également dans le rapport que l'article 41 de la loi relative à l'immigration couvre les ressortissants étrangers en possession d'un titre de séjour d'une durée de validité d'au moins un an. Le Comité comprend que les ressortissants des États parties se trouvant en situation régulière en Italie sont traités sur un pied d'égalité avec les nationaux en ce qui concerne l'accès à l'assistance sociale.

D'après le rapport, dans son arrêt n° 306/2008, la Cour constitutionnelle a souligné que le principe de l'égalité de droits entre les étrangers en situation régulière et les nationaux s'appliquait également aux cas où les prestations étaient liées à l'exercice des droits fondamentaux, tels que le droit à la santé. Le Comité demande que le prochain rapport confirme que les ressortissants des États parties résidant légalement sur le territoire ont droit à une assistance médicale sur un pied d'égalité avec les nationaux.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a noté que l'assistance médicale était offerte à tous les ressortissants des autres États parties en situation régulière ou irrégulière sur présentation d'un code STP (étranger temporairement résident) pouvant être délivré par toutes les structures sanitaires locales. Le code STP, qui assure la continuité des soins, est valable pour une période (renouvelable) de six mois et couvre non seulement les soins d'urgence, mais aussi un large éventail de soins de santé préventifs, primaires et même secondaires, ainsi que les soins de santé maternelle et de santé mentale, les vaccinations, ou encore les médicaments de base (y compris les traitements contre le VIH).

En ce qui concerne l'assistance sociale d'urgence, le Comité a précédemment noté que toutes les personnes en détresse pouvaient obtenir une assistance d'urgence, non seulement dans les centres de séjour et d'assistance temporaires, mais aussi dans un certain nombre de centres d'accueil temporaire gérés par des associations et autres institutions qui agissent de leur propre initiative ou de concert avec les collectivités locales (régions, provinces et communes).

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le rapport fournisse des informations actualisées démontrant que ces conditions sont respectées en droit et en pratique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale est insuffisant.

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 l'Italie.

Le Comité relève que le rapport fournit un grand nombre d'informations concernant le droit des ressortissants des États parties de voter et de se présenter aux élections en Italie. Ceci n'est pas pertinent au regard des obligations imposées par l'article 13§2.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13§2 de la Charte, toute discrimination à l'égard des personnes bénéficiant de l'assistance qui résulterait – directement ou indirectement – d'une disposition expresse d'un texte doit être éliminée. Les bénéficiaires de l'assistance sociale ou médicale doivent être efficacement protégés contre d'éventuelles pratiques discriminatoires, notamment en matière d'accès à l'emploi et aux services publics. Le Comité demande si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques et sociaux sont, dans la pratique, interprétées de manière à éviter toute discrimination fondée sur le statut de bénéficiaire d'une assistance sociale ou médicale.

Le Comité considère que dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Italie.

Le Comité note que la situation qu'il a précédemment jugée conforme à la Charte n'a pas changé.

Il rappelle que l'article 13§3 traite spécifiquement de l'assistance sociale ou médicale sous forme de conseils et d'aide personnelle en faveur des personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Il s'agit par conséquent d'une disposition spéciale plus spécifique que l'article 14§1, qui garantit le droit à des services sociaux d'une manière générale. Le Comité considère qu'il est important de souligner cette distinction afin que les rapports nationaux relatifs à l'article 13§3 fournissent des informations concernant les services sociaux et médicaux affectés à la consultation ou à l'aide en faveur des personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Ces services doivent remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. L'article 13§3 fait notamment obligation aux États de mettre en place des dispositifs de consultation et d'aide de façon à ce que les intéressés puissent connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits.

Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur la façon dont ces obligations sont respectées en droit et en pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Italie 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 l'Italie.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171). Il demande que le prochain rapport confirme que ces critères sont respectés.

S'agissant des étrangers en situation irrégulière, le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 13§1 et considère que la situation est conforme à la Charte. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant l'assistance médicale et sociale d'urgence accordée aux ressortissants d'États parties se trouvant légalement en Italie.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Italie 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 l'Italie.

Organisation des services sociaux

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé une description à jour de l'organisation générale des services sociaux, y compris des textes juridiques qui régissent ce secteur.

Le rapport indique que le décret législatif n° 112/1998, mettant en œuvre la loi n° 59/1997, définit les services sociaux comme : « les activités relatives à la mise en place et à la fourniture de services, gratuits et payants, ou de prestations économiques visant à éliminer et surmonter les situations de besoin et de difficulté que les individus peuvent rencontrer dans leur vie, à l'exclusion de ce qui est assuré par le système de sécurité sociale et d'assurance maladie ».

Le rapport confirme le caractère fortement décentralisé de l'organisation des services sociaux, tant auprès des régions que des provinces et des communes, ce qui nécessite une coopération importante avec les autorités étatiques, en particulier le ministère du Travail et des Politiques sociales, pour trouver le meilleur équilibre possible entre les prérogatives de chaque partie prenante.

Le rapport se réfère aussi à la Loi-cadre n° 328/2000 pour la mise en œuvre du système intégré d'interventions et de services sociaux, qui reconnaît le droit à l'assistance sociale et garantit un niveau minimal d'assistance sur l'ensemble du territoire. Selon le rapport, cette loi renforce l'importance du niveau territorial, en réglementant et en développant des modes opératoires pour réaliser des réseaux de services entre les entités publiques et privées dans un cadre d'intégration des interventions de sécurité sociale avec celles de santé. La logique de décentralisation et la valorisation des spécificités locales qui caractérise la loi n° 328/2000 accorde à la commune un rôle crucial. La commune est responsable pour la programmation, la conception et l'implémentation du système local de services sociaux (plans de zone) et pour l'identification des priorités et des domaines d'innovation. La loi-cadre n° 328/2000, définit les services qui doivent être proposés : informations et conseils, aide à domicile, services socio-éducatifs, prise en charge résidentielle ou semi-résidentielle et interventions d'urgence. A cela s'ajoutent diverses formes d'aide économique. Les familles bénéficient ainsi de services de conseil, d'une aide à domicile (notamment s'il y a des personnes handicapées), et d'avantages fiscaux et financiers.

Accès égal et effectif

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé plus de précisions sur la Charte des Services sociaux (article 13 de la Loi n° 328/2000), en particulier s'il existe une Charte type contenant un socle commun d'éléments de base qu'il serait obligatoire de mettre en place et quel serait son contenu précis. Si tel n'est pas le cas, il a demandé sur quelle base les chartes sont élaborées.

Le Comité note que le rapport ne fournit pas ces informations.

D'après la publication sur "les services à la personne en Europe", de l'Observatoire européen de l'Économie sociale, cette Charte contient des informations sur les services disponibles, les niveaux de base des prestations sociales, les conditions d'accès et les tarifs ; elle permet au citoyen de participer aux mesures de consultation et évaluation des services sociaux ; elle définit les critères d'accès aux services ; les modalités d'octroi et de financement des services et des prestations ; les niveaux d'assistance disponibles ; les standards de qualité des services ; les formes de protection des droits des usagers ; les règles à appliquer dans les cas de non respect de la charte et les modalités de recours.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a déduit un risque d'inégalité de traitement entre les bénéficiaires des services sociaux en Italie en fonction de la région où ils résident, et il a demandé ce qui justifie ce déséquilibre et quelles étaient les mesures prises et envisagées pour le réduire.

Etant donné que le rapport ne fournit pas ces informations, le Comité réitère ses questions et réserve sa position sur ce point. Il considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013) le Comité a réitéré sa demande d'informations sur le nombre total de personnes employées par les services sociaux et leurs qualifications.

Le Comité prend note des informations détaillées présentées dans le rapport concernant le troisième secteur (associations à but non lucratif), y compris des données statistiques de l'Istat sur la situation au 31 décembre 2011 (hors période de référence). Il note cependant que ces informations ne couvrent pas la période de référence et qu'elles ne concernent pas l'ensemble du secteur des services sociaux, mais seulement le troisième secteur. Le Comité réitère par conséquent sa demande d'informations sur le nombre total de personnes employées par les services sociaux et leurs qualifications dans les secteurs public et privé. Il réserve entretemps sa position sur ce point et considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 l'Italie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013) le Comité a demandé des précisions sur les aides, financières ou non (comme, par exemple, des avantages fiscaux), apportées par l'état aux organisations bénévoles.

Le rapport indique que les organisations du secteur tiers et du secteur bénévole sont financées selon les règles de référence spécifiques en vigueur. Les différentes entités du troisième secteur peuvent participer – grâce à des procédures d'appel d'offres publiques réglementées par des administrations centrales ou des collectivités territoriales – à des avis spécifiques et/ou à des appels à contribution, par exemple pour la présentation de projets innovants et expérimentaux de bénévolat ou pour l'achat de biens d'équipement et d'ambulances, ainsi que de biens à donner à des établissements de santé publics, s'adressant spécifiquement aux organisations de bénévolat et aux organisations à but non lucratif d'utilité sociale.

En outre, le Comité a demandé plus de précisions sur le système informatif des organisations sans but lucratif (SIONP), censé recueillir des données sur ces organisations, notamment sur leur secteur d'activité et leurs ressources humaines. Il a également demandé une évalution de l'utilité de ce système pour les bénéficiaires de services sociaux.

Le rapport indique qu'à partir de 2008, l'ISFOL (Institut pour le développement professionnel des travailleurs) a réalisé pour le Ministère du Travail et des Politiques sociales, le prototype d'un système d'information incluant les associations du troisième secteur inscrites dans les listes, registres et ordres officiels gérés et tenus par des administrations publiques nationales et territoriales. Il est structuré de façon à assurer le respect des différentes compétences institutionnelles et la qualité statistique de l'information. Il s'agit d'« archives institutionnelles » à jour offrant une représentation du secteur à but non lucratif en Italie à différents niveaux – national, régional, provincial et municipal – et pour différents types d'acteurs. Le SIONP recueille, ordonne et systématise : les données personnelles des registres des organisations à but non lucratif ; les enquêtes sectorielles et thématiques menées par l'ISFOL ; la documentation réglementaire et de recherche sur les organisations à but non lucratif et les documents élaborés par le projet. Fin 2014, environ 300 archives administratives liées à la période 2007-2014 faisaient partie du SIONP. À cet égard, le Comité demande si l'introduction du système d'information sur les organisations à but non lucratif (SIONP) a eu une incidence sur la qualité des services sociaux fournis.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013) le Comité a demandé des informations sur la participation des citoyens, ou groupes de citoyens, porteurs d'exigences spécifiques, à l'organisation du système d'interventions et de services sociaux en leur faveur.

Le rapport indique que l'article 19 de la loi n ° 328/2000 prévoit l'élaboration de Plans de Zone pour les services sociaux. Il s'agit d'un document de programmation territoriale de trois ans avec lequel, dans chaque zone territoriale, les communes et les Unités de santé locales (Ulss) mettent au point les politiques socio-sanitaires adressées à la population. Le Plan, qui vise à construire un système intégré d'interventions et de services grâce à la collaboration de plusieurs acteurs, définit les objectifs, les actions ciblées et les ressources affectées, en harmonie avec le Plan régional des services à la personne et à la communauté. Sa réalisation implique des acteurs publics et privés.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Italie 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 l'Italie.

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 permet de lutter contre les discriminations fondées sur l'âge en dehors de l'emploi et qui prévoit une procédure d'assistance à la prise de décision.

S'agissant de la lutte contre les discriminations fondées sur l'âge, le Comité relève que l'article 3 de la Constitution italienne interdit toute forme de "discrimination fondée sur des conditions personnelles et sociales". Dans la mesure où le libellé de l'article est rédigé de telle manière qu'il peut inclure d'autres motifs que ceux expressément mentionnés, y compris l'âge, le Comité demande s'il existe une jurisprudence en matière de discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi qui protégerait les personnes âgées contre de telles discriminations. Il note également, d'après le précédent rapport, que les régions et municipalités disposent d'une large marge d'appréciation en matière sociale et demande quelles dispositions législatives ou mesures administratives ont été adoptées en matière de lutte contre les discriminations fondées sur l'âge.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le rapport indique qu'il existe différents régimes juridiques permettant de protéger les personnes âgées dépourvues, en tout ou partie, d'autonomie : la protection judiciaire permet à toute personne incapable de se faire assister (et non remplacer) par un mandataire spécial, nommé par le juge des tutelles. Les actes du mandataire sont dûment identifiés par le juge et doivent limiter le moins possible la capacité d'agir de l'intéressé. L'interdiction et l'incapacité sont utilisées lorsque la protection judiciaire se révèle inadaptée. Elles aboutissent à la nomination d'un tuteur qui se substitue à la personne jugée incapable. Le précédent rapport ajoute que, en ce qui concerne la santé, le recours à la contrainte est limité aux circonstances exceptionnelles. Tout abus, y compris le non-signalement de la part des professionnels de santé à l'autorité compétente de mauvais traitement ou de privations à l'encontre du patient, est puni par l'article 571 du Code pénal.

Ressources suffisantes

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

Le Comité rappelle que la loi ne prévoit pas de pension minimale pour les travailleurs assurés pour la première fois après le 1er janvier 1996 ; par conséquent, seules les pensions versées au titre du régime d'assurance obligatoire avant le 31 décembre 1995 peuvent être majorées à hauteur du montant de la pension minimum (*pensione minima*) fixé, en 2015, à 501,89 € par mois pour une personne seule, lorsque le revenu annuel imposable de la personne ou du couple marié est inférieur à un certain montant (moins de 6 524,57 € par an en 2015 pour une personne seule ou 26 098,28 € ou 19 573,71 € pour un couple marié selon que la pension est versée avant ou après 1994).

Les personnes âgées qui n'ont pas droit à la pension contributive, une fois l'âge de la retraite atteint, peuvent bénéficier de l'allocation d'assistance sociale prévue par la loi n° 335/1995. L'allocation est versée aux personnes âgées de plus de 65 ans à faible ressources ayant résidé en Italie depuis au moins 10 ans. Le montant maximum versé à une personne seule était de 448,07 € par mois en 2015. De surcroît, selon le rapport, ils peuvent bénéficier d'une carte d'achat créditée de 40 € par mois si leur revenu total est inférieur à 6 788,61 € par an (ou 9 051,48 € par an si les personnes sont, entre autres choses, âgées de 70 ans ou plus).

Une personne âgée de 65 ans ou plus à faible ressources pouvait ainsi recevoir jusqu'à 488,07 € par mois en 2015.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé des informations sur les niveaux de compléments disponibles, leur nombre, les conditions à remplir pour les recevoir et les taux. Le rapport indique que les autorités italiennes versent toute une série de pensions, allocations et indemnités aux personnes âgées invalides. Leur montant dépend du niveau d'invalidité de la personne concernée. Le Comité demande s'il s'agit des compléments disponibles et si ces pensions, allocations et indemnités sont cumulables avec l'allocation sociale.

Le Comité rappelle qu'il considère le niveau des pensions et de l'assistance sociale suffisant lorsque le montant mensuel des prestations – prestation de base et/ou prestations supplémentaires – versées à une personne seule n'est pas manifestement inférieur au seuil de pauvreté (fixé à 40 – 50 % du revenu médian ajusté). 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, en 2015, à 7 923 € par an (ou 660 € par mois). Le Comité constate que le montant de l'allocation sociale complétée de la carte d'achat est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté selon Eurostat.

Le Comité note, par ailleurs, que selon les données Eurostat, 3,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient, en 2015, des ressources inférieures à 40 % du revenu médian ajusté (contre 2,8 % en 2012 et 2,9 % en 2014) ; la moyenne européenne était, en 2015, à 2,9 %. Le Comité demande que le prochain rapport indique quelles mesures ont été prises pour améliorer le sort de ces personnes.

Pour ces raisons, le Comité considère que le montant minimum des pensions de retraite, tant contributive que non-contributive, versées aux personnes âgées est manifestement insuffisant pour une grande partie de la population âgée dans la mesure où il se situe en-deçà du seuil de pauvreté.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), demandé des informations sur les mesures prises pour mesurer l'ampleur du phénomène et sensibiliser à la nécessité d'en finir avec la maltraitance et la négligence des personnes âgées. Il a également demandé si des mesures législatives ou d'autres mesures spécifiques étaient prévues dans ce domaine. Le Comité constate que le rapport ne répond à aucune des questions posées, de sorte qu'il les réitère. Il souligne que si le prochain rapport n'apporte pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation en Italie est conforme à la Charte sur ce point.

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 a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé quels types de services d'aide à domicile étaient disponibles. Il a également demandé (Conclusions 2009 et 2013) si la fourniture de services

aux personnes âgées répond à la demande, comment leur qualité est évaluée et s'il existe une procédure de plainte relative à la qualité de ces services. Le Comité note que le Fonds National pour les Politiques Sociales a, en 2015, alloué près 278 millions d'euros aux régions pour le financement des services sociaux aux personnes et aux familles. Le Fonds National pour le Manque d'Autonomie, créé dans le but de soutenir les personnes gravement handicapées et âgées dépendantes a, quant à lui, bénéficié de 400 millions d'euros qui ont, par la suite, été redistribués dans les régions en fonction de leur population âgée dépendante et autres indicateurs socio-économiques.

Le rapport indique que de nombreuses régions et municipalités ont adopté des mesures de protection qui s'ajoutent aux mesures nationales. Le rapport précise qu'il est impossible d'offrir une vue globale de toutes les interventions territoriales en la matière et se cantonne, de ce fait, à lister une série de mesures spécifiques destinées aux personnes âgées dépendantes, adoptées par la région Lombardie et certaines de ses municipalités. Le Comité demande des précisions dans le prochain rapport sur les services garantis à l'échelle nationale. Il note, par ailleurs, que l'éventail des services proposés aux personnes âgées varie considérablement selon les régions et que l'offre est nettement moindre dans le sud que dans le nord du pays. Il demande si des mesures sont envisagées afin d'améliorer la desserte des régions méridionales.

Le précédent rapport indique que la prestation de services d'assistance à domicile relève de la compétence des municipalités et que le bénéficiaire participe au coût du service à hauteur de ses revenus**.**

Le Comité comprend que les unités de santé locales ("ASL") sont en charge de vérifier la qualité des services fournis par les organisations accréditées. Il demande que le prochain rapport confirme cette compréhension.

Il constate que le rapport ne contient aucune information sur la question de savoir si la fourniture de services répond à la demande ainsi que sur l'existence d'une procédure de plainte relative à la qualité de ces services. Le Comité réitère, de ce fait, ses questions et souligne que, si le prochain rapport n'apporte pas les informations nécessaires, rien ne permettra d'établir que la situation en Italie est conforme à la Charte sur ce point.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le Comité relève dans le précédent rapport que les citoyens peuvent s'adresser aux guichets uniques d'accès (*Punti Unici di Accesso – PUA*) pour des informations concernant les soins de santé fournis par les ASL et les services sociaux fournis par la municipalité ou pour signaler le besoin de soins de santé et/ou d'assistance sociale.

Logement

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé davantage d'informations concernant la mise en œuvre pratique du Plan national de logement (2009), qui prévoyait d'augmenter l'offre de logements à prix abordables. Le Plan était principalement destiné à loger les ménages à faible revenu, y compris les personnes âgées défavorisées. Il comprenait 2 volets co-financés par les collectivités locales : le premier prévoyait de mettre à disposition 5 059 logements et le second 16 986 – certains seraient à rénover, d'autres à construire. Le rapport n'indique pas si le Plan prend en compte les besoins des personnes âgées et ne permet pas d'évaluer l'offre en fonction de la demande. Par conséquent, le Comité réitère sa demande d'informations sur ces points. Il demande également que le prochain rapport indique le nombre de personnes âgées qui ont bénéficié de ce Plan et quelles sont les régions et municipalités concernées.

Le Comité a également demandé, et ce à deux reprises (Conclusions 2009 et 2013), des informations sur les aides financières accordées aux personnes âgées pour l'aménagement de leur logement. Le rapport ne répond toujours pas à la question, de sorte que le Comité la

réitère et souligne que si le prochain rapport ne fournit pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation est en conformité avec la Charte.

Soins de santé

Le Comité note, d'après le précédent rapport, qu'il existe trois types de services de soins à domicile :

- les services de soins à domicile programmés (*Assistenza Domiciliare Programmata – ADP*) ;
- les services de soins à domicile intégrés (*Assistenza Domiciliare Integrata – ADI*) ; et
- l'hospitalisation à domicile.

Le précédent rapport précisait que ces services de soins sont, d'une part, fournis gratuitement par les ASLs, à l'exception de la partie sociale de l'ADI, et, d'autre part, diffèrent selon l'organisation des services territoriaux des ASLs. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet, en particulier si les ASLs garantissent tous ces services de soins ou si elles choisissent elles-mêmes ceux qui seront fournis. Le précédent rapport précisait que les ASLs effectuent périodiquement des vérifications aléatoires sur la qualité des services fournis par les organisations accréditées.

Le précédent rapport ajoutait que Plan d'action et de cohésion (Piano d'azione Coesione – PAC) 2013-2015 comprenait un volet dédié aux services de soins pour les personnes âgées. L'objectif, pour ce qui concerne les personnes âgées, était de renforcer, dans les territoires de la Calabre, Campanie, Pouilles et Sicile, l'offre de services, en réduisant l'écart actuel de l'offre par rapport au reste du pays. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les programmes de santé mentale, les services de soins palliatifs et les formations spéciales destinées aux soignants. Il demande également à être informé de toute mesure qui aurait été prise pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins gériatriques et des soins de longue durée, ainsi que pour mieux coordonner les services sociaux et les services de santé destinés aux personnes âgées.

Soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé des informations à jour sur les effets des politiques sociales visant à réduire le nombre de personnes placées en institutions. Il constate qu'il n'est toujours pas possible d'évaluer l'impact des récentes politiques sociales destinées à réduire le nombre de personnes vivant en institution au vu des informations fournies dans le rapport, de sorte qu'il réitère sa demande d'informations.

Il a également demandé si l'offre et le type d'institutions correspondent à la demande et aux besoins particuliers des personnes âgées, si les droits des personnes placées en institution sont protégés (y compris le droit à une prise en charge et à des services adaptés, le droit au respect de la vie privée, à la dignité et le droit de déposer une réclamation en relation avec le traitement et les conditions de vie) et quelles sont les exigences relatives aux qualifications du personnel soignant et au recours à des moyens de contention physique. Le précédent rapport indique que les personnes âgées sont placées et soignées en établissement après évaluation de leur besoins. Le rapport précise qu'il est difficile de proposer une classification officielle des établissements de résidence à l'échelle nationale mais distingue toutefois deux grandes catégories :

- les établissements résidentiels accueillent les personnes âgées autonomes qui, pour diverses raisons, décident de ne plus vouloir vivre seules (maisons de repos) ou celles qui, parce que partiellement ou entièrement dépendantes, nécessitent des soins médicaux spéciaux ainsi qu'une assistance médicale structurée (RSA) ;

- l’aide en semi-résidence, à l’instar des centres de jour intégrés, est proposé aux personnes âgées partiellement autonomes qui vivent chez elles mais nécessitent tout de même une assistance dépassant la simple intervention à domicile. L’objectif est d’éviter, ou à tout le moins retarder le placement en institution. Les établissements semi-résidentiels servent également à soulager les familles des personnes âgées.

Le coût des soins est pris en charge par le SSN, ou les ASLs pour ce qui concerne les semi-résidences ; toutefois les usagers supportent les frais d’ordre « social ». Le rapport indique également que certaines municipalités accordent une aide financière municipale : le service de complément de frais de séjour, destiné à couvrir, partiellement ou totalement, les frais de séjour dans des établissements résidentiels communautaires ou socio-sanitaire. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d’informations à ce sujet.

Le précédent rapport indique également que le service chargé de la répression des fraudes : les Carabiniers du Nas (*Nucleo antisofisticazioni)* surveillent et inspectent les établissements pour personnes âgées et handicapées. Les militaires vérifient, dans le cadre de l’inspection, les autorisations et le respect des normes d’hygiène et de santé, les conditions de séjour des patients, la bonne conservation des médicaments et des aliments, ainsi que la régularité des professionnels qui y travaillent. Le précédent rapport indique qu’en 2013, les Nas ont inspecté près de 1 200 établissements répartis sur tout le territoire national et, à cet égard, ont signalé 102 personnes à l’autorité judiciaire et 192 à l’autorité sanitaire. 16 établissements ont été fermés et deux ont été saisis. 174 infractions pénales et 251 violations administratives ont été constatées, des médicaments périmés et des aliments en mauvais état de conservation ont également été saisis. Le Comité note, d’après le rapport de l’Auser sur les maisons de retraite en Italie, que d’importantes irrégularités et/ou infractions ont été enregistrées dans les maisons de retraite ; parmi les plus fréquentes figurent le défaut d’autorisation, des installations inadéquates, un accueil de personnes âgées supérieur aux normes, un manque d’hygiène et de sécurité, des soins infirmiers exercés de manière abusive. Le Comité demande si des mesures ont été prises ou sont envisagées afin de remédier à cette situation. Il demande également si le placement d’office en établissement est possible, sous quelle conditions et de quelle manière les droits à la dignité et à la vie privée sont-ils garantis dans les établissements de séjour.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation en Italie n’est pas conforme à l’article 23 de la Charte au motif que le montant minimum des pensions de vieillesse, tant contributives que non contributives, est manifestement insuffisant.

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Italie.

S'agissant de sa précédente conclusion dans laquelle il estimait qu'un traitement discriminatoire était exercé à l'encontre des Roms et des Sintis migrants pour ce qui concerne leur participation civique (*Centre sur les droits au logement et les expulsions (COHRE) c. Italie*, réclamation n° 58/2009, décision sur le bien-fondé du 25 juin 2010), le Comité se réfère à ses Constats 2015 concernant le suivi des décisions sur le bien-fondé des réclamations collectives, dans lesquels il a considéré que la situation n'avait pas été mise en conformité avec la Charte, ainsi qu'au prochain examen du suivi de cette décision, qui interviendra en 2018.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le Comité prend note des données chiffrées figurant dans le rapport, qui sont dérivées des données de l'ISTAT (l'institut national de la statistique). Le rapport fait état d'une amélioration de la situation sur la période 2012-2014 lorsqu'elle est évaluée à l'aide d'un indicateur composite de pauvreté regroupant la pauvreté relative et absolue, l'incidence de la pauvreté et l'intensité de la pauvreté. Néanmoins, les statistiques font aussi apparaître une augmentation de la pauvreté relative (3,2 %) et absolue (2,1 %) dans la partie nord de l'Italie, contrairement à la tendance observée dans les régions du centre et du sud. On constate par ailleurs une augmentation de l'incidence de la pauvreté entre 2012 et 2014 pour certains groupes cibles, comme les moins de 18 ans (1,5 %) et les familles migrantes (1,1 %).

D'après les données publiées par Eurostat, le taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux) pour la population totale a augmenté, passant de 19,3 % en 2013 à 19,9 % en 2015. Le taux de pauvreté avant transferts sociaux, qui était de 24,5 % en 2012, s'établissait à 25,4 % en 2015. L'indicateur clé de pauvreté de la Stratégie Europe 2020 avait baissé à 28,7 % en 2015 (29,9 % en 2012). Le taux de pauvreté (après transferts sociaux) de la tranche d'âge des 18-24 ans, toujours prononcé par rapport au taux global, atteignait 26,1 % en 2015 (25 % en 2013).

Selon le rapport pour l'Italie établi dans le cadre du Semestre européen 2017 (SWD(2017) 77 final), le risque de pauvreté des enfants augmente plus vite que celui de la population en général ; un tiers des enfants italiens sont aujourd'hui menacés de pauvreté ou d'exclusion sociale. Ce taux est l'un des plus élevés de l'Union européenne. De surcroît, il y a toujours une importante fracture Nord-Sud. Les taux de pauvreté de certaines régions du nord figurent parmi les plus bas d'Europe alors qu'en Sicile par exemple, ce taux est extrêmement élevé (presque 60 %).

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

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport sur les mesures prises pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion. Le rapport indique notamment que le Gouvernement a mis en place un premier programme opérationnel national pour l'inclusion sociale approuvé par la Commission européenne et cofinancé par les fonds structurels européens. Il mentionne en outre l'existence du Fonds national pour les politiques sociales (FNPS), fonds destiné aux régions pour le développement d'un réseau intégré d'interventions et de services sociaux (comme prévu par la loi n° 328/2000).

Le Comité note que la loi de stabilité 2015 prévoyait un budget de 250 millions d'euros dont une partie était consacrée au démarrage de la mise à l'essai d'une mesure universelle de lutte contre la pauvreté absolue, l'Aide à l'inclusion active (SIA), dans les 12 plus grandes villes italiennes. Des ressources s'élevant à 167 millions d'euros ont été allouées à l'expérimentation de ce dispositif dans les régions du sud. Par la suite, une nouvelle enveloppe de 120 millions d'euros a été débloquée pour son extension à l'ensemble du

territoire national. Un arrêté prévoit le déploiement généralisé de la mesure en 2016 (hors période de référence).

La loi de stabilité 2016 prévoyait la création au sein du ministère du Travail et des Politiques sociales d'un fonds appelé « Fonds pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ».

Le décret interministériel n° 206/2014 du ministère du Travail et des Politiques sociales et du ministère de l'Économie et des Finances, entré en vigueur en 2015, prévoit par ailleurs la mise en œuvre du Registre de l'Assistance, une base de données qui permettra de constituer une sorte de « dossier social » du citoyen en recueillant des informations sur les prestations sociales accordées.

Enfin, le rapport indique que le Fonds européen d'aide aux plus démunis (FEAD), créé dans le cadre des politiques de cohésion de l'Union européenne pour la période 2014-2020 pour promouvoir des interventions en faveur des personnes en situation de privation matérielle grave, dispose de près de 790 milliards d'euros et que l'Italie est l'État membre qui s'est vu allouer la plus grosse enveloppe budgétaire.

Le Comité relève que le rapport ne se réfère à ces dispositifs et à diverses autres mesures que de façon succincte et sans donner aucune précision quant à la manière dont ces initiatives s'inscrivent dans le cadre d'une approche globale et coordonnée pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il demande par conséquent que le rapport suivant contienne des informations sur l'existence de mécanismes de coordination de ces mesures, y compris pour la fourniture de l'assistance (concrètement, comment la coordination est-elle assurée vis-à-vis des bénéficiaires de l'assistance et des services). Le Comité demande également que le prochain rapport contienne des données détaillées démontrant que les ressources allouées pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont suffisantes compte tenu de l'étendue problème posé.

Le Comité rappelle avoir estimé dans ses deux précédentes conclusions que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que l'existence d'une approche globale et coordonnée relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale n'était pas établie (Conclusions 2013 et 2015, Italie, article 30). Il constate que les taux de pauvreté en Italie demeurent très élevés et sont même en augmentation si l'on se réfère au taux de pauvreté après transferts sociaux. À cet égard, il est observé que l'effet des transferts est moindre en Italie par rapport à la moyenne européenne (leur incidence en termes de réduction de la pauvreté est évaluée à 21,7 % en Italie, contre 33,2 % pour la moyenne de l'UE).

Cette situation appelle des mesures exceptionnelles. Pourtant, comme indiqué plus haut, les informations communiquées dans le rapport ne démontrent pas l'existence d'une approche globale et coordonnée adaptée face à cette problématique. De plus, même s'il constate une légère hausse des dépenses publiques de protection sociale en pourcentage du PIB durant la période de référence (de 20,5 % du PIB en 2012 à 21,5 % en 2015), le Comité ne parvient pas à déterminer, sur la base des informations dont il dispose, si les ressources budgétaires allouées à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, comme requis par l'article 30 (Conclusions 2003, France, article 30), sont suffisantes au regard de l'ampleur des enjeux.

Le Comité se réfère en outre à ses conclusions de non-conformité au titre d'autres dispositions de la Charte qui sont utiles pour l'appréciation de la conformité au regard de l'article 30 (voir Conclusions 2013, Observation interprétative de l'article 30). Il se réfère en particulier à sa conclusion au titre de l'article 1§1, dans laquelle il a estimé les efforts déployés dans le cadre de la politique de l'emploi n'étaient pas suffisants pour lutter contre le chômage et favoriser la création d'emplois (Conclusions 2016, Italie), à sa conclusion au titre de l'article 13§1 dans laquelle il a estimé que le niveau de l'assistance sociale était insuffisant, et à sa conclusion au titre de l'article 23, dans laquelle il a estimé que le montant minimum des pensions de vieillesse, tant contributives que non contributives, était manifestement insuffisant (Conclusions 2017, Italie).

Compte tenu de tout ce qui précède, le Comité considère que la situation demeure contraire à l'article 30, dans la mesure où aucune approche globale et coordonnée n'est en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Contrôle et évaluation

Le rapport indique que le ministère du Travail et des Politiques sociales a lancé en 2015 une table ronde avec les partenaires économiques et sociaux et les partenaires institutionnels en vue de l'adoption d'un plan national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Le Comité demande une explication du rôle, de la fonction et de l'impact de la table ronde susmentionnée. Ayant noté que la mesure d'aide à l'inclusion active (SIA) faisait l'objet d'une évaluation par le ministère du Travail et des Politiques sociales, il demande également à être informé des conclusions de cette évaluation.

Le Comité rappelle que l'article 30 de la Charte requiert l'existence de mécanismes de contrôle visant à réexaminer, en vue de leur adaptation, les efforts déployés à tous les niveaux (national, régional, local) pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ces mécanismes doivent impliquer tous les acteurs concernés, y compris des représentants de la société civile et des individus touchés par la pauvreté et l'exclusion (Conclusions 2003, France, article 30). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations exhaustives à ce sujet.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'aucune approche globale et coordonnée n'est en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

LETTONIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Lettonie, qui a ratifié la Charte le 26 mars 2013. L'échéance pour remettre le 3ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Lettonie l'a présenté le 4 juillet 2017. Le Comité a reçu, le 13 octobre 2017, des observations de l'Ombudsman exprimant son point de vue sur la mise en œuvre des articles 3, 11, 12, 13, 14 et 30. Les commentaires du gouvernement sur les observations de l'Ombudsman ont été enregistrés le 4 décembre 2017.

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 Lettonie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 12§§3 et 4 et l'article 23.

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

Les Conclusions relatives à la Lettonie concernent 16 situations et sont les suivantes :

– 5 conclusions de conformité : articles 11§2, 11§3, 13§3, 13§4 et 14§2,

– 6 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 11§1, 12§1, 13§1, 14§1 et 30.

En ce qui concerne les 5 autres situations, relatives aux articles 3§1, 3§2, 3§4, 12§2 et 13§2, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Lettonie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 13§1

Parmi les catégories de résidents exemptés du paiement du ticket modérateur par le règlement n° 1529 figurent les personnes démunies reconnues comme telles au regard de la réglementation régissant les procédures de reconnaissance de l'état de besoin des familles et personnes seules.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations au sujet du droit des travailleuses à la protection de la maternité – illégalité du licenciement durant le congé de maternité (article 8§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et adopté une conclusion de conformité relative à cet article.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),

- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

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

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 Lettonie.

C'est la première fois que le Comité examine le cadre national des politiques en matière de santé et de sécurité au travail.

Le rapport indique qu'en Lettonie, le système de santé et de sécurité au travail relève du Ministère de la Protection sociale. La principale fonction de l'Inspection nationale du travail est de mettre en œuvre la mission de surveillance et de contrôle de l'Etat dans le domaine des relations professionnelles et de la protection des travailleurs (article 3, par. 1, de la loi relative à l'Inspection nationale du travail).

Le rapport indique également que les partenaires sociaux, notamment la Confédération lettone des syndicats libres et la Confédération lettone des employeurs, sont associées à l'élaboration des documents de planification stratégique relatifs aux questions de sécurité et santé au travail.

En outre, les organisations patronales et syndicales sont consultées dans le cadre du Conseil national tripartite de coopération et du Sous-comité de coopération tripartite en matière de travail. Ce dernier a été chargé de garantir et faciliter le dialogue social (participation et coopération de l'Etat ainsi que des organisations patronales et syndicales) sur les questions de protection des travailleurs, de réglementation des relations professionnelles et d'égalité des chances dans ces mêmes relations.

Le cadre stratégique de la politique en matière de santé et sécurité au travail comporte la Stratégie 2016-2020 pour l'organisation de la protection des travailleurs et le Plan d'action stratégique 2016-2018. Le rapport précise que la Stratégie est étroitement liée à un certain nombre de prescriptions du cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail (2014-2020). La Stratégie et le Plan d'action ayant été mis en place hors période de référence, le Comité les examinera dans son prochain rapport. Le rapport indique toutefois que la précédente Stratégie nationale (2008-2013) a fait l'objet d'une évaluation *ex post* visant à déterminer dans quelle mesure les objectifs fixés avaient été atteints et à planifier les étapes suivantes pour améliorer la santé et la sécurité au travail dans les entreprises lettones. Le Comité demande que le prochain rapport rende compte des activités menées et des résultats obtenus dans le cadre de la Stratégie nationale et du Plan d'action.

Le rapport indique en outre qu'un Plan de prévention en matière de santé et de sécurité au travail est élaboré chaque année. Ce document est entériné par le Conseil de l'information, au sein duquel siègent des représentants du Ministère de la Protection sociale, de l'Inspection nationale du travail, de la Confédération lettone des syndicats libres, de la Confédération lettone des employeurs et de l'Institut pour la sécurité au travail et la santé environnementale, et qui détermine les activités à mettre en place. Le Comité demande que le prochain rapport communique les résultats obtenus grâce aux plans de prévention en matière de santé et de sécurité au travail.

Le Comité note que, selon la base de données NORMLEX de l'OIT, la Convention n° 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs (1981) est en vigueur, tandis que la Convention n° 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (2006) ne l'est pas.

Le rapport indique que, pour exercer les fonctions de contrôle interne de l'environnement de travail au sein d'une entreprise, il faut posséder des connaissances approfondies en matière de protection des travailleurs, correspondant au second niveau du programme d'enseignement supérieur professionnel (Niveau professionnel « Expert en protection des travailleurs ») accrédité par le Ministère de l'Education et des Sciences. Les compétences des professionnels spécialisés dans la protection des travailleurs sont attestées par un document qui leur permet, à compter de la date de réception, de remplir des fonctions de

contrôle interne de l'environnement de travail au sein des entreprises pendant une durée de cinq ans. A l'expiration de ce délai, ils doivent, pour obtenir un certificat attestant de leurs compétences en matière de protection des travailleurs, s'adresser à l'organisme de certification du personnel qui a été homologué par le Bureau national d'accréditation letton, conformément à la norme LVS EN ISO/IEC 17024 :2005 « Evaluations des compétences – Conditions générales applicables aux organismes de certification du personnel », et a fait l'objet d'une notification au Journal officiel par le Ministère de l'Economie. Les connaissances et compétences pratiques des candidats sont évaluées par la commission de certification compétente. Avant de démarrer leur activité professionnelle, ils doivent souscrire une assurance en responsabilité civile d'un montant suffisant pour couvrir les pertes que pourraient subir, du fait de leur intervention, ceux qui font appel à leurs services, avec un minimum de 14 230 €. La responsabilité civile des experts doit être assurée pendant toute la durée de leur activité.

Le rapport indique que le bureau compétent en matière de protection des travailleurs doit, pour permettre d'apprécier ses ressources techniques, rédiger un rapport d'évaluation des risques liées à l'environnement de travail contenant un aperçu des moyens qu'il entend utiliser pour mesurer les facteurs de risques. Ce rapport est présenté à l'organisme de certification des systèmes de qualité durant le processus de certification.

Lorsqu'il examine les activités du bureau compétent, l'organisme de certification des systèmes de qualité doit se rendre dans au moins l'une des entreprises où il a procédé à un contrôle interne de l'environnement de travail (et pour laquelle il a notamment établi une évaluation des risques), en accordant une attention spéciale au travail réalisé par ce bureau en matière d'évaluation des risques et au plan de prévention qu'il a élaboré. Un bureau compétent doit employer au moins un expert en protection du travail et/ou un médecin du travail.

Après avoir obtenu un certificat de système qualité, le bureau compétent doit soumettre certains documents au ministère de la Protection sociale qui se prononce sur la reconnaissance de ses compétences.

Le Comité rappelle que l'article 3§1 demande aux Etats de fournir des informations sur les caractéristiques essentielles de la politique nationale, mais aussi sur les points ci-après :

- stratégies destinées à renforcer l'intégration de la prévention des risques professionnels à tous les niveaux d'intervention publique ;
- implication de l'Etat dans la recherche et la formation, en vue d'améliorer la santé et la sécurité au travail ;
- évaluation des risques liés au travail et mise en place de mesures de prévention au sein de l'entreprise, en ce compris l'information et la formation des travailleurs.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 Comité demande par conséquent que le prochain rapport contienne des informations plus complètes sur la teneur et la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail. Il demande en outre que le prochain rapport indique si les politiques et les stratégies sont réexaminées périodiquement et, le cas échéant, adaptées en fonction de l'évolution des risques. Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Lettonie.

C'est la première fois que le Comité examine l'étendue des risques couverts spécifiquement par la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail

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

Le rapport indique qu'en Lettonie, le cadre juridique entourant la santé et la sécurité au travail comprend la loi relative à la protection des travailleurs, adoptée le 20 juin 2001, ainsi que plus de 25 règlements adoptés par le Conseil des Ministres en application de cette loi : règlement n° 660 du 2 octobre 2007 relatif aux modalités d'exécution du contrôle interne de l'environnement de travail, règlement n° 359 du 28 avril 2009 sur les obligations en matière de protection des travailleurs sur le lieu de travail, règlement n° 950 du le 25 août 2009 concernant les procédures d'enquête et de déclaration des accidents du travail, règlement n° 219 du 10 mars 2009 portant sur les modalités d'exécution des examens médicaux obligatoires, règlement n° 400 du 3 septembre 2002 relatif aux exigences liées à l'utilisation de signaux de sécurité pour la protection des travailleurs, règlement n° 749 du 10 août 2010 concernant la formation aux questions de protection des travailleurs et règlement n° 99 du 8 février 2005 sur les types d'activités pour lesquelles les entreprises sont tenues de faire appel à un bureau compétent.

D'après le rapport, les textes de loi et règlements relatifs à la santé et la sécurité au travail sont en majorité conformes à l'*acquis* communautaire, toutes les prescriptions des directives européennes en la matière ayant été transposées en droit interne. Ils sont en outre constamment modifiés pour tenir compte des résultats obtenus au fil du temps, grâce notamment aux travaux de recherche, ainsi que pour réduire la charge administrative.

La loi relative à la protection des travailleurs fixe les obligations fondamentales en matière de santé et de sécurité des travailleurs. Elle demande essentiellement aux employeurs de garantir la sécurité et la santé de leurs salariés sur le lieu de travail, d'assurer la sécurité de l'environnement de travail et de déterminer les mesures à prendre dans ce domaine.

Le Comité note que, selon la base de données NORMLEX de l'OIT, la Convention n° 148 sur le milieu de travail (pollution de l'air, bruit et vibrations, 1977) est en vigueur.

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). Il demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Etant donné le caractère général de ces informations, le Comité n'est pas en mesure d'examiner si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation générale de l'article 3§2 de la Charte, qui prévoit une couverture spécifique et alignée sur le niveau des normes internationales de référence de la grande majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, y compris tout amendement adopté pendant la période de référence régissant spécifiquement les risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2. Le Comité demande aussi des explications sur la pertinence des lois, règlements et normes applicables dans le système juridique.

Niveaux de prévention et de protection

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le rapport indique que, conformément à la loi relative à la protection des travailleurs et au règlement n° 660 sur les modalités d'exécution du contrôle interne de l'environnement de travail, l'employeur est tenu de procéder audit contrôle et d'évaluer les risques, y compris chimiques, biologiques, physiques, psychosociaux, etc. L'évaluation des risques doit être effectuée ou revue au moins une fois par an dans toutes les entreprises. Le Conseil des Ministres a de plus adopté, en application de la loi relative à la protection des travailleurs, plusieurs règlements fixant certaines obligations en la matière concernant différents facteurs de risques au travail, domaines et procédures, telles que la déclaration et l'instruction des accidents du travail et maladies professionnelles, l'obligation de faire passer aux travailleurs des examens médicaux, etc.

Le Comité note que, selon la base de données NORMLEX de l'OIT, les Conventions n^{os} 119 sur la protection des machines (1963) et 120 sur l'hygiène (Commerce et bureaux, 1964) sont en vigueur.

Etant donné le caractère général des informations communiquées, le Comité n'est pas en mesure d'examiner si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation issue de l'article 3§2 de la Charte, qui prévoit que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation pour l'implantation, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail doivent être alignés sur le niveau retenu par les normes internationales de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, y compris tout amendement adopté pendant la période de référence, se rapportant spécifiquement à ces questions. Il demande des informations sur l'intention du Gouvernement de ratifier ou d'appliquer les Conventions de l'OIT n^{o} 167 sur la sécurité et la santé dans la construction (1988), n° 176 sur la sécurité et la santé dans les mines (1995) et n° 184 sur la sécurité et la santé dans l'agriculture (2001). Il demande également des informations plus détaillées sur la mise en œuvre de mesures préventives axées sur la nature des risques, l'information et la formation des travailleurs, ainsi que sur un calendrier concernant le respect des échéances.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le rapport ne fournit aucune information sur les niveaux de prévention et de protection en ce qui concerne l'amiante et les rayonnements ionisants.

Le Comité note que, selon la base de données NORMLEX de l'OIT, la Convention n° 115 sur la protection contre les radiations (1960) est en vigueur, tandis que les Conventions n° 139 sur le cancer professionnel (1974) et n° 162 sur l'amiante ne le sont pas.

Etant donné le caractère général de ces informations, le Comité n'est pas en mesure d'examiner si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation issue de l'article 3§2 de la Charte, qui prévoit que le niveau de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation en ce qui concerne l'amiante et les radiations ionisantes doit être au moins équivalent à celui prévu par les normes internationales de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur les valeurs limites d'exposition, l'interdiction de la production et de la mise sur le marché de l'amiante ou de produits en contenant, et l'incorporation des exigences établies par la Commission internationale de protection radiologique (n° 103, 2007). Le Comité demande également si les recommandations de l'OIT n° 172 sur la sécurité dans l'utilisation de l'amiante (1986) et n° 114 (1960) sur la protection contre les radiations sont prises en compte. Il demande si les autorités ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Compte tenu de l'importance que revêt cette question à la lumière du droit à la protection de la santé (article 11), le Comité demande que le prochain rapport rende compte des mesures prises à cette fin.

Le Comité demande également que le prochain rapport donne des informations sur les dispositions spécifiques assurant la protection contre les risques d'exposition au benzène.

Champ d'application personnel des règlements

Le rapport ne fournit aucune information sur la protection des travailleurs sous contrat à durée déterminée, des travailleurs intérimaires et temporaires, des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile et des employés de maison.

Rappelant que tous les travailleurs, tous les lieux de travail et tous les secteurs d'activité doivent être couverts par la règlementation en matière de santé et de sécurité au travail, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la manière dont l'obligation de protéger sans discrimination et de manière efficace les catégories de travailleurs susmentionnées, y compris contre les risques liés à la succession de périodes d'exposition aux substances dangereuses auprès d'employeurs différents et par l'interdiction du recours à des travailleurs non permanents et temporaires pour certains travaux particulièrement dangereux, est mise en œuvre dans la législation et la réglementation. Il demande des précisions sur l'accès des catégories de travailleurs susmentionnées aux informations et à la formation en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi qu'à la surveillance médicale et à la représentation au travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité rappelle que la réglementation doit être élaborée en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs. L'article 3§2 de la Charte exige que des consultations aient lieu non seulement aux fins d'une coopération tripartite entre les pouvoirs publics, le patronat et les travailleurs afin de rechercher les moyens d'améliorer les conditions et le milieu de travail, mais également de coordonner leurs activités et de travailler en coopération lors de la rédaction de textes législatifs et réglementaires à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

Le rapport indique que les partenaires sociaux, comme la Confédération lettone des syndicats libres et la Confédération lettone des employeurs, participent à la rédaction des textes juridiques relatifs à la santé et la sécurité des travailleurs. Ils contribuent à organiser et améliorer la politique en la matière. D'après le rapport, la participation des partenaires sociaux à l'élaboration de la politique permet d'obtenir des résultats et de trouver des solutions qui satisfont tous les groupes concernés, facilitant ainsi la mise en œuvre des textes juridiques dans les faits.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations plus détaillées sur la manière dont les organisations patronales et syndicales sont consultées lors de l'élaboration de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Lettonie.

C'est la première fois que le Comité examine les dispositions prévues pour contrôler l'application de la législation et de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le rapport indique le nombre d'accidents du travail, à savoir 1 510 en 2012, 1 748 en 2013 et 1 735 en 2015, avec un taux d'incidence s'établissant respectivement à 199,1, 221,5 et 220,6 pour 100 000 travailleurs. Le nombre d'accidents mortels s'est établi à 34 en 2012, 31 en 2013, 41 en 2014 et 26 en 2015, avec un taux d'incidence de 4,5, 3,9, 5,2 et 3,3 respectivement pour 100 000 travailleurs. Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations sur les causes les plus fréquentes d'accidents du travail ainsi que sur les activités préventives et répressives menées pour les éviter.

Les données publiées par EUROSTAT confirment la tendance à la hausse concernant le nombre d'accidents du travail (plus de trois jours d'absence, à l'exception des accidents de trajet entre le domicile et le lieu de travail), qui est passé de 1 506 en 2012 à 1 725 en 2014 ; le taux d'incidence standardisé de ces accidents est lui aussi en augmentation (194,53 en 2012 et 222,78 en 2014) par rapport au taux moyen observé dans les 28 pays de l'Union européenne (de 1 717,15 en 2012 à 1 642,09 en 2014). Ces chiffres confirment également la tendance à la hausse du nombre d'accidents mortels (de 35 en 2012 à 41 en 2014) et du taux d'incidence standardisé (5,25 en 2012 et 5,96 en 2014), qui est nettement supérieur au taux moyen observé dans les 28 pays de l'Union européenne (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014).

Selon le rapport, le nombre de cas de première déclaration de maladie professionnelle a augmenté depuis 2014 (647 en 2012, 832 en 2013, 954 en 2014 et 934 en 2015), tout comme le taux d'incidence pour 100 000 travailleurs (102,3 en 2012, 137,8 en 2013, 155,5 en 2014 et 147,25 en 2015). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste des maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

Le Comité constate que, quelle que soit la source des données statistiques, le taux d'incidence des accidents mortels est trop élevé pour considérer que l'exercice du droit consacré à l'article 3§3 soit effectivement assuré. Il note également que le taux d'incidence des accidents du travail est très faible par rapport à la situation observée dans les autres Etats parties à la Charte. Il demande des informations sur les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents mortels. Il demande en outre des informations sur les sanctions applicables aux employeurs qui ne respectent pas leurs obligations de déclaration. Le Comité rappelle que la conformité à la Charte ne peut être atteinte par le seul effet de la législation si l'application de celle-ci n'est pas effective et rigoureusement contrôlée, et que la fréquence des accidents du travail et son évolution sont des éléments déterminants de la conformité de la situation avec l'article 3§3 de la Charte. Par conséquent, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif que les mesures destinées à réduire le nombre d'accidents mortels sont insuffisantes.

Activités de l'Inspection du travail

Le rapport indique qu'aux termes de l'article 3, par. 1, de la loi relative à l'Inspection nationale du travail, ces services sont principalement chargés d'assurer concrètement la mission de surveillance et de contrôle de l'Etat dans le domaine des relations professionnelles et de la protection des travailleurs. Pour ce faire, l'Inspection nationale du travail doit veiller au respect des prescriptions établies par les règlements relatifs aux relations professionnelles et à la protection des travailleurs (art. 3, par. 2, al. 1, de la loi relative à l'Inspection nationale du travail). La procédure à suivre en la matière est encadrée par la loi relative à l'Inspection nationale du travail, la loi relative à la protection des travailleurs, les règlements ministériels et le code des infractions administratives.

Le Comité relève dans le rapport que les agents des services de l'Inspection du travail peuvent adresser des avertissements et injonctions aux employeurs afin de faire respecter les prescriptions des règlements en matière de relations professionnelles et de protection des travailleurs, et imposer des sanctions administratives aux employeurs ou à d'autres individus pour des infractions administratives, conformément aux procédures prévues (art. 5, par. 2, alinéas 6 et 9 de la loi relative à l'Inspection nationale du travail). Le Comité prend note des amendes qui peuvent être prononcées en cas d'infraction aux règles relatives à la sécurité et à la santé au travail (art. 41, par. 1, du code des infractions administratives) ; ces infractions concernent la non-réalisation des évaluations des risques liés à l'environnement de travail, l'inexécution des examens médicaux obligatoires pour les salariés, l'absence de signaux de sécurité, le manque de moyens individuels de protection et l'omission d'informations aux travailleurs.

Selon le rapport, l'Inspection nationale du travail propose aussi aux employeurs et salariés des consultations gratuites sur les prescriptions des règlements en matière de relations professionnelles et de protection des travailleurs, examine les plaintes et répond aux questions posées de vive voix ou par téléphone. Il fait aussi état des rapports annuels préparés par l'Inspection nationale du travail, qui décrivent de façon globale les résultats auxquels ont abouti les contrôles effectués par les inspecteurs, et fournissent notamment des statistiques sur le nombre d'accidents du travail et de premières déclarations de maladies professionnelles.

Le Comité relève dans le rapport annuel de l'Inspection du travail que ses effectifs ont augmenté pendant la période de référence : ils sont passés de 160 employés en 2012, dont 112 inspecteurs, à 184 (180 à temps plein) en 2015, dont 130 inspecteurs. Le Comité demande des informations sur le nombre d'agents des services de l'Inspection du travail qui s'occupent des questions de santé et sécurité au travail.

Le rapport indique que les entreprises soumises au contrôle de l'Inspection du travail étaient au nombre de 115 771 en 2013 et de 119 022 en 2015. Les travailleurs concernés étaient quant à eux 790 400 en 2013, 782 400 en 2014 et 783 000 en 2015. Le rapport précise toutefois que les visites d'inspection ne sont pas réparties de manière égale entre celles portant sur la santé et la sécurité et celles touchant à la règlementation. Les services de l'Inspection du travail se sont rendus dans 8 082 entreprises en 2013, 7 704 en 2014 et 7 914 en 2015 et ont procédé à 10 817 contrôles en 2013, 10 317 en 2014 et 10 514 en 2015.

S'agissant des infractions constatées et des sanctions infligées, le rapport indique qu'en 2015, les inspecteurs du travail ont notifié 3 105 injonctions aux employeurs (contre 3 258 en 2014 et 3 562 en 2013) pour infraction aux règles relatives aux relations professionnelles ou à la santé et la sécurité au travail. Ces injonctions ont constaté 16 998 infractions (16 252 en 2014 et 13 658 en 2013), dont 11 602 concernant la santé et la sécurité au travail (10 815 en 2014 et 10 252 en 2013). Les agents de l'Inspection du travail ont en outre notifié 273 avertissements en 2015, contre 419 en 2013 et infligé 1 806 amendes pour un montant global de 988 260 € en 2015 (1 638 amendes en 2014), dont 196 pour des infractions aux prescriptions en matière de santé et de sécurité au travail d'un montant total de 69 725 € (129 infractions, d'un montant total de 83 104 €, avaient été sanctionnées en 2014) et 653

pour inexécution, dans les délais requis, des injonctions des agents de l'Inspection du travail, pour un montant total de 206 014 €. Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations plus détaillées sur les mesures prises par les inspecteurs du travail (décisions ordonnant des mesures correctives, amendes pour infractions mineures, graves ou très graves, suspension d'activité, transmission du dossier aux services du procureur pour poursuites pénales).

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les Etats parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Il demande que le prochain rapport indique ce qui est fait en ce sens en Lettonie. Il demande également des informations précises sur l'instance principalement chargée de la surveillance de la santé et de la sécurité au travail, sur l'organisation des services concernés et sur les secteurs économiques couverts par ces activités de contrôle. Le cas échéant, il demande des explications sur les services de l'Inspection du travail chargés de la fonction publique, de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche. Le Comité demande aussi des informations sur la proportion de travailleurs couverts par les visites de contrôle effectivement réalisées au cours de la période de référence, et le nombre de visites réalisées dans la fonction publique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures destinées à réduire le nombre d'accidents mortels au 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 Lettonie.

C'est la première fois que le Comité examine le cadre général des services de santé au travail de la Lettonie.

Le Comité note qu'aux termes de l'article 3§4, les Etats doivent promouvoir, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, l'institution progressive des services de santé au travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement préventives et de conseil. Les services peuvent être communs à plusieurs entreprises. Ils doivent être efficaces et pouvoir déceler, mesurer et prévenir le stress, les agressions et la violence au travail (voir l'Observation interprétative de l'article 3§4, Conclusions 2013, ainsi que les Conclusions 2003 relatives à la Bulgarie). Il note ensuite que si des services de médecine du travail ne sont pas institués pour toutes les entreprises, il appartient aux pouvoirs publics de mettre en place une stratégie à cette fin, en consultation avec les organisations syndicales et patronales. Ainsi, les Etats « doivent s'efforcer d'atteindre les objectifs de la Charte à une échéance raisonnable, au prix de progrès mesurables, en utilisant au mieux les ressources disponibles » (Conclusions 2003, Bulgarie, Conclusions 2009, Albanie).

La loi relative à la protection des travailleurs dispose que les entreprises qui ont la possibilité, et parfois l'obligation, de se doter d'un système de protection des travailleurs doivent faire appel à des experts et bureaux compétents dans ce domaine. L'annexe 1 au règlement n° 99 adopté en Conseil des Ministres le 8 février 2005 portant sur les types d'activités pour lesquelles les entreprises sont tenues de faire appel à un bureau compétent dresse la liste des secteurs concernés.

Le règlement n° 723 adopté en Conseil des Ministres le 8 septembre 2008, qui concerne les exigences imposées aux bureaux et experts compétents en matière de protection des travailleurs et les procédures d'évaluation des compétences, fixe les conditions minimales exigées des experts et services externes de santé et sécurité au travail. Ils sont tenus de coopérer avec le spécialiste chargé de la protection des travailleurs ou avec le salarié ou la personne de confiance choisi par l'employeur, ainsi qu'avec le personnel de l'entreprise. Pour pouvoir exercer leurs activités, les services externes de santé et de sécurité au travail doivent satisfaire à certaines conditions minimales et leur agrément doit être publié au journal officiel. Il existe dans le pays 70 bureaux compétents autorisés à fournir aux entreprises des services de protection des travailleurs.

Le rapport précise que, dans les entreprises qui exercent l'une des activités pour lesquelles le recours à un bureau compétent est obligatoire, le contrôle interne de l'environnement de travail (y compris l'évaluation des risques y afférents) doit être effectué par deux employés dudit bureau (un expert en protection des travailleurs et un médecin du travail) qui, par leur signature, confirment l'évaluation des risques liés à l'environnement de travail et le plan prévoyant des mesures de protection des travailleurs. Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations détaillées sur les services que doivent fournir au minimum les organismes externes de santé et sécurité au travail.

Selon le rapport, les entreprises doivent considérer les bureaux et experts compétents et les services qu'ils fournissent comme un moyen d'améliorer leur environnement de travail et non comme une charge supplémentaire. Les entreprises qui possèdent déjà leurs propres experts, capables de traiter efficacement les questions de protection des travailleurs et de mettre en place un système performant dans ce domaine, n'ont pas besoin de recourir aux services de bureaux compétents.

Le rapport indique que le Code des infractions administratives régit la procédure de sanction de ces infractions. Une amende peut être infligée à l'employeur ou à tout prestataire de services de l'emploi en cas de non-respect d'un règlement relatif à la protection des travailleurs, de manquement à l'obligation d'établir une évaluation des risques liés à

l'environnement de travail ou de soumettre les salariés à des examens médicaux, de défaut de mise en place d'un plan de protection des travailleurs ou de non-conformité de ce plan aux règlements en la matière.

Compte tenu du caractère général de ces informations, le Comité n'est pas en mesure d'examiner la conformité du cadre des services de santé au travail en Lettonie au regard de l'article 3§4 de la Charte. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le cadre entourant les services de santé au travail (législation, organisation, programmes, stratégies, plans d'action), et le nombre et pourcentage de travailleurs pris en charge par des services de médecine du travail.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Lettonie. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires de l'Ombudsman de la Lettonie, enregistrés le 13 octobre 2017, ainsi que de l'addendum au rapport trasmis par la Lettonie en réponse à ces commentaires le 1er décembre 2017.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité relève que, d'après l'OCDE (*Profil statistique par pays : Lettonie*), l'espérance de vie moyenne à la naissance (pour les deux sexes) était de 74,6 ans en 2015 (selon Eurostat, la moyenne pour l'UE des 27 était de 80,6 ans la même année). Par rapport aux autres pays européens, l'espérance de vie reste faible en Lettonie – près de six ans de moins que la moyenne dans l'Union européenne.

Avec 14 décès pour 1 000 habitants en 2015, le taux de mortalité est élevé par rapport aux autres pays européens.

La mortalité infantile a varié de manière très marginale au cours de la période considérée, puisqu'elle est passée de 6,3 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012 à 4,1 en 2015. Le Comité prend note de cette tendance à la baisse de la mortalité infantile, qui reste néanmoins supérieure au taux enregistré dans d'autres pays européens (la moyenne de l'UE des 28 était de 3,6 pour 1 000 en 2015).

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, le Comité note qu'il était de 18 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Il reste supérieur au taux enregistré dans d'autres pays de l'UE. Par conséquent, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises pour réduire le taux de mortalité maternelle.

Le rapport indique que le principal document de planification en matière de santé publique en Lettonie est la « Stratégie de santé publique 2014-2020 », dont les priorités visent à remédier aux principales causes de maladies mortelles qui sont des maladies non transmissibles (notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires et les troubles mentaux). Plusieurs mesures concrètes ont été adoptées pendant la période de référence, comme indiqué ci-dessous :

- le « Plan d'action 2013-2015 pour l'amélioration de la santé cardiovasculaire » a été approuvé en 2013 en Conseil des ministres. Il prévoit des activités pour promouvoir la santé, améliorer le traitement des maladies cardiovasculaires et établir un diagnostic précoce des malformations cardiaques congénitales ;
- le « Plan 2012-2014 pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile » a été développé et des modifications ont été apportées au règlement n° 611 du 25 juillet 2006 du Conseil des ministres "relatif aux soins postnatals", qui prévoit des examens supplémentaires pour les femmes enceintes afin de diagnostiquer à un stade précoce le risque de pathologie, notamment une pathologie héréditaire du fœtus ;
- le « Plan d'action du document-cadre d'orientation "Améliorer la santé mentale de la population pour les années 2013 et 2014" » a été développé afin de définir des mesures et actions spécifiques visant à remplir les fonctions et atteindre les objectifs des lignes directrices « Améliorer la santé mentale de la population pour 2009-2014 ».

Malgré les mesures adoptées, le Comité note que les indicateurs de santé restent insuffisants, en particulier l'espérance de vie qui est parmi les plus faibles dans l'UE. Il demande des informations sur les taux de mortalité infantile et maternelle ainsi que les tendances de ces indicateurs.

Accès aux soins de santé

Le Comité relève dans les observations fournies par le Bureau du médiateur que le financement alloué par le gouvernement letton à la santé exprimé en pourcentage du PIB figure parmi les plus faibles en Europe et varie entre 3,38 % du PIB en 2012 et 3,16 % du PIB en 2015 (ou, en moyenne, 9,8 % du budget de l'État (en 2013)). Le Bureau du médiateur souligne que les paiements directs des patients sont parmi les plus élevés en Europe. Les délais d'attente sont importants et les financements limités (« quotas ») pour bénéficier de soins programmés pris en charge par l'État (examen, opération chirurgicale, etc.). La plupart des patients n'ont le plus souvent pas d'autre choix que de payer pour se soigner car ils ne peuvent bénéficier des soins programmés pris en charge par l'État – que ce soit parce que les quotas garantis par l'État sont épuisés ou que les délais d'attente sont excessifs (par exemple, la durée d'attente pour consulter un endocrinologue et un cardiologue peut atteindre 122 jours, pour un ergothérapeute 850 jours et pour les services chirurgicaux en ophtalmologie 1677 jours).

Le Comité relève dans le rapport 2016 de la Commission européenne sur la Lettonie que l'accès aux soins de santé est entravé par la faiblesse du financement public et le montant élevé du reste à charge pour les patients, ce qui fait que les besoins de santé d'une forte proportion de la population ne sont pas satisfaits. Les dépenses de santé totales sont bien inférieures à la moyenne de l'UE et une grande partie est couverte par les paiements privés. Les dépenses publiques sont contrôlées par des quotas qui allongent les délais d'attente et font que les groupes de population comme les enfants et les personnes démunies ont davantage de difficultés à bénéficier de soins gratuits garantis. Cela entraîne des retards de traitement et des restes à charge élevés, qui s'expliquent notamment par la nécessité de payer pour éviter les longs délais d'attente. Le manque de personnel est visible dans le secteur des soins de santé. Le nombre d'infirmiers et de médecins est insuffisant dans les hôpitaux nationaux et locaux. En outre, il est impossible de dispenser des soins de qualité pour ce qui est des soins primaires, des soins d'urgence (en particulier dans les services d'urgence), de l'aide à l'accouchement, etc.

Le Comité note également, dans le rapport de l'OCDE sur la santé en 2017, que les paiements directs pour la santé sont parmi les plus élevés de la zone OCDE. En Lettonie, la portée des services publics est relativement limitée. Les patients doivent payer une partie substantielle des coûts dans tous les services de santé. La contribution des dépenses directes aux dépenses totales de santé en Lettonie est la deuxième plus élevée parmi les pays de l'OCDE, avec 39 % en 2014. En conséquence, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises pour réduire les dépenses directes de l'ensemble des dépenses de santé.

Compte tenu des informations ci-dessus, le Comité constate que des mesures insuffisantes ont été prises pour garantir effectivement le droit d'accès aux soins de santé, notamment en termes de sous-financement du système de santé.

Le Comité rappelle que les modes d'accès aux soins ne doivent pas entraîner des retards indus dans la fourniture des soins. Il souligne qu'il sera particulièrement attentif à ce que l'accès aux traitements soit fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en termes de qualité de vie (Conclusions XV-2 (2001), Royaume-Uni). Dans sa conclusion précédente (Conclusions XIX-2), le Comité a demandé des informations sur les critères de liste d'attente et les méthodes de gestion. Le rapport ne répond pas à cette demande. Le Comité réitère donc sa question concernant les critères d'attente et les méthodes de gestion et demande, en outre, si et dans quelle mesure les temps d'attente diminuent.

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

Le Comité demande également des informations sur les services de soins dentaires et les traitements (par exemple, qui a droit à des soins dentaires gratuits, les coûts des traitements principaux et la part des dépenses de santé restant à la charge des patients).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que des mesures insuffisantes ont été prises pour garantir effectivement le droit d'accès aux soins de santé.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

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

Education et sensibilisation de la population

Le rapport indique que plusieurs campagnes de sensibilisation du public axées sur la prévention de l'usage de substances addictives ont eu lieu pendant la période de référence, dont la campagne « Libre » de 2014 qui visait à réduire le tabagisme chez les enfants et adolescents (élèves de la 5e à la 9e année d'études). Une autre campagne axée sur la réduction de l'exposition des enfants au tabagisme passif a été lancée la même année. Cette campagne exhortait les parents et la société dans son ensemble à protéger les enfants du tabagisme passif et de tout contact avec la fumée de cigarette.

En 2015, une campagne a été menée pour aborder les problèmes liés à la consommation d'alcool chez les enfants et adolescents. Intitulée « Soyons clairs ! », elle avait pour but de changer l'attitude de la société vis-à-vis de la consommation d'alcool par des mineurs et de rendre ce type de comportement socialement inacceptable.

D'autres activités éducatives visant la prévention de l'usage de substances addictives ont été réalisées. La prévention de la dépendance a notamment été au cœur d'actions menées auprès des élèves de la 10e à la 12e année d'études dans les établissements d'enseignement général et des élèves de 1ère et 2e années dans les établissements de formation professionnelle. L'objectif était de sensibiliser à la dépendance à diverses substances (tabac, nicotine, alcool, drogues) et à leurs effets nocifs sur la santé. À noter aussi le projet « Soyez intelligents : ne devenez pas accroc », mené en 2014. Cette initiative, ciblée sur les collégiens (élèves des 6e et 7e années d'études), était axée sur la prévention de la consommation de substances induisant une dépendance (types de dépendance, effets néfastes des nouvelles drogues de synthèse sur le corps et l'esprit, causes de l'usage de substances psychoactives, etc.).

En 2015, des activités éducatives ont abordé la question du tabagisme afin de réduire l'usage du tabac chez les enfants et adolescents (élèves de la 5e à la 9e année d'études). Une après-midi « Libre » a été consacrée à l'échange d'idées sur cette problématique (avec la participation d'un médecin de famille et d'un psychologue spécialiste des addictions). À noter également la présentation de l'application mobile « 80 jours sans », qui aide à arrêter de fumer et à avoir un mode de vie sain.

La campagne « J'aime mon cœur », lancée en 2013 et poursuivie en 2014 et 2015 (trois phases), visait à sensibiliser le public aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires évitables par une nutrition appropriée.

Le programme national de lutte contre le VIH/sida révisé pour la période 2009-2013 comporte des mesures de prévention, comme la sensibilisation du public aux modes de transmission du virus et aux techniques de prévention, et des mesures permettant un meilleur accès au test du VIH. Une campagne a été organisée en 2015 afin de favoriser un changement des mentalités vis-à-vis de l'infection par le VIH (considérée comme une maladie « honteuse »), d'expliquer ce qu'il faut savoir en matière de prévention, et d'insister sur l'importance d'effectuer un test de dépistage rapide du VIH pour une détection précoce.

Le rapport indique que l'éducation à la santé à l'école ne constitue pas une matière distincte mais est intégrée dans plusieurs cours (biologie, études sociales, sciences naturelles, vie scolaire, éducation physique et sportive, etc.). Le ministère de l'Éducation et des Sciences a fait le nécessaire, en concertation avec le ministère de la Santé, pour assurer que les enfants acquièrent les connaissances voulues sur les questions liées à la santé. Un réseau d'Écoles en Santé regroupant les écoles engagées dans une démarche de promotion de la santé en milieu scolaire a par ailleurs été créé. Les écoles membres du réseau peuvent partager leurs expériences et découvrir ainsi de nouvelles idées pour promouvoir la santé à

l'école, bénéficier d'un soutien pour leurs activités de promotion de la santé et encourager élèves et enseignants à rester en forme en intégrant ces activités dans leurs programmes et la vie de tous les jours. Une infographie dédiée au réseau a été mise en place en 2015. L'application des lignes directrices 2014-2020 sur la politique sportive est une contribution indirecte au maintien d'un mode de vie sain et du bien-être de la société. Certaines mesures sont déployées chaque année afin de subventionner des activités sportives.

Le Comité rappelle que l'éducation sexuelle et génésique est un processus visant à développer la capacité des enfants et adolescents à comprendre leur sexualité dans sa dimension biologique, psychologique, socioculturelle et reproductrice, de façon à leur permettre de prendre des décisions responsables pour ce qui concerne leurs comportements en matière de sexualité et de procréation. Il reconnait que les normes culturelles et la religion, les structures sociales, le milieu scolaire et les facteurs économiques varient à travers l'Europe et affectent le contenu de l'éducation sexuelle et génésique ainsi que la façon dont elle est dispensée. Toutefois, partant du principe largement accepté que l'éducation délivrée en milieu scolaire peut s'avérer efficace pour limiter les comportements sexuels à risque, il considère que les États doivent assurer que : l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires ; les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif ; la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante ; il faut en particulier s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique ; une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (*Centre international pour la protection juridique des droits de l'homme (INTERIGHTS) c. Croatie*, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphes 46-47). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le contenu de l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive dans les écoles.

Le Comité relève néanmoins dans le rapport 2015 pour la Lettonie établi par les services de la Commission européenne que la prévention des maladies et la promotion de la santé sont insuffisantes. Il demande que le rapport suivant fournisse des informations complémentaires en réponse à ces observations.

Consultation et dépistage des maladies

Les maladies de l'appareil circulatoire étant la principale cause de décès en Lettonie, diverses mesures ont été mises en œuvre afin d'améliorer la santé cardiaque. Pour attirer l'attention du public et sensibiliser la société à cette problématique, le ministère de la Santé a déclaré 2013 année de la santé cardiaque. La campagne « J'aime mon cœur » », lancée en 2013 et poursuivie en 2014 et 2015 (trois phases), était axée sur la sensibilisation et l'éducation aux facteurs de risque, et visait à montrer que les maladies cardiovasculaires peuvent être évitées par une modification des habitudes alimentaires (limiter le sel, le sucre et les apports en acides gras trans), une réduction de la consommation de tabac, une plus grande activité physique et un diagnostic précoce. Il existe aussi un programme national de lutte contre le cancer pour la période 2009-2015, qui comporte des activités d'éducation, de formation et de sensibilisation aux risques du tabac. Le cancer étant la deuxième cause de décès en Lettonie, des dépistages sont organisés en plus grand nombre afin de réduire le taux de mortalité, notamment pour les cancers des ovaires, du sein, de la prostate et du côlon. La centralisation des dépistages est en place depuis le 1er janvier 2009 pour en augmenter l'efficacité et le nombre.

Conformément au règlement n°. 1529 du 17 décembre 2013 adopté en Conseil des Ministres sur les modalités d'organisation et de financement des soins de santé, un

dépistage organisé est en place depuis 2009 en Lettonie pour le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal :

1) cancer du col de l'utérus : dépistage par frottis tous les trois ans pour les femmes de 25 à 70 ans ;

2) cancer du sein : dépistage par mammographie tous les deux ans pour les femmes de 50 à 69 ans ;

3) cancer colorectal : réalisation d'un test de recherche de sang occulte dans les selles une fois par an pour les hommes et les femmes de 50 à 74 ans.

Le rapport indique que le taux de couverture de la population cible pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus est supérieur à 95 %. Cependant la réponse (le taux de participation au dépistage) n'est pas satisfaisante : elle est sensiblement inférieure aux indicateurs minimaux internationalement acceptés (le taux de couverture du groupe cible devrait atteindre au moins 75 %).

Le Service national de santé qui invite les patients à participer au dépistage collecte régulièrement les données et procède à leur évaluation. En 2015, la participation au dépistage organisé s'élevait à 25 % pour le cancer du col de l'utérus, 35 % pour le cancer du sein et 11 % pour le cancer de l'intestin.

S'agissant de la mise en place de consultations et dépistages réguliers pour les femmes enceintes et les enfants sur tout le territoire, un plan d'amélioration de la santé maternelle et infantile a été élaboré pour la période 2012-2014 et des modifications ont été adoptées dans le règlement n° 611 du 25 juillet 2006 du Cabinet des Ministres relatif à l'offre de soins postpartum, qui prévoit des tests supplémentaires pour les femmes enceintes afin de diagnostiquer à un stade précoce le risque de pathologies, dont les maladies héréditaires du fœtus.

Des bilans médicaux gratuits doivent être effectués tout au long de la scolarité. Le rapport explique l'absence de données statistiques par le fait qu'il n'existe aucune compilation des données, celles-ci étant collectées localement et disponibles uniquement à l'échelon local. Le Comité constate que le rapport ne répond pas aux demandes répétées d'informations formulées dans ses conclusions précédentes (voir les Conclusions XIX-2) concernant les consultations et dépistages gratuits et réguliers – notamment pour les femmes enceintes et les enfants – et les services de médecine scolaire. Il renouvelle par conséquent sa demande.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie 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 Lettonie.

Environnement sain

Le rapport indique que la politique environnementale adoptée en 2014 pour la période allant jusqu'en 2020 porte sur différentes problématiques liées à l'environnement, notamment la pollution de l'air, la pollution de l'eau, la pollution sonore et la pollution des sols.

S'agissant de la qualité de l'air, les résultats des contrôles effectués montrent que des problèmes ont été observés localement à Riga. Un nouveau Plan d'action visant à améliorer la qualité de l'air à Riga sur la période 2016 – 2020 a été défini afin d'y remédier. D'une manière générale, les autres régions du pays ne sont pas touchées par la pollution atmosphérique.

S'agissant de la qualité de l'eau, il ressort des contrôles réalisés que 79 à 83 % de la population lettone (79 % en 2012, 81 % en 2013, 83 % en 2014 et 81 % en 2015) a consommé une eau potable satisfaisant aux normes imposées par la législation et aux critères qualitatifs. En 2015, le règlement n° 235 adopté en Conseil des Ministres a été modifié de façon à intégrer l'obligation de procéder à des contrôles sur la présence de substances radioactives dans les eaux destinées à la consommation humaine, conformément à la directive 2013/51/EURATOM2. Le Comité prend note des informations portant sur la qualité des eaux de baignade. S'agissant des radiations ionisantes, une loi-cadre – la loi relative à la sécurité radiologique et à la sécurité nucléaire – a été adoptée par le Parlement letton en 2000 et a fait l'objet de plusieurs modifications ultérieures jusqu'en 2014. Le règlement n° 752 adopté en Conseil des Ministres le 22 décembre 2015 relatif aux procédures d'autorisation et d'enregistrement des activités entraînant une exposition aux radiations ionisantes définit les activités qui ne requièrent pas d'autorisation ou d'enregistrement dans la mesure où le comportement humain ne peut influencer la dose potentielle d'exposition aux radiations ionisantes ou leur action et où l'exposition est négligeable en termes de danger pour la sécurité.

Le Comité souhaite recevoir des informations à jour sur les niveaux de pollution de l'air, de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire au cours de la période de référence, à savoir si les tendances de ces niveaux ont augmenté ou diminué. Il demande également des informations sur la pollution sonore, la gestion des déchets, les risques liés à l'amiante.

Tabac, alcool et substances psychotropes

En ce qui concerne le tabac, dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé si le tabagisme est interdit dans tous les lieux publics ainsi qu'à être tenu informé de toutes les tendances en matière de tabagisme. En réponse, le rapport indique que le 20 mai 2016 (en dehors de la période de référence), la nouvelle loi sur la manipulation des produits du tabac, des produits à fumer à base de plantes, des dispositifs électroniques pour fumer et de leurs liquides est entrée en vigueur. La loi interdit de fumer sur les lieux de travail et dans les lieux d'usage commun, à l'exception des locaux spécialement conçus pour fumer. Le rapport indique en outre que, selon une enquête sur le comportement de la santé parmi la population adulte lettone, réalisée en 2014, 51,8 % de la population masculine et 21 % des femmes âgées de 15 à 64 ans fumaient quotidiennement ; 5,6 % des hommes et 1,4 % des femmes ont été exposés au tabac sur le lieu de travail plus de 5 heurs par jours.

S'agissant de l'alcool, en 2012, un vaste Plan d'action visant à faire baisser la consommation d'alcool et à lutter contre l'alcoolisme (prévoyant également des mesures de prévention et une meilleure prise en charge médicale) a été adopté pour la période 2012 – 2014. Les droits d'accises frappant différentes boissons alcoolisées ont été majorés en 2013

(avec effet en 2014) et en 2015. Des modifications ont été apportées à la loi encadrant les boissons alcoolisées : 1) interdiction d'affichage publicitaire vantant des boissons alcoolisées ; 2) obligation faite aux personnes âgées de 18 à 25 ans de présenter une pièce d'identité pour l'achat de tout type de boissons alcoolisées dans un commerce de détail, que le commerçant leur en fasse ou non la demande ; 3) interdiction de vendre des boissons alcoolisées en cas de doute sur l'âge de la personne ou de refus de cette dernière de présenter une pièce d'identité ; 4) interdiction de vendre au détail des boissons alcoolisées sur la base de contrats à distance. La vente au détail de boissons alcoolisées est interdite dans les bâtiments de l'Etat et des collectivités locales, hormis dans les structures et installations culturelles et sportives de proximité.

S'agissant des substances psychotropes, un document d'information de 2014 "sur les stupéfiants et les substances psychotropes, complété par les directives 2011 – 2017 visant à limiter et réprimer leur consommation pour mise en œuvre sur la période 2011 – 2013" a été réalisé. Ce document fait le point sur les principales tendances et évolutions concernant la consommation de drogues (jusqu'en 2014). Il constate ainsi que le nombre de consommateurs récents sur l'ensemble de la population a quelque peu diminué, que l'utilisation et le commerce de nouvelles substances psychoactives constituent un problème grandissant, et que la marijuana est de plus en plus acceptée par le grand public. Il faut savoir que, s'agissant des nouvelles substances psychoactives, la situation s'améliore – la consommation et la vente de ces produits sont en recul depuis 2014, baisse que les travaux de recherche attribuent aux modifications introduites dans l'arsenal législatif (système d'interdiction temporaire et mise en place de sanctions pénales). Pour la marijuana en revanche, la situation suit l'évolution mondiale.

Le Comité demande à être tenu informé de toutes les tendances en matière de consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport renvoie au Plan de vaccination 2012 – 2014, qui fait suite au précédent Programme national de vaccination et dont l'objectif est de réduire les cas de maladies infectieuses évitables par vaccination. En 2015, le règlement n° 330 du Conseil des Ministres relatif à la vaccination a été modifié afin de clarifier le calendrier de vaccination pour y inclure le papillomavirus. Le rapport fait état de l'adoption d'une stratégie qui envisage un calendrier de vaccination infantile couvrant quatorze maladies infectieuses. Les taux de couverture vaccinale dépassaient 90 % au cours de la période de référence (2015), sauf pour la varicelle (85,6 %) et le papillomavirus (49,4 %).

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur le taux de couverture vaccinale.

Accidents

Le Comité relève dans le rapport que 2014 a été une année catastrophique pour la Lettonie en ce qui concerne la sécurité routière. Les accidents de la route ont fait 212 victimes – le pire résultat que l'UE ait enregistré cette même année. La situation ne s'est pas améliorée en 2015 (187 personnes tuées sur les routes).

Les objectifs de la politique en matière de sécurité routière ont été fixés dans les Lignes directrices pour le développement des transports sur la période 2014 – 2020 et dans le Plan de sécurité routière 2014 – 2016. Les pouvoirs publics ambitionnent de réduire de moitié au moins le nombre de morts et de blessés graves à l'horizon 2020. Le code de la route a été entièrement revu en 2015 afin d'améliorer la sécurité routière, en particulier celle des usagers vulnérables, notamment les cyclistes. Le Comité demande que le prochain rapport rende compte de l'impact des mesures prises en matière de sécurité routière.

Le Comité note que les États doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principaux types d'accidents couverts sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents pendant les loisirs (Conclusions 2005, République de Moldova). Le Comité demande à être informé des autres types d'accidents, y compris les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents pendant les loisirs.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lettonie 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 Lettonie. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires de l'Ombudsman de la Lettonie, enregistrés le 13 octobre 2017, ainsi que de l'addendum au rapport trasmis par la Lettonie en réponse à ces commentaires le 1er décembre 2017.

S'agissant des **prestations familiales** et des prestations de **maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le rapport renvoie à l'article 109 de la Constitution, qui garantit à chacun le droit à la sécurité sociale s'il est âgé, incapable de travailler, sans emploi et dans d'autres cas prévus par la loi. Le cadre général du système letton de sécurité sociale est établi par la loi du 1er janvier 1998 relative à l'assurance sociale nationale, qui définit le champ d'application personnel des régimes obligatoires (salariés et travailleurs indépendants) ainsi que les conditions et taux de cotisation, qui peuvent varier selon que l'intéressé exerce une activité salariée ou non, et compte tenu également de la situation de l'assuré au regard de l'emploi, de son âge et d'un éventuel handicap (les salariés ayant dépassé l'âge ouvrant droit à une pension de vieillesse ne peuvent ainsi prétendre à une assurance chômage – invalidité, et les personnes handicapées n'ont pas droit à des prestations de chômage). Le Comité prend note des informations détaillées présentées dans le rapport sur ce point. Il relève également que les conditions imposées aux citoyens lettons et aux ressortissants étrangers pour ce qui concerne les cotisations aux régimes obligatoires de l'assurance sociale nationale et les types d'assurance applicables sont identiques.

Le Comité note que le système letton de sécurité sociale couvre un nombre de branches suffisant (soins de santé, maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, invalidité, survivants, chômage et prestations familiales). Le système repose sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs, Etat) et par le budget de l'Etat. Il couvre aussi bien les salariés que les travailleurs indépendants, sauf en ce qui concerne le chômage et les accidents du travail / maladies professionnelles (risques non couverts pour les travailleurs indépendants).

Selon les statistiques officielles, la Lettonie comptait 1 969 000 habitants fin 2015, dont 998 100 actifs âgés de 15 à 74 ans (967 300 si l'on restreint la tranche d'âge aux 15-64 ans). Tous les résidents ont droit à une couverture médicale dans le cadre du régime universel d'assurance soins de santé.

Le cadre législatif régissant le système général des prestations en espèces servies en cas de maladie se compose de la loi sur le système public d'assurance sociale, de la loi sur l'assurance maternité et maladie et de certains règlements détaillés dans le rapport. Ce régime est obligatoire pour tous les salariés et les travailleurs indépendants affiliés à l'assurance sociale, ainsi que pour les conjoints des travailleurs indépendants qui ont souhaité être couverts par l'assurance sociale ; les bénéficiaires dudit régime perçoivent des prestations liées aux gains. L'assurance maladie couvre également les absences professionnelles justifiées par la nécessité de s'occuper d'un enfant malade âgé de moins de 14 ans. Selon le rapport, la Caisse d'assurance maladie a octroyé 254 670 indemnités en 2015.

Les prestations de chômage sont régies par la loi du 1er octobre 1997 sur le système public d'assurance sociale, par la loi du 25 novembre 1999 sur l'assurance chômage et, s'agissant du cadre juridique en matière d'emploi, d'orientation et de formation professionnelle, par la loi relative à l'accompagnement des chômeurs et des personnes en recherche d'emploi. Le rapport fait état d'une hausse du nombre de chômeurs indemnisés, qui est passé de 80 219 en 2012 à 95 310 en 2015.

Les principaux textes de loi organisant le régime d'indemnisation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle sont la loi du 1er octobre 1997 sur le système public d'assurance sociale et la loi du 2 novembre 1995 sur le régime obligatoire d'assurance sociale contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Le rapport mentionne également certains règlements (listés dans le rapport) qui portent sur les procédures d'investigation et d'enregistrement des accidents du travail et maladies professionnelles, la délivrance des arrêts de maladie et l'octroi des indemnités liées à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. D'après le rapport, 9 205 personnes ont bénéficié de ces prestations en 2015.

Le Comité renvoie au rapport pour ce qui est des principaux textes législatifs et réglementaires concernant le régime général des pensions, en particulier la loi du 1er octobre 1997 sur le système public d'assurance sociale, la loi du 2 novembre 1995 sur les pensions nationales, la loi du 17 février 2000 sur les pensions financées par l'Etat, la loi du 5 juin 1997 sur les caisses de retraite privées, la loi du 19 novembre 2002 sur les prestations sociales servies par l'Etat, ainsi que les règlements pertinents détaillés dans le rapport. Le rapport indique que l'on dénombrait 468 794 titulaires d'une pension de vieillesse et 74 024 titulaires d'une pension d'invalidité en 2015.

Le Comité rappelle que le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population active pour ce qui concerne les prestations servies en remplacement des revenus, à savoir les prestations de maladie, de maternité et de chômage, les pensions et les prestations servies en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Le rapport ne contenant aucune information sur la couverture des différentes branches de la sécurité sociale, le Comité demande que chaque rapport relatif à l'article 12 de la Charte fournisse systématiquement des données actualisées concernant le taux de couverture (pourcentage de personnes assurées au regard du nombre total d'actifs) pour toutes ces branches. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 5 828 € par an en 2015, soit 486 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 2914€ par an, soit 243€ par mois. Fixé à 40 % du revenu médian ajusté, il correspondait à 194 € par mois. Le salaire minimum était de 360 € par mois.

En cas de **maladie**, des prestations en espèces sont versées par l'employeur à compter du deuxième jour d'incapacité de travail, à raison d'un minimum de 75 % de la rémunération moyenne pour les deuxième et troisième jours d'arrêt, et de 80 % au moins ensuite, du quatrième au dixième jours d'arrêt. A partir du onzième jour, les prestations sont servies par la Caisse nationale d'assurance sociale ; elles représentent 80 % de la rémunération moyenne brute ayant donné lieu à cotisation pendant douze mois (période de douze mois arrêtée deux mois avant celui au cours duquel la maladie est survenue). Les indemnités de maladie sont servies pour une durée maximale de 26 semaines, qui peut être portée à 52 semaines sur une période de trois ans dès lors que l'incapacité est intermittente mais récurrente. L'octroi des prestations a été soumis à certaines restrictions temporaires du fait de la crise économique entre 2010 et 2014, restrictions qui ont cependant été levées en 2015. Selon le rapport, le montant des indemnités de maladie était en moyenne de 16,80 € par jour en 2015. Le Comité note que le niveau minimal des prestations de maladie, eu égard au salaire minimal, est conforme à la Charte.

Le rapport indique qu'en cas de **chômage**, une prestation contributive est versée aux chômeurs inscrits qui ont cotisé pendant au moins un an, dont neuf des douze mois précédant le début de l'épisode de chômage (des dérogations sont possibles dans certaines circonstances – lorsque, par exemple, l'intéressé suit une rééducation pour corriger un handicap ou s'occupe d'un enfant handicapé). En revanche, les titulaires d'une pension de vieillesse (y compris les préretraités), les personnes handicapées, les travailleurs

indépendants et les détenus n'ont pas droit aux allocations de chômage. Les allocations de chômage peuvent être servies pendant neuf mois maximum au cours de l'année qui suit la date à laquelle l'indemnisation a été accordée, et ce indépendamment de l'ancienneté. Le rapport ajoute que les chômeurs doivent, pour être indemnisés, rechercher activement un emploi ou entreprendre une formation. Le Comité demande dans quelles circonstances il peut être décidé de suspendre ou de supprimer le versement des allocations de chômage ; il demande si une telle décision peut intervenir à la suite du refus d'accepter une offre d'emploi ou de formation, si la loi définit la notion d' « offre d'emploi convenable » et si la législation prévoit une période initiale durant laquelle l'intéressé peut refuser une offre d'emploi ou de formation ne correspondant pas à ses compétences professionnelles sans perdre son droit à indemnisation.

Le montant des allocations est calculé sur la base de la rémunération moyenne soumise à cotisation (revenus pris en compte pour déterminer les cotisations dues à l'assurance sociale) perçue pendant douze mois sur une période s'achevant deux mois avant le mois au cours duquel a débuté l'épisode de chômage. Certaines restrictions ont été appliquées temporairement en raison de la crise économique entre 2010 et 2014, mais ont été levées en 2015. Le montant des allocations est proportionnel à la durée et au montant des cotisations : il correspond à 50 % de la rémunération moyenne soumise à cotisation pour les assurés qui justifient de moins de dix ans de cotisation, à 55 % pour ceux qui comptent entre dix et vingt ans de cotisation, à 60 % pour ceux qui ont cotisé entre 20 et 30 ans, et à 65 % pour deux qui totalisent plus de 30 ans de cotisation. Durant les trois premiers mois de chômage, les allocations sont servies à taux plein ; elles sont ensuite progressivement réduites (75 % au cours des quatrième, cinquième et sixième mois, et 50 % au cours des septième, huitième et neuvième mois). Des conditions préférentielles, exposées en détail dans le rapport, s'appliquent à certaines catégories de chômeurs (ceux, par exemple, qui sont sans emploi du fait d'une incapacité temporaire de travail ou au motif qu'ils élèvent leur enfant). Le rapport précise que le montant des allocations de chômage s'établissait, en moyenne, à 221,98 € par mois, soit entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté. Le Comité estime que le montant minimum des allocations de chômage servies à un travailleur à temps complet percevant le salaire minimum et justifiant de moins de dix années d'ancienneté correspondrait à 180 € environ au cours des trois premiers mois de chômage, somme qui baisserait encore par la suite. Il rappelle que, pour être conforme à la Charte, le montant des prestations servies en remplacement des revenus doit se situer dans une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu et ne doit jamais tomber en-deçà du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat. Lorsque le montant des prestations servies en remplacement des revenus se situe entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté, d'autres prestations seront également prises en considération, le cas échéant. Cependant, lorsque le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté (ou de l'indicateur du seuil de pauvreté), son cumul avec d'autres prestations n'est pas réputé rendre la situation conforme. Le Comité considère que le montant minimal des prestations de chômage est insuffisant, étant donné qu'il est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté.

Le régime obligatoire d'assurance sociale contre les **accidents du travail** et les **maladies professionnelles** prévoit l'octroi de prestations en espèces en cas d'incapacité de travail temporaire ou permanente, ainsi qu'en cas de décès, lorsque ladite incapacité ou ledit décès résultent d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Si l'assuré vient à décéder, l'indemnité sera servie aux membres de la famille qui ne sont pas à même de travailler et qui étaient à la charge de l'assuré. Le montant des prestations dépend de la rémunération moyenne soumise à cotisation, calculée sur une période de douze mois s'achevant deux mois avant la réalisation du risque. Les indemnités pour incapacité de travail temporaire sont servies à compter du premier jour d'incapacité et pour une durée maximale de 26 semaines, qui peut être portée à 52 semaines sur une période de trois ans dès lors que l'incapacité est intermittente mais récurrente. Elles correspondent à 80 % de la

rémunération moyenne soumise à cotisation. L'indemnité octroyée au titre de la perte de la capacité de travail est fonction du degré (pourcentage) d'incapacité déterminé par l'organisme compétent et de la rémunération moyenne soumise à cotisation. Ainsi, une personne présentant une incapacité de travail de 100 % est en droit de percevoir 80 % de ses revenus mensuels moyens, somme qui peut être majorée à concurrence de 50 % si elle nécessite une assistance pour les gestes de la vie quotidienne. En cas de cumul avec d'autres services ou une pension de vieillesse, l'intéressé recevra la différence entre ces prestations et l'indemnisation due à la suite de l'accident de travail, sauf si le montant de la pension est égal ou supérieur à la prestation servie au titre de la perte de la capacité de travail (laquelle cesse alors de lui être versée). L'indemnisation pour accident du travail ou maladie professionnelle ne peut être cumulée avec une pension de survivant ou d'invalidité, ni avec des allocations de chômage. Selon le rapport, le montant des indemnités servies en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle était en moyenne de 292,89 € par mois en 2015. Le Comité considère que le montant minimal de ces prestations, eu égard au salaire minimal, est conforme à la Charte.

Le rapport indique que le système de retraite comporte trois piliers : un régime public obligatoire de retraite non provisionné, un régime public obligatoire de retraite par capitalisation, et un régime privé volontaire. Dans chacun de ces régimes, le montant de la retraite dépend du montant et de la durée des cotisations versées par l'assuré, la totalisation (directe ou moyennant certaines conditions) desdites cotisations reposant sur l'accumulation des intérêts et la formation d'un capital retraite. Les retraites relevant du régime public obligatoire non provisionné (premier pilier) sont alimentées par les cotisations à l'assurance sociale et obéissent au principe de la solidarité générationnelle (les cotisations acquittées par les assurés servant à payer les retraites actuelles). Le régime public contributif garantit les pensions de vieillesse, les pensions de survivants et les pensions d'invalidité.

S'agissant plus particulièrement des pensions de **vieillesse**, le rapport explique que le premier pilier du système de retraites servies par l'Etat qui a été institué en 1996 couvre aussi, à présent, les retraités dont le droit à pension avait été acquis avant cette date ; il ajoute que la période transitoire prendra fin lorsque la génération qui a commencé à forger son capital retraite dans le cadre de la réglementation mise en place en 1996 atteindra l'âge de la retraite. Actuellement les cotisations d'assurance sociale affectées aux pensions de vieillesse (20 % de la rémunération) sont versées sur des comptes individuel fictifs (virtuels), qui rapportent des intérêts jusqu'à l'âge du départ à la retraite et qui s'additionnent pour constituer peu à peu un capital retraite fictif – les cotisations réelles servant à financer les retraites en cours. Au moment du départ à la retraite, la pension est calculée en divisant le capital fictif que l'intéressé s'est constitué par le nombre moyen d'années de service escomptées à chaque âge précis de la retraite (en clair, le nombre d'années correspondant à l'espérance de vie attendue à la date du départ à la retraite, hommes et femmes confondus). Afin de veiller à ce que la durée d'affiliation au régime de retraite ne soit pas interrompue par les éventuels épisodes d'inactivité économique – chômage, invalidité, congé parental, obligations militaires ou incapacité de travail -, les cotisations sociales correspondantes sont créditées à l'intéressé par imputation sur le budget de l'Etat. L'âge de départ à la retraite est actuellement fixé à 62 ans ; il a néanmoins commencé à être progressivement relevé depuis 2014 et devrait atteindre 65 ans en 2025. La durée minimale d'affiliation au régime de retraite, qui était de dix ans, a elle aussi été relevée : elle a été portée à quinze ans en 2014 et sera de vingt ans en 2025. Le Comité prend note des conditions, décrites dans le rapport, dont est assortie la préretraite (qui peut, dans certains cas, être prise cinq ans avant l'âge normal de départ à la retraite). Le deuxième pilier du système public de retraite, qui a pris effet au 1er juillet 2001, est géré par la Caisse nationale d'assurance sociale. Selon le rapport, le but de ce régime est de valoriser les retraites sans augmenter le taux des cotisations à l'assurance sociale, et ce en investissant une partie desdites cotisations sur les marchés financiers. Ceux qui sont affiliés à ce régime peuvent, lorsqu'ils arrivent à l'âge légal de la retraite, ajouter le capital retraite cumulé par capitalisation au capital retraite fictif obtenu dans le cadre du premier pilier, ou acheter une

assurance-vie. L'affiliation au deuxième régime du système de retraite est obligatoire pour tous ceux qui sont nés après le 1er juillet 1971 ; les personnes âgées de 30 à 49 ans (nées entre juillet 1951 et juillet 1971) peuvent cependant s'y affilier à titre volontaire. Aucune cotisation supplémentaire n'est requise pour s'affilier au deuxième régime, mais le montant total des cotisations au capital retraite (20 % des revenus) est réparti entre le premier et le deuxième régime. Le troisième pilier du système de retraite (régime privé volontaire) existe depuis le 1er juillet 1998 et repose sur des cotisations personnelles et volontaires. Ces formules consistent en des plans retraite auxquels il est possible d'adhérer directement ou par le truchement de l'employeur et qui prévoient de verser le capital ainsi constitué dès l'âge de 55 ans ou de poursuivre le plan et de toucher ensuite le capital de manière fragmentée. Le Comité relève également dans le rapport que certaines catégories de travailleurs (militaires, artistes, diplomates, magistrats, ...) sont soumis à des règles particulières en matière de pensions (régimes publics). Il note par ailleurs que les pensions suivent un système d'indexation fixé par la loi.

Le montant de la pension minimale dépend également de la durée de cotisation à l'assurance pension. D'après le rapport, la pension minimale est de 70,43 € par mois pour une durée de cotisation inférieure à 20 ans ; elle s'élève à 83,24 € par mois si la durée de cotisation est comprise entre 21 et 30 ans, à 96,04 € pour qui justifie de 31 à 40 années de cotisation, et à 108,85 € à partir de 41 années de cotisation ; les personnes handicapées dès leur plus jeune âge ont droit à une pension majorée (respectivement 117,39 €, 138,73 €, 160,07 € et 181,42 €). Le rapport indique que le montant moyen de la pension de vieillesse était de 288,61 € par mois en 2015. Sachant néanmoins que la conformité de la situation est déterminée au vu du montant de la pension minimale, le Comité note que la somme versée dans le cadre du premier régime de retraite est largement inférieure au seuil de pauvreté fixé à 40 % du revenu médian ajusté, même lorsque l'on prend en compte la somme versée aux assurés qui totalisent une durée de cotisation plus importante. Il considère par conséquent que le niveau de la pension minimale de vieillesse est manifestement insuffisant.

L'assuré qui n'a pas atteint l'âge de la retraite et est porteur d'un handicap reconnu comme tel (sauf si celui-ci résulte d'un accident du travail, depuis 1997) a droit à une pension d'**invalidité** pour autant qu'il justifie d'au moins trois années de cotisation. Le montant des pensions servies aux personnes porteuses d'un handicap des catégories I et II dépend de leur rémunération moyenne soumise à cotisation, calculée sur toute période de 36 mois consécutifs au cours des cinq années précédant l'apparition du handicap, ainsi que de leur durée d'affiliation à l'assurance. La pension d'invalidité pour la catégorie III est égale au montant de la prestation de la sécurité sociale (64,03 €). Si l'intéressé n'était pas assuré au cours des cinq ans précédant l'octroi d'une pension d'invalidité, celle-ci est servie sur la base d'un taux minimum qui correspond à 102,45 € pour les personnes porteuses d'un handicap de catégorie I et à 89,64 € pour celles atteintes d'un handicap de catégorie II (des taux supérieurs sont pratiqués pour les personnes handicapées dès leur plus jeune âge, à savoir 170,75 € et 149,41 € respectivement). Selon le rapport, le montant moyen de la pension d'invalidité était de 169,04 € par mois en 2015. Le Comité note que le montant minimum de la pension d'invalidité est largement inférieur au seuil de pauvreté fixé à 40 % du revenu médian ajusté, et qu'il en va de même pour son montant moyen. Il considère par conséquent que le montant minimum de la pension d'invalidité est manifestement insuffisant.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des prestations de chômage est insuffisant ;
- le montant minimum de la pension de vieillesse est insuffisant ;
- le montant minimum de la pension 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 Lettonie.

Le Comité rappelle que l'Article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention N° 102 de l'OIT relative à la sécurité sociale, soit au moins six des neufs parties du Code, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux et la vieillesse pour trois).

Le Comité note que la Lettonie a signé le Code européen de sécurité sociale le 28 novembre 2003 mais ne l'a pas ratifié. Par conséquent, faute de pouvoir prendre en considération d'autres sources, telles que les résolutions du Comité des Ministres sur la conformité des Etats liés par le Code, il lui faut faire sa propre appréciation.

En outre, le Comité note que la Lettonie n'a ratifié aucune des conventions suivantes de l'Organisation international du travail : Conventions N° 102 (Sécurité sociale, norme minimum), N° 121 (Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles), N° 128 (Presetations d'invalidité, de vieillesse et de survivants), N° 130 (Soins médicaux et indemnités de maladie) and N° 168 (Promotion de l'emploi et protection contre le chômage).

Le Comité rappelle qu'afin de pouvoir déterminer si le système de sécurité sociale est maintenu à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code, il lui faut apprécier les informations relatives aux branches couvertes, au champ d'application personnel et au niveau des prestations versées.

Le Comité renvoie à sa Conclusion relative à l'Article 12§1 dans laquelle il note que le système letton de sécurité sociale couvre un nombre de branches suffisant (soins de santé, maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, invalidité, survivants, chômage et prestations familiales). En ce qui concerne l'évaluation du champ d'application personnel, le Comité renvoie à sa demande au titre de l'Article 12§1 que chaque rapport relatif à l'article 12 fournisse systématiquement des données actualisées concernant le taux de couverture (pourcentage de personnes assurées au regard du nombre total d'actifs) pour toutes ces branches et il réserve sa position sur ce point.

Le Comité renvoie à son appréciation relative à l'Article 12§1 qui relève que le montant minimum de la prestation de chômage est insuffisant et que les montants minimum de la pension de vieillesse et de la pension d'invalidité sont manifestement insuffisants. Le Comité renvoie également à sa Conclusion 2015 relative à l'Article 16 dans laquelle il relève que les prestations familiales ne sont pas d'un montant suffisant pour un nombre significatif de familles.

Le Comite prend en compte son appréciation relative à l'Article 12§1 qui relève que les montants minimum des prestations de maladie et des prestations en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle sont conformes. Il renvoie également à sa Conclusion 2015 relative à l'Article 8§1 dans laquelle il relève que la situation est conforme dans l'attente des informations demandées en ce qui concerne les prestations de maternité.

Le Comité demande au gouvernement de fournir toutes les informations demandées, et, entre-temps, il réserve sa position si la Lettonie maintien un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Lettonie. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires de l'Ombudsman de la Lettonie, enregistrés le 13 octobre 2017, ainsi que de l'addendum au rapport trasmis par la Lettonie en réponse à ces commentaires le 1er décembre 2017.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

La loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale définit celle-ci comme une aide en espèces ou en nature déterminée à partir d'une appréciation matérielle de la situation des individus (familles ou ménages) incapables de subvenir à leurs besoins essentiels. L'assistance que prévoit l'article 35 de ce texte se présente sous deux formes : le revenu minimum garanti et l'allocation logement. Les municipalités peuvent en outre verser une somme forfaitaire pour faire face à des situations d'urgence. L'assistance sociale est accordée aux personnes reconnues comme étant dans le besoin (lorsque le revenu mensuel du ménage n'excède pas 128 € par personne). Le revenu minimum garanti vise d'abord et avant tout à assurer un niveau minimum de ressources à chaque membre du foyer. Il correspond à la différence entre le montant fixé par le Conseil des Ministres ou la municipalité et les revenus mensuels moyens perçus par le demandeur au cours des trois derniers mois. Le montant du revenu minimum garanti s'établit à 49,80 €, somme qui résulte d'un calcul centralisé au niveau national. Toutefois, chaque municipalité, et en particulier son bureau des services sociaux, dispose d'une marge de manœuvre pour ce qui concerne l'octroi de la prestation et la détermination de son montant.

S'agissant des autres prestations, le rapport explique que deux textes de loi régissent plus particulièrement l'allocation logement servie par les municipalités. La loi relative à l'aide aux mal logés charge les collectivités locales de verser des allocations logement pour assurer aux familles ou aux personnes seules ayant de faibles revenus un soutien matériel (loyer et charges). La loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale fait de l'allocation logement la deuxième prestation que sont tenues de verser les municipalités aux individus ou aux familles. Pour y avoir droit, le ménage doit disposer de revenus compris entre 128 et 356 € par personne.

Le Comité prend note de l'ordonnance n° 619 adoptée en Conseil des Ministres le 30 octobre 2014, à l'appui du document de réflexion concernant l'instauration d'un revenu minimum. Il y relève que l'objectif est de mettre en place un niveau de revenu minimum rigoureux d'un point de vue méthodologique et, dans le même temps, d'encourager une participation active au marché du travail. Il note qu'il est proposé de fixer le revenu minimum à 40 % du revenu médian ajusté et qu'il est également envisagé de mettre en place un minimum vital d'ici 2019. Le projet de loi visant à modifier la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale prévoit en outre de ne pas prendre en compte, dans le calcul des ressources, la partie des revenus qui est inférieure au revenu minimum ainsi que les prestations familiales. Le Comité note que ces modifications devaient entrer en vigueur en 2017. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations à ce sujet.

S'agissant de l'assistance médicale, l'article 17 de la loi relative aux traitements médicaux dispose que sont admis à bénéficier de soins de santé couverts par le budget ordinaire de l'Etat les citoyens lettons, les non-citoyens lettons, les ressortissants d'Etats membres de l'Union européenne, de pays appartenant à l'Espace économique européen et de la Confédération suisse résidant en Lettonie, les ressortissants de pays tiers titulaires d'un titre de séjour permanent en Lettonie, les réfugiés et les personnes ayant obtenu un autre statut.

Le Comité note que, parmi les catégories de résidents exemptés du paiement du ticket modérateur par le règlement n° 1529 figurent les personnes démunies reconnues comme telles au regard de la réglementation régissant les procédures de reconnaissance de l'état de besoin des familles et personnes seules.

Le Comité relève dans les observations formulées par les services du Médiateur concernant le 3e rapport national de la Lettonie que la possibilité donnée aux municipalités d'accorder elles aussi à leurs administrés une prestation pour frais de santé est jugée positive. En outre, les personnes démunies reconnues comme telles, les enfants, les personnes atteintes d'un handicap de 1e catégorie, ainsi que d'autres individus sont exemptés du ticket modérateur. Compte tenu de l'importance de la participation demandée pour les soins médicaux en Lettonie, les personnes démunies, celles qui ont de faibles revenus ou les retraités risquent fort de devoir faire face à des difficultés financières en cas de dégradation de leur état de santé s'ils n'en sont pas exemptés. Toutefois, selon le Médiateur, même lorsqu'une personne est exemptée du ticket modérateur, les médicaments restent à sa charge.

A cet égard, le Comité rappelle qu'au sens de l'article 13§1 de la Charte, toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes doit pouvoir obtenir gratuitement les soins nécessités par son état. Ce droit à l'assistance médicale ne doit pas être réservé aux situations d'urgence. Le Comité demande que le prochain rapport commente les observations du Médiateur ; il demande en particulier si les personnes sans ressources ont accès aux médicaments qu'exige leur état de santé.

Niveau des prestations

- Prestation de base : le Comité relève dans la base de données MISSOC que le revenu minimum garanti *(Pabalsts garantētā minimālā ienākuma līmeņa nodrošināšanai)* correspond à la différence entre le montant fixé par le Conseil des Ministres (49,80 €) et les revenus de la personne ou du ménage. Les collectivités locales peuvent décider d'un montant plus élevé (à concurrence de 128,06 €) pour diverses catégories sociales. Le Comité relève dans le rapport que 34 218 personnes ont bénéficié en 2015 d'une prestation d'assistance sociale pour un montant moyen de 35,76 € par personne.
- Prestations complémentaires : selon le rapport, le nombre de personnes ayant perçu une allocation logement a diminué, passant de 185 146 en 2012 à 113 018 en 2015. Le Comité demande que le prochain rapport explique les raisons de cette baisse. Il note aussi que le montant moyen de ladite prestation s'établissait à 13,56 € par mois et par personne en 2015.
- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat) : il était de 194 € par mois.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a estimé que le niveau de l'assistance sociale était manifestement insuffisant. Il note que le montant de la prestation en question n'a pas évolué durant la période de référence. A ce propos, il relève également dans les observations présentées par les services du Médiateur concernant le 3e rapport national de la Lettonie que le niveau des ressources pris en compte pour déterminer qu'une personne (ou famille) est en situation de besoin n'a pas changé depuis janvier 2011 (50 % du salaire minimum de 2010). Les collectivités locales sont en droit de relever le seuil de revenu auquel une personne sera reconnue comme étant dans le besoin ou ayant de faibles revenus, de façon à lui permettre de conserver le droit à des prestations sociales distinctes, comme l'allocation logement. Le niveau de revenus retenu pour reconnaître qu'une personne a de faibles revenus varie selon les collectivités locales, en fonction de leur marge de manœuvre financière et de leur volonté de venir en aide à la population locale.

Le Comité considère que le montant des prestations d'assistance sociale servies à une personne seule sans ressources, y compris la prestation de base et l'allocation logement, n'est pas suffisant au motif que le montant minimum pouvant être obtenu n'est pas conforme au seuil de pauvreté. La situation n'est donc pas conforme à la Charte.

Droit de recours et assistance judiciaire

D'après le rapport, les décisions rendues par les services sociaux des administrations locales peuvent être contestées par les intéressés (individu ou famille) devant le conseil municipal. Les décisions de ce dernier peuvent également faire l'objet d'un recours judiciaire, conformément au code de procédure administrative. La loi relative à l'aide judiciaire de l'Etat prévoit que les personnes démunies reconnues comme telles ou à faibles revenus ont droit à cette aide. Les décisions administratives ou les actes exécutés par des organismes prestataires de services sociaux financés par l'Etat peuvent être contestés auprès du ministère de la Protection sociale, dont les décisions peuvent faire l'objet d'un recours en justice.

Le Comité prend note du nombre de décisions rendues par le service social de Riga qui ont été contestées auprès de la municipalité et dont il a été fait appel devant les tribunaux. Il constate que le nombre de recours a diminué, tout comme le nombre d'actes administratifs contestés auprès des collectivités locales. Douze recours ont été intentés contre des actes administratifs adoptés par la municipalité en 2015, dont un a abouti et huit sont en cours. Le Comité demande si l'instance de recours a le pouvoir de juger l'affaire sur le fond et non pas simplement sur des points de droit.

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 qu'en ce qui concerne l'assistance sociale et médicale d'urgence, les étrangers en situation irrégulière sur le territoire d'un État seront désormais aussi couverts 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 étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'Etats parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a jugé la situation non conforme à la Charte au motif que l'octroi de l'assistance sociale aux ressortissants des Etats parties à la Charte était subordonné à une condition de durée de résidence.

Le Comité relève à cet égard dans le rapport qu'en 2014, le ministère letton de la Protection sociale a préparé des amendements à la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale concernant les bénéficiaires potentiels de ce type d'aide. Ces modifications adoptées par le Parlement le 26 novembre 2015 posent le principe selon lequel quiconque séjourne légalement sur le territoire a accès, à condition de satisfaire à certaines exigences, aux services sociaux et à l'assistance sociale municipale.

Le Comité considère que rien, dans les informations fournies par le Gouvernement, n'indique que la situation des ressortissants des Etats parties résidant légalement en Lettonie ait changé en ce qui concerne les critères d'octroi de l'assistance sociale.

L'obligation de résider à titre permanent dans le pays, ce qui suppose d'y avoir vécu pendant cinq ans, est toujours valable. La situation n'est donc pas conforme à la Charte.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

Dans sa précédente conclusion relative à l'article 13§4 (Conclusions 2013), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte en ce qui concerne l'assistance médicale et sociale d'urgence octroyée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire. Le Comité a demandé si les étrangers en situation irrégulière ne séjournant pas dans les centres de rétention pouvaient obtenir une assistance médicale et sociale d'urgence en cas de besoin immédiat et urgent. Il a également demandé s'il existait, s'agissant de l'offre de cette forme d'assistance, un fondement juridique clair.

Pour ce qui est de l'assistance médicale d'urgence, le Comité relève dans le rapport que le service médical d'urgence est un département autonome relevant du ministère de la Santé, qui apporte une aide médicale d'urgence hors milieu hospitalier, à des patients dont la vie et la santé sont en jeu.

Le Comité rappelle que toute personne en situation irrégulière doit avoir un droit légalement reconnu à la satisfaction de ses besoins matériels élémentaires (nourriture, vêtements, logement) dans les situations d'urgence, afin de lui permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave. Il incombe aux Etats de veiller à ce que ce droit soit rendu effectif également dans la 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. Il 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 (réclamation n° 90/2013, Conférence des églises européennes (CEC) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique répondent à ces critères. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

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

- le niveau de l'assistance sociale octroyée à une personne seule et sans ressources n'est pas suffisant ;
- les ressortissants de pays n'appartenant pas à l'Espace économique européen qui résident légalement en Lettonie doivent satisfaire à une condition de durée de résidence de cinq ans pour avoir droit à l'assistance sociale.

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 Lettonie.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13§2 de la Charte, toute discrimination à l'encontre de personnes bénéficiant d'une assistance sociale et médicale, qui résulterait – directement ou indirectement – d'une disposition expresse d'un texte, doit être éliminée. Les bénéficiaires d'une telle assistance doivent jouir d'une protection effective contre les mesures discriminatoires, en particulier en ce qui concerne leur accès à l'emploi et aux services publics. Le Comité demande des informations à jour sur la question de savoir si les dispositions qui organisent les droits sociaux interdisent toute discrimination fondée sur le bénéfice d'une assistance sociale ou médicale. Il demande également si les dispositions établissant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits sociaux ou politiques sont interprétées en pratique de façon à éviter toute discrimination fondée sur le bénéfice d'une assistance sociale ou médicale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Lettonie.

Le Comité note que l'article 6 de la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale garantit le droit d'obtenir gratuitement auprès des services sociaux ou des prestataires d'assistance sociale des informations sur les possibilités d'obtenir de tels services, ainsi que sur les conditions à respecter et la procédure à suivre.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas, ou risquent de ne pas disposer, de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits**.** Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur la manière dont ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lettonie 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 Lettonie.

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

Le Comité 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 (réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANSA) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Le Comité note que le Plan d'action pour le transfert et l'admission en Lettonie de personnes ayant besoin d'une protection internationale, approuvé par le décret n° 759 pris le 2 décembre 2015 en Conseil des Ministres, comprend des mesures destinées aux demandeurs d'asile, telles que la mise à disposition de nourriture, de produits d'hygiène, d'articles de première nécessité, d'un traitement médical d'urgence ainsi que de soins de santé primaires, secondaires et ambulatoires, l'affectation d'un travailleur social (pendant une période de trois mois à compter de la demande d'asile) et d'un conseiller social. Ce dernier a pour mission d'apporter un soutien à l'intéressé pendant la période de transition et de l'aider à résoudre les problèmes qu'il peut rencontrer au quotidien.

Le rapport indique que le Centre d'accueil pour demandeurs d'asile de Mucenieki peut héberger 150 personnes. Il a principalement pour vocation d'offrir une solution d'hébergement aux demandeurs d'asile durant la période d'examen de leur dossier, en attendant qu'une décision soit rendue. Chaque demandeur reçoit une indemnité journalière lui permettant d'acheter de la nourriture, des produits d'hygiène et des articles de première nécessité.

S'agissant de l'assistance médicale, plusieurs modifications ont été apportées à la législation nationale afin de faciliter l'accès des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale à des services de santé de qualité et financièrement abordables, conformément à l'organisation du système de santé letton. Le 30 août 2016, le Conseil des Ministres a entériné les modifications qu'il avait été proposé d'apporter au règlement n° 1529, à savoir que les services de santé ci-après seraient imputés au budget de l'Etat lorsqu'ils sont dispensés aux demandeurs d'asile : assistance médicale d'urgence, soins prodigués lors de l'accouchement, soins dentaires dans les cas graves, soins de santé destinés aux enfants, soins dispensés par les médecins généralistes, produits et dispositifs médicaux remboursables utilisés lors de traitements ambulatoires, aide psychiatrique, consultations prénatales et autres soins de santé ambulatoires secondaires nécessitant une aide urgente.

Le Comité demande si les ressortissants étrangers légalement présents en Lettonie, autres que les demandeurs d'asile, bénéficient également d'une assistance sociale et médicale d'urgence.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lettonie 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 Lettonie.

Organisation des services sociaux

La loi de 2002 relative aux services sociaux et à l'assistance sociale a été modifiée en 2010. Elle énonce les principes régissant la fourniture et l'utilisation des services sociaux, des services caritatifs, des services de protection sociale et des services de réinsertion sociale Elle définit les catégories de personnes pouvant prétendre à ces services et les modalités de paiement et de financement des services de protection sociale, de réinsertion sociale et de réinsertion professionnelle. Selon cette loi, les services sociaux ne peuvent être fournis qu'après évaluation par un spécialiste de l'action sociale des besoins et des ressources de la personne concernée.

Le rapport précise que les responsabilités en matière de services sociaux sont réparties entre l'État et les collectivités locales. Le ministère de la Protection sociale supervise la mise en œuvre de la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale, veille au respect par les prestataires de services sociaux des textes réglementaires régissant la fourniture et la qualité desdits services et inflige des sanctions administratives aux prestataires qui commettent des infractions. Le service social de la collectivité locale assure le financement et évalue la qualité des services sociaux et de l'assistance sociale placés sous sa responsabilité.

Le rapport ajoute qu'en Lettonie, les services sociaux sont fournis majoritairement par les collectivités locales, en partie par l'État et à hauteur de 34 % par des ONG agréées, en ce compris par des organisations religieuses et des particuliers.

Accès égal et effectif

Dans sa conclusion précédente (XX-2 (2013)), le Comité a demandé des exemples de participation financière réclamée pour l'accès à divers services sociaux.

Le rapport précise que, selon l'article 6 de la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale (telle que modifiée le 1er juillet 2009), toute personne peut obtenir gratuitement d'un service social ou d'un prestataire des informations sur les possibilités de bénéficier de services sociaux ou d'une assistance sociale ainsi que sur la procédure à suivre et les conditions d'octroi ; recevoir, à titre gracieux, les conseils d'un spécialiste de l'action sociale en vue de résoudre des problèmes sociaux ; demander à bénéficier et bénéficier des services sociaux ou de l'assistance sociale mentionnés dans la présente loi ; obtenir par écrit un refus motivé si la décision a été prise de ne pas accéder à la demande de service social ; prendre part au processus décisionnel relatif à l'obtention d'un service social ; conformément aux procédures prévues par la loi, intenter un recours contre une décision relative à la fourniture d'un service social ; soumettre une plainte concernant la mauvaise qualité des services sociaux fournis et le non-respect des droits du bénéficiaire.

Le Comité note cependant que le rapport ne contient pas d'informations pertinentes sur la participation financière demandée pour accéder aux divers services sociaux. Par conséquent, il renouvelle sa question sur ce point. Dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 14§1.

Dans sa précédente conclusion (XX-2 (2013)), le Comité a jugé la situation non conforme à l'article 14§1 de la Charte, au motif que l'accès aux services sociaux pour les ressortissants des autres États parties était subordonné à une condition de durée de résidence excessive.

Le rapport indique, dans la partie consacrée à l'article 13§2, que selon la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale (article 3, en vigueur depuis le 2 décembre 2015),

peuvent bénéficier de services sociaux : – les citoyens et les non-citoyens ; – les ressortissants de pays tiers titulaires d'un titre de séjour permanent ou ayant obtenu le statut de résident permanent en République de Lettonie ; – les ressortissants des États membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, ainsi que de la Confédération suisse qui : (a) bénéficient d'un droit de résidence permanente, (b) sont autorisés à résider en République de Lettonie et y résident depuis au moins trois mois, (c) sont présents en République de Lettonie depuis au moins six mois dans le but d'y établir des relations d'emploi légales, et sont à même de démontrer qu'ils continuent de chercher du travail, tel qu'attesté par leur inscription auprès de l'Agence nationale pour l'emploi ; – les réfugiés et les personnes ayant un autre statut (protection subsidiaire), ainsi que les membres de leur famille. Sur la base de cette information, le Comité considère que rien dans les informations fournies n'indique que la situation des ressortissants des États parties résidant légalement en Lettonie en matière d'admissibilité aux services sociaux a changé. L'exigence de la résidence permanente est toujours en vigueur, ce qui nécessite à son tour cinq ans de résidence. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

Qualité des services

Le rapport souligne que selon la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale, dans les cas mentionnés par la loi, les services sociaux ne peuvent être fournis que par les prestataires inscrits au registre des prestataires de services sociaux qui respectent les conditions fixées par le Conseil des ministres. Tous les prestataires agréés de services sociaux sont soumis à des contrôles et à une supervision. Le rapport précise qu'entre janvier 2012 et octobre 2016, huit prestataires de services sociaux ont fait l'objet de sanctions administratives pour avoir fourni des services de faible qualité et pour n'avoir pas respecté les textes réglementaires et quatre personnes morales ont été sanctionnées pour avoir fourni des services non agréés.

Le rapport ajoute que si des collectivités locales gèrent des services sociaux ou rémunèrent les services de prestataires de services sociaux, elles sont tenues d'évaluer la qualité des services fournis en sollicitant l'avis des bénéficiaires et en vérifiant que les contrats conclus avec les prestataires ont été honorés.

Dans sa conclusion précédente (XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations plus précises sur le pourcentage de travailleurs sociaux par habitant.

Le rapport indique, dans la partie consacrée à l'article 13§2, que selon l'article 10 de la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale, chaque collectivité locale doit se doter d'un bureau des services sociaux. Afin d'assurer l'évaluation professionnelle des besoins des habitants et la fourniture de services sociaux de qualité, chaque collectivité locale doit disposer d'au moins un spécialiste de l'action sociale pour 1 000 habitants. De plus, aux termes du règlement n° 291 relatif aux conditions requises pour les prestataires de services sociaux, adopté le 3 juin 2003 par le Conseil des ministres, le nombre de spécialistes de l'action sociale travaillant au sein du service social d'une collectivité locale ne doit pas être inférieur à trois, quelle que soit le nombre d'habitants que compte la commune. Depuis 2013, date d'entrée en vigueur de cette règle, les collectivités locales ont augmenté les effectifs des services sociaux pour se conformer à la législation. Le rapport fournit un tableau indiquant le nombre de spécialistes de l'action sociale travaillant pour les services sociaux des collectivités locales. Le rapport fournit également un tableau présentant les dépenses consacrées par les collectivités locales aux services sociaux et le nombre de bénéficiaires de ces services pendant la période de référence.

Dans sa précédente conclusion (XX-2 (2013)), le Comité a demandé s'il existait une loi régissant la protection des données à caractère personnel en relation avec les services sociaux.

Le rapport précise que selon l'article 6 de la loi relative à la protection des données à caractère personnel, toute personne physique a droit à la protection de ses données à

caractère personnel. Aux termes de l'article 11, point 7 de cette loi, s'il s'agit de données sensibles, leur traitement est interdit, sauf s'il est nécessaire pour la fourniture de l'assistance sociale et s'il est effectué par le prestataire des services.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte, au motif que l'accès des ressortissants d'autres États parties aux services sociaux est subordonné à une condition de durée de résidence excessive.

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 Lettonie.

Le rapport précise que, selon l'article 9, par. 4, de la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale, les collectivités locales qui ne disposent pas des services sociaux nécessaires doivent faire appel à d'autres prestataires de services (par exemple des ONG) présents sur leur territoire, ou à d'autres collectivités locales, et conclure avec eux des accords concernant la prestation de services sociaux et leur paiement. Ces services sociaux doivent être entièrement ou partiellement financés sur le budget de la collectivité locale. De plus, aux termes de l'article 17, par. 1, de la loi précitée, les services sociaux ne peuvent être fournis que par des prestataires de services qui respectent les conditions fixées par le Conseil des ministres et qui sont inscrits au registre des prestataires de services sociaux.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé si et comment le Gouvernement veillait à ce que les services gérés par le secteur privé soient effectifs et accessibles à tous sur un pied d'égalité, sans discrimination aucune, fondée notamment sur la race, l'origine ethnique, la religion, le handicap, l'âge, l'orientation sexuelle et les opinions politiques.

Le rapport précise que selon l'article 21, par. 1 de la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale, la discrimination (traitement différencié) fondée sur la race, la couleur de peau, le sexe, l'âge, le handicap, l'état de santé, les convictions religieuses, politiques ou autres, l'origine sociale ou nationale, la fortune, l'état civil ou d'autres caractéristiques est interdite. Par traitement différencié, on entend la discrimination directe ou indirecte d'une personne, l'atteinte à la personne ou le fait de participer à la discrimination d'une personne.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé que le rapport suivant contienne des données statistiques sur les subventions versées par l'État et les collectivités locales aux organismes bénévoles qui fournissent des services sociaux. Il a aussi demandé que le rapport suivant décrive les autres types d'aide qui pourraient être mises à disposition des organisations bénévoles, comme par exemple des avantages fiscaux.

Le rapport précise qu'en Lettonie, les services sociaux sont fournis majoritairement par les collectivités locales, en partie par l'État et à hauteur de 34 % par des ONG agréées, en ce compris par des organisations religieuses et des particuliers. Le rapport contient également des données sur le nombre et le type de services sociaux fournis par les collectivités locales et les organisations non gouvernementales agréées, ainsi que sur le nombre de bénéficiaires en 2015. D'après les informations fournies par les services fiscaux de l'État le 29 août 2016, la Lettonie comptait 2 592 organisations d'utilité publique agréées qui avaient bénéficié d'avantages fiscaux entre 2012 et 2015.

Le rapport fait également mention de la loi relative aux organisations d'utilité publique, qui a pour objet de promouvoir les activités des associations, fondations, organisations religieuses et institutions d'utilité publique, notamment lorsque ces activités consistent principalement à mener des actions caritatives, à protéger les droits civils et les droits de l'homme et à améliorer le bien-être de la société, en particulier des personnes à faibles revenus et socialement défavorisées.

Le rapport souligne que des organisations à but non lucratif peuvent obtenir le statut de prestataires de services de protection et de réinsertion sociale en participant à des appels à projets pour le développement de nouveaux types de services. Le rapport ajoute qu'entre 2012 et 2015, le Fonds social européen a soutenu le développement des services de protection et de réinsertion sociale en Lettonie. Des aides ont été versées aux organisations du secteur non gouvernemental à la fois en tant que bénéficiaires de financements (porteuses de projets), partenaires de coopération et prestataires d'un service social. Le rapport dresse la liste des activités financées par le Fonds social européen pour assurer la

protection et la réinsertion sociale des personnes défavorisées pendant la période de référence.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé si un dialogue avait été instauré avec la société civile concernant les services de protection sociale et, dans l'affirmative, sous quelle forme.

Le rapport précise qu'une attention particulière est accordée au développement d'un dialogue avec la société civile. Le ministère de la Protection sociale est disposé à coopérer avec les organisations non gouvernementales, les diverses institutions et les groupes de la société concernés. Il les invite à participer à des discussions, à des consultations et à des groupes de travail pour développer et planifier des activités de coopération.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie est conforme à l'article 14§2 de la Charte.

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

Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport présenté par la Lettonie. Il prend également note des informations contenues dans les commentaires de l'Ombudsman de Lettonie, enregistrés le 13 octobre 2017, ainsi que l'addendum au rapport soumis par la Lettonie en réponse aux commentaires du 1er décembre 2017.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le principal indicateur utilisé par le Comité pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Ce taux correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Le Comité note qu'en 2015, le pourcentage de la population menacée de pauvreté (le seuil étant fixé à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) s'établissait à 22,5 %, contre 19 % en 2011. Avant transferts sociaux, le taux de pauvreté était de 30,7 %, contre 40,1 % en 2011. Il semblerait donc que l'effet positif des transferts sociaux ait diminué depuis 2011. Dans le cadre du Semestre européen, l'indicateur clé de la pauvreté faisait apparaître un recul : 30,9 % en 2015, contre 36,2 % en 2012.

Le Comité relève par ailleurs dans une autre source (rapport pour la Lettonie établi dans le cadre du Semestre européen 2017, SWD(2017) 79 final) que les personnes âgées représentent le groupe d'âge le plus exposé à la pauvreté, avec un taux de risque de pauvreté de 42 %. Les revenus des personnes âgées ont augmenté moins vite que ceux de la population générale. En outre, les indicateurs de l'adéquation des pensions montrent qu'en Lettonie le taux de remplacement du salaire par la retraite est moindre que dans la plupart des autres pays de l'Union européenne. À cet égard, le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 12§1.

Enfin, le Comité note que les taux de pauvreté en Lettonie demeurent parmi les plus élevés en Europe, bien que certains progrès ont été réalisés ces dernières années comme cela est indiqué, y compris durant la période de référence (2012-2015).

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

Afin d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'article 30 exige des États parties qu'ils adoptent une approche globale et coordonnée, laquelle doit consister en un cadre analytique, en un ensemble de priorités et de mesures correspondantes en vue de prévenir et de supprimer les obstacles qui entravent l'accès aux droits sociaux fondamentaux. Cette approche doit relier et intégrer les politiques de manière cohérente, en allant au-delà d'une approche purement sectorielle ou catégorielle. Il faut aussi qu'il existe des mécanismes de coordination, y compris pour la fourniture de l'assistance et des services aux personnes frappées par la pauvreté ou menacées de l'être.

Le rapport fait référence à la Constitution qui contient des dispositions régissant des droits associés à la prévention des risques pour les personnes vivant en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale, comme le droit au salaire minimum (article 107), le droit de chacun à la sécurité sociale s'il est âgé, handicapé, au chômage et dans les autres cas prévus par la loi (article 109), le droit à une assistance médicale de base (article 111) et le droit à l'enseignement primaire et secondaire gratuit (article 112).

Des informations détaillées sont en outre fournies concernant la multitude de textes législatifs et réglementaires adoptés dans le cadre constitutionnel : salaire minimum, assurance chômage et accompagnement des demandeurs d'emploi, prestations sociales servies par l'État, services sociaux et assistance sociale, garantie de revenus, allocation logement, services destinés aux personnes handicapées, fiscalité (abattement pour les contribuables démunis, etc.), éducation, soins médicaux, stratégies pour l'intégration des Roms, etc.

Le rapport indique en outre que les objectifs de la Lettonie en matière de réduction de la pauvreté et de lutte contre l'exclusion sociale sont définis dans le plan national de développement pour la période 2014-2020 et le programme national de réforme. Pour réduire les inégalités et la pauvreté, l'État appuie le développement des entreprises, l'emploi, l'augmentation de la productivité du travail et l'amélioration de la qualité. Les personnes menacées de pauvreté sont les principaux bénéficiaires des dispositifs établis dans cette optique. L'un des objectifs est de réduire le pourcentage des chômeurs menacés de pauvreté – qui était de 9,5 % en 2010 – à 5 % en 2020. Ce but est poursuivi, entre autres, par la réalisation de différentes activités (formation professionnelle, élaboration du profil professionnel, aide à la recherche d'emploi, etc.) recommandées par les lignes directrices 2015-2020 pour l'emploi inclusif, ainsi que par le Plan 2014-2018 de mise en œuvre de la Garantie jeunes.

Dans le domaine du logement, le Comité note les informations relatives au soutien partiel des pouvoirs publics au développement du parc immobilier (ce programme a toutefois pris fin en 2008) et au système de garanties mis en place en faveur des familles qui ne disposent pas de moyens suffisants pour verser l'apport personnel nécessaire pour acquérir un logement.

En matière de santé, le Comité note que les lignes directrices pour la santé publique (2014-2020) visent à préserver, améliorer ou rétablir la santé, tout particulièrement pour les personnes menacées de pauvreté et d'exclusion sociale. Le rapport indique en particulier que l'État prend en charge la contribution du patient lorsqu'il s'agit de personnes à revenus modestes ; ce groupe cible a également droit à des visites gratuites à domicile d'un médecin généraliste et bénéficie du remboursement à 100 % par l'État des médicaments prescrits (s'ils figurent sur la liste des médicaments remboursables).

Le rapport indique aussi que l'indexation des pensions a été réintroduite pour les petites pensions après un gel sur la période 2009-2012 en raison de la crise économique. Un programme d'aide alimentaire et matérielle approuvé par la Commission européenne a en outre été mis en place pour la période 2014-2020. Le but est notamment de réduire la pauvreté et l'exclusion des ménages avec enfants. En 2015, 285 362 paniers alimentaires et 49 920 articles relevant de l'aide matérielle de base ont été distribués dans le cadre de ce programme.

Afin de réduire les inégalités, le salaire mensuel minimum a été porté de 360 à 370 € à compter du 1er janvier 2016 et l'abattement fiscal individuel pour personne à charge a été augmenté de 165 à 175 €. Un revenu minimum différencié non imposable (75 € par mois) et une taxe de solidarité ont en outre été introduits. Selon le rapport, la taxe de solidarité est un nouvel élément progressif de la fiscalité du travail, qui ne concerne que les travailleurs dont les salaires sont supérieurs à un certain seuil.

Le Comité note le point de vue exprimé dans les commentaires présentés par l'Ombudsman de Lettonie selon lesquels l'augmentation des prestations et pensions durant la période de référence devrait être évaluée comme insignifiant et en effet une large partie du montant des prestations et les pensions minimums n'a pas été révisée durant des années, et avec aucune amélioration attendue dans un proche avenir. Dans sa réponse, le gouvernement rejette ce point de vue déclarant que les augmentations sont considérables pour les groupes cibles. Il ajoute que les taux de risque de pauvreté pour les familles nombreuses en 2015 étaient les plus faibles durant les 12 dernières années et qu'il y a des groupes qui font toujours face à un haut risque de pauvreté, il y a des mesures politiques appliquées et planifiées, visant directement ces groupes.

Enfin, le Comité note plusieurs mesures et activités destinées à améliorer la situation des Roms et dont la mise en œuvre est contrôlée par le Conseil chargé de superviser l'application des mesures d'intégration des Roms.

Tout en notant les informations détaillées fournies sur ces mesures et divers autres dispositifs, le Comité ne voit pas clairement en quoi ces initiatives s'inscrivent dans le cadre d'une approche globale et coordonnée pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il demande par conséquent que le rapport suivant contienne des informations systématiques (données globales et pour chacune des mesures) sur les ressources allouées à ces dispositifs et le nombre de bénéficiaires pour chaque année de la période de référence. Il demande également des informations sur l'existence de mécanismes de coordination de ces mesures, y compris pour la fourniture de l'assistance (concrètement, comment la coordination est-elle assurée vis-à-vis des bénéficiaires de l'assistance et des services).

Comme relevé plus haut, les taux de pauvreté en Lettonie demeurent parmi les plus élevés d'Europe. Le Comité considère que cette situation appelle des mesures exceptionnelles et dans ce contexte, il note, cependant, outre que les dépenses publiques de protection sociale en pourcentage du PIB sont comparativement faibles et sont restées pratiquement inchangées durant la période de référence, stagnant à 11,5 % du PIB. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires allouées pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont suffisant compte tenu de l'étendue du problème posé.

Le Comité relève dans le rapport pour la Lettonie susmentionné, établi dans le cadre du Semestre européen 2017, l'appréciation de la Commission selon laquelle le système d'assistance sociale est faible et n'assure pas une protection effective contre la pauvreté, puisque moins d'un tiers des personnes en état de besoin reçoivent le revenu minimum garanti (RMG) ou une allocation de logement. En outre, le montant du RMG n'a pas changé depuis 2009. Les plans adoptés en 2014 pour réformer l'assistance sociale ont été suspendus et aucune dotation budgétaire n'a été prévue pour assurer leur mise en œuvre dans un proche avenir.

Toujours dans le même rapport pays, le Comité relève que le taux de pauvreté des personnes handicapées est l'un des pires d'Europe ; les dépenses liées à la prise en charge du handicap ne représentent que 1,2 % du PIB, contre 2 % en moyenne dans l'UE. En outre, les personnes frappées par la pauvreté, en particulier, éprouvent de grandes difficultés à accéder à un logement d'un niveau suffisant ; beaucoup de familles/ménages pauvres vivent dans un logement surpeuplé et de mauvaise qualité (27,3 % contre 12,4 % en moyenne pour l'UE en 2015).

Le Comité se réfère en outre à ses conclusions de non-conformité au titre d'autres dispositions de la Charte qui sont utiles pour l'appréciation de la conformité au regard de l'article 30 (voir Conclusions 2013, Observation interprétative de l'article 30). Il se réfère notamment à l'article 12§1 et à sa conclusion selon laquelle les montants minima des allocations de chômage, de la pension de vieillesse et de la pension d'invalidité sont manifestement insuffisants, à l'article 13§1 et à sa conclusion selon laquelle le montant des prestations d'assistance sociale servies à une personne seule sans ressources, y compris la prestation de base et l'allocation de logement, se situent manifestement en-deçà du seuil de pauvreté, et à l'article 16 et à sa conclusion selon laquelle les prestations familiales ne sont pas d'un montant suffisant pour un nombre significatif de familles (Conclusions 2015, article 16).

Compte tenu de tout ce qui précède, le Comité considère que la situation demeure contraire à l'article 30 étant donné qu'aucune approche globale et coordonnée adaptée n'est en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Contrôle et évaluation

Le Comité note les informations relatives au conseil susmentionné chargé de superviser l'application des mesures d'intégration des Roms et à un réseau d'experts régionaux sur les questions relatives à l'intégration des Roms, créé en 2014 par le ministère de la Culture. Le rapport indique aussi que depuis 2012, le ministère de la Culture assure un suivi régulier et

élabore chaque année un rapport d'information sur la mise en œuvre des mesures d'intégration des Roms à l'échelle nationale.

Le Comité rappelle toutefois que l'article 30 de la Charte requiert l'existence de mécanismes de contrôle visant à réexaminer en vue de leur adaptation les efforts déployés à tous les niveaux (national, régional, local) pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ces mécanismes doivent impliquer tous les acteurs concernés, y compris des représentants de la société civile et des individus touchés par la pauvreté et l'exclusion (Conclusions 2003, France, article 30). Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations exhaustives sur de tels mécanismes couvrant l'ensemble des secteurs et domaines d'intervention en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 2 - Illégalité du licenciement durant le congé de maternité

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Lettonie en réponse à la conclusion selon laquelle l'existence d'une protection adéquate contre les licenciements illégaux durant la grossesse ou le congé de maternité n'a pas été établie.

Le Comité rappelle à cet égard que l'article 8§2 de la Charte n'autorise le licenciement d'une travailleuse pendant sa grossesse ou son congé de maternité que dans certains cas, notamment lorsqu'il est constaté une faute grave justifiant la rupture du contrat de travail, lorsque l'entreprise cesse son activité ou lorsque le terme prévu par le contrat de travail est échu ; ces exceptions font toutefois l'objet d'une interprétation stricte par le Comité.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a une nouvelle fois demandé comment les juridictions nationales interprétaient et appliquaient les exceptions en matière de licenciement prévues par la loi (par exemple, ce que la loi entendait par « manquement grave au contrat de travail ou aux procédures de travail spécifiées » ou par « action contraire aux principes moraux et incompatible avec la poursuite de la relation de travail », si tous les actes illégaux, quelle que soit leur gravité, pouvaient être considérés comme un abus de la confiance de l'employeur, et si une absence de longue durée liée à une grossesse pouvait conduire à un licenciement au titre de l'article 101§11).

Le rapport indique, en réponse à ces questions, que le fondement juridique du licenciement tel qu'il figure dans la législation du travail ne doit pas être interprété au sens large, comme le montre la jurisprudence. Il explique ainsi que le sénat de la Cour suprême lettone a bien précisé qu'un licenciement fondé sur l'article 101§1, alinéa 1, du code du travail n'est réputé légal qu'à la condition que le salarié concerné a gravement manqué, sans motif valable, aux obligations figurant dans son contrat de travail ou dans les procédures de travail qui lui ont été spécifiées et qu'il s'agit d'un manquement portant sur le fond et non sur la forme. Le rapport rappelle en outre qu'aux termes de l'article 101§2 du code du travail, l'employeur qui envisage de rompre un contrat de travail sur la base des dispositions du paragraphe 1, alinéas 1, 2, 3, 4 ou 5, de cet article est tenu de demander au salarié concerné des explications écrites et d'évaluer la gravité de la faute commise, des circonstances dans lesquelles elle s'est produite, ainsi que de la personnalité de l'intéressé et des spécificités du poste qu'il occupait auparavant. Selon le rapport, le but de ces prescriptions est de veiller à ce que le licenciement ne soit pas décidé à la légère, mais au vu de différents facteurs. Le rapport précise aussi, en réponse à la question du Comité, que le régime est le même dans le secteur privé comme dans le secteur public, quelle que soit la durée du contrat de travail.

Le Comité prend note des statistiques fournies dans le rapport concernant les demandes de réintégration et la durée des procédures y afférentes en 2014-2015, en particulier pour celles liées à un licenciement survenu durant la grossesse ou le congé de maternité. Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur ce point et fasse notamment état de l'éventuelle jurisprudence relative aux demandes de réintégration consécutives à des licenciements qui auraient visé des salariées durant leur grossesse ou leur congé de maternité au titre de l'article 101§1 du code du travail. Entretemps, il considère, à la lumière des informations communiquées, que la situation est conforme à l'article 8§2 de la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lettonie est conforme à l'article 8§2 de la Charte.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

LITUANIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Lituanie, qui a ratifié la Charte le 29 juin 2001. L'échéance pour remettre le 14e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Lituanie l'a présenté le 13 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 Lituanie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté les articles 12§2, 13§4, 23 et 30.

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

Les Conclusions relatives à la Lituanie concernent 15 situations et sont les suivantes :

– 8 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 11§2, 12§3, 13§2, 13§3, 14§1 et 14§2,

– 5 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 3§4, 11§1, 12§1 et 13§1.

En ce qui concerne les 2 autres situations, relatives aux articles 11§3 et 12§4, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Lituanie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§1

- Le Règlement général relatif à l'évaluation des risques professionnels a notamment été modifié et est entré en vigueur le 1er novembre 2013. Le Règlement révisé propose une nouvelle conception de l'organisation et de l'exécution de l'évaluation des risques et dispose qu'après avoir procédé à l'évaluation des risques sur le lieu de travail, l'entreprise doit remplir un document sous la forme choisie par celle-ci. Les entreprises qui ont effectué une auto-évaluation des risques professionnels conformément au Règlement sont tenues de revoir et de réviser l'évaluation ou de réévaluer les risques professionnels en application du paragraphe 5 du Règlement général relatif à l'évaluation des risques professionnels ;
- Des outils interactifs d'évaluation des risques en ligne (outils OiRA) sont actuellement mis au point pour aider les petites et moyennes entreprises à évaluer les risques sur les lieux de travail.

Article 12§3

- Depuis le 1er janvier 2012, les retraites, les indemnités pour incapacité de travail (invalidité) et les pensions de survivants (pensions de veuves et veufs, pensions d'orphelins), qui avaient été temporairement réduites en 2010-2011 (voir Conclusions 2013) ont été rétablies au taux plein. En 2012, le montant moyen des retraites a ainsi augmenté d'environ 9 % comparativement à 2011 ;
- Depuis le 1er janvier 2015, les indemnités de maladie payées par la Caisse nationale d'assurance sociale ont vu leur montant progresser d'environ 33 % à la suite de la modification apportée à la loi sur les prestations de sécurité sociale en cas de maladie et de maternité. Elles ont de ce fait été portées à 80 % du salaire

compensatoire du bénéficiaire pour toute la durée de l'arrêt maladie, alors qu'elles ne représentaient, jusqu'en fin 2014, que 40 % dudit salaire entre le troisième et le septième jour d'arrêt ;

- Les régimes d'assurance maladie et de maternité/paternité ont été étendus en 2015 aux étudiants et jeunes diplômés de moins de 26 ans ; cette mesure a été assortie, dans leur cas, d'une exemption de l'obligation de durée minimale de cotisation, pourvus qu'ils commencent à travailler dans les six mois (assurance maladie) ou les douze mois (assurance maternité/paternité) qui suivent la fin de leurs études. Jusqu'en fin 2014, les jeunes n'étaient exemptés de cette obligation que s'ils commençaient à travailler dans les trois mois suivant l'obtention de leur diplôme ;
- Une loi de compensation pour les pensions de vieillesse versées par l'Etat au titre de la sécurité sociale et pour les pensions servies en cas de perte de la capacité de travail (invalidité) est entrée en vigueur le 22 mai 2014. Ce texte prévoit le versement de prestations compensatoires aux personnes qui percevaient des pensions de vieillesse et d'invalidité dont le taux avait été réduit en 2010-2011 en raison de la crise économique, ainsi qu'à leurs héritiers si les titulaires de ces pensions sont décédés avant l'entrée en vigueur de la loi. Les prestations compensatoires ont été payées en plusieurs versements étalés entre 2014 et 2016 ; quelque 500 000 personnes en ont bénéficié, pour un coût total d'environ 99 millions d'euros. Un autre texte (loi de compensation pour les pensions de vieillesse versées par l'Etat au titre de la sécurité sociale et pour les pensions de l'Etat réduites après calcul du revenu disponible de l'assuré) a été adopté le 30 juin 2015 ; il prévoit de verser de nouvelles compensations, sous la forme de versements étalés entre 2016 et 2018, à quelque 84 400 titulaires de pensions de vieillesse minorées en 2010-2011 (le budget global que devrait représenter cette mesure tournera autour de 120 600 000 €).

Article 12§4

Des modifications à la loi relative aux pensions ont été apportées abrogeant la condition de durée de résidence pour l'octroi des prestations de vieillesse, invalidité et survivants, de sorte que celles-ci sont, dorénavant, uniquement fonction des cotisations de sécurité sociale versées antérieurement. Les nouvelles dispositions de la loi prévoient le versement des pensions servies au titre de l'assurance sociale à toute personne, ressortissant lituanien ou étranger, qui s'est préalablement acquittée des cotisations obligatoires auprès de la Caisse nationale d'assurance sociale et ce, indifféremment de sa présence sur le territoire lituanien.

Article 13§1

Les modifications apportées à la loi relative à l'aide sociale en espèces servie aux résidents à bas revenus ont créé une base juridique permettant d'encadrer le versement desdites aides. Les municipalités versent, depuis le 1er janvier 2015, des prestations d'assistance sociale en espèces (prestations sociales et indemnités) à tous les résidents démunis dans des conditions d'égalité, dans le cadre de leurs fonctions municipales décentralisées.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations au sujet du droit au logement – réduire l'état de sans-abri (article 31§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté une conclusion de non-conformité concernant cet article.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 16 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.

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 Lituanie.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a confirmé l'existence d'une politique dont l'objectif consistait à viser et à préserver une culture de prévention en matière de sécurité et de santé au travail, et a demandé des informations sur la manière dont la politique était régulièrement revue à la lumière de l'évolution des risques. En réponse, le rapport précise que la législation nationale est révisée lorsque de nouveaux textes législatifs de l'Union européenne sont adoptés et en tenant compte de son application pratique.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Le Comité note que, selon le rapport établi conjointement par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail et l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (2014), la réglementation lituanienne mentionne l'obligation de tenir compte des risques psychosociaux, donne une définition de ce qu'il faut entendre par risques psychosociaux ou stress, et indique ce qu'il convient d'inclure dans une évaluation des risques pour assurer une prévention correcte des problèmes de santé mentale. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport.

En réponse à la question du Comité concernant la stratégie adoptée, le rapport précise que la Stratégie 2009-2012 pour la santé et la sécurité au travail et le Plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie précitée sont étroitement liés aux objectifs fixés par la Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail. Le Comité note que, selon les informations fournies par OSHWiki, la stratégie n'a pas été renouvelée depuis 2012. Il invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point. Il rappelle que le rapport doit fournir des informations complètes et actualisées concernant les changements apportés à la législation et à la réglementation pendant la période de référence.

Organisation de la prévention des risques professionnels

En réponse à la question du Comité concernant les mesures de prévention, d'évaluation des risques et de sensibilisation prises par les pouvoirs publics, le rapport précise qu'en 2012, les procédures d'évaluation des risques ont été révisées afin de les définir clairement et de permettre aux employeurs d'établir de la façon qui leur convient les documents d'évaluation des risques. Le Règlement général relatif à l'évaluation des risques professionnels a notamment été modifié et est entré en vigueur le 1er novembre 2013. Le Règlement révisé propose une nouvelle conception de l'organisation et de l'exécution de l'évaluation des risques et dispose qu'après avoir procédé à l'évaluation des risques sur le lieu de travail, l'entreprise doit remplir un document sous la forme choisie par celle-ci. Les entreprises qui ont effectué une auto-évaluation des risques professionnels conformément au Règlement sont tenues de revoir et de réviser l'évaluation ou de réévaluer les risques professionnels en application du paragraphe 5 du Règlement général relatif à l'évaluation des risques professionnels.

Le rapport ajoute que des outils interactifs d'évaluation des risques en ligne (outils OiRA) sont actuellement mis au point pour aider les petites et moyennes entreprises à évaluer les risques sur les lieux de travail. D'après le rapport, l'Inspection nationale du travail, en coopération avec l'EU-OHSA, participe aux projets visant à développer lesdits outils : ainsi, un outil OiRA pour la réparation de voitures a été publié en 2013, un outil OiRA pour les employés de bureau et un outil OiRA pour le travail du bois ont été publiés en 2014, et un outil OiRA pour la vente de gros et de détail de produits non alimentaires a été publié en 2015.

En réponse aux autres questions du Comité, le rapport souligne qu'en 2015, l'Inspection nationale du travail a mené une activité axée sur l'aide aux entreprises, dans le cadre de laquelle elle a organisé des consultations et des sessions d'information sur le droit du travail et la santé et la sécurité des salariés. Une attention particulière a été accordée aux activités des petites et moyennes entreprises et des entreprises se trouvant dans leur première année d'activité. Le rapport fait état d'une augmentation du nombre de consultations et de séminaires organisés par l'Inspection nationale du travail sur les questions de droit du travail et de santé et de sécurité au travail (371 consultations et séminaires en 2014 et 520 en 2015). Le rapport précise qu'après une visite de contrôle dans une petite ou micro entreprise, l'Inspection du travail formule et remet des recommandations à l'employeur afin qu'il remédie aux lacunes constatées dans la protection de la santé et de la sécurité des salariés et dans le respect du droit du travail. Les recommandations mettent l'accent sur l'élaboration d'une politique de santé et de sécurité et de respect du droit du travail au sein de l'entreprise, sur la gestion de ces questions en tenant compte de leur complexité et sur l'utilisation rationnelle des ressources humaines et financières disponibles. Les injonctions de mesures correctives et les amendes administratives ne sont utilisées que dans les cas extrêmes, lorsqu'il n'est pas possible d'atteindre les buts recherchés par d'autres mesures (par des conseils et des formations).

Le Comité constate l'existence, au niveau national et des entreprises, d'un système d'évaluation des risques professionnels, de mesures préventives adaptées à la nature des risques, ainsi que de mesures d'information et de formation des travailleurs. Il relève également que les services de l'Inspection nationale du travail participent au développement d'une culture de la santé et de la sécurité parmi les employeurs et les salariés et partagent les connaissances concernant les risques professionnels et leur prévention qu'ils ont acquises lors de leurs activités de contrôle.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que les pouvoirs publics participaient à la recherche scientifique et appliquée ainsi qu'à la formation en matière de santé et de sécurité au travail et a demandé des informations actualisées sur les activités de formation et les travaux de recherche menés au cours de la période de référence.

En ce qui concerne les travaux de recherche, le rapport précise que l'Institut de recherche sur le travail et les questions sociales, qui relevait du ministère de la Sécurité sociale et du Travail, a été réorganisé et rebaptisé Centre lituanien de recherche sociale, et placé sous la direction du ministère de l'Éducation et des Sciences en 2009. De plus, l'Institut d'hygiène (qui dépend budgétairement du ministère de la Santé), est constitué de trois centres spécialisés, dont l'un est le Centre de médecine du travail, qui étudie les effets de l'environnement de travail sur la santé et évalue les technologies sanitaires pour la santé au travail, tout en préparant et en testant des interventions innovantes pour la pratique de la santé au travail. Le rapport ajoute que ce centre a mené plusieurs études et a formulé de nombreuses recommandations concernant la formation de spécialistes de la santé au travail.

Le Comité prend note, dans le rapport, des exemples d'études réalisées à la demande du Ministère de la Sécurité sociale et du Travail en vue d'améliorer les conditions de travail et de créer des emplois de qualité.

Les formations sur la santé et la sécurité au travail sont dispensées sur la base des programmes approuvés par le Ministre de la Sécurité sociale et du Travail ou des programmes élaborés par les établissements de formation. Le Ministre de la Sécurité sociale et du Travail a adopté des programmes obligatoires sur la santé et la sécurité au travail destinés aux spécialistes de la santé et de la sécurité au travail, aux employeurs qui exercent leurs obligations en matière de santé et de sécurité et aux personnes désignées par les employeurs pour exercer les fonctions des services de santé et de sécurité au sein de leur entreprise. Il a également adopté un programme à l'intention des employeurs, à l'issue duquel ils se voient délivrer l'attestation nécessaire pour pouvoir démarrer leur activité. Les établissements de formation élaborent des programmes portant sur la santé et la sécurité au travail et forment, sur cette base, les salariés en fonction des besoins des entreprises.

Le rapport ajoute que la Procédure d'élaboration et d'agrément des programmes de formation aux questions de santé et de sécurité au travail a été modifiée. Le programme en la matière a été prolongé du 12 janvier 2013 jusqu'au 31 décembre 2013 et les programmes de formation destinés aux contremaîtres chargés de la maintenance des équipements potentiellement dangereux, aux responsables de travaux utilisant des équipements potentiellement dangereux et aux travailleurs qui utilisent de tels équipements ont été prolongés jusqu'au 31 décembre 2014. En 2012, dix-neuf programmes de formation destinés aux contremaîtres chargés de la maintenance des équipements potentiellement dangereux, aux responsables de travaux utilisant des équipements potentiellement dangereux et aux travailleurs qui utilisent de tels équipements ont été actualisés.

Le Comité constate l'existence d'un système visant à améliorer la sécurité et la santé au travail par la recherche, le développement et la formation.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que les organisations d'employeurs et de travailleurs étaient consultées sur la santé et la sécurité au travail, tant au niveau des pouvoirs publics que des entreprises, et a demandé des informations sur les relations entre les comités d'hygiène et de sécurité et les services de santé et de sécurité dans les entreprises. Dans sa réponse sur ce point, le rapport fournit revient sur l'organisation des comités d'hygiène et de sécurité institués dans les différentes entreprises en application de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail. Le service de santé et de sécurité d'une entreprise communique au comité d'hygiène et de sécurité des informations sur la situation en matière de santé et de sécurité dans l'entreprise. De plus, des spécialistes de la santé et de la sécurité participent aux activités desdits comités.

En réponse à la question du Comité concernant le travail des comité d'hygiène et de sécurité dans la pratique, le rapport précise que, selon l'article 13 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, le représentant de l'employeur ou la personne autorisée par l'employeur doit communiquer des informations aux travailleurs et les consulter sur toutes les questions concernant la situation en matière de santé et de sécurité, ainsi que sur la planification des mesures d'amélioration, leur organisation, leur mise en œuvre et leur contrôle. À cette fin, des comités d'hygiène et de sécurité doivent être constitués et des représentants des travailleurs qui seront amenés à exercer des responsabilités particulières dans le domaine de la santé de la sécurité doivent être nommés. Le représentant de l'employeur ou les chefs d'unités doivent créer les conditions permettant aux travailleurs et aux représentants des travailleurs dotés de responsabilités particulières dans le domaine de la santé et de la sécurité de prendre part aux discussions sur les questions de santé et de sécurité.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lituanie 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 Lituanie.

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

Le rapport dresse la liste des textes réglementaires modifiés durant la période de référence. Ces changements concernent, notamment, la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition au bruit, aux vibrations, aux atmosphères explosives et aux champs électromagnétiques, la durée du travail, la liste des travaux interdits et des risques sanitaires et le travail avec l'amiante.

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. Il 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 Lituanie 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 prévus par la législation et la réglementation en relation avec certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la 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. Le rapport précise que la directive 2009/104/CE a été transposée par l'arrêté n° 102 du 22 décembre 1999 du Ministre de la Sécurité sociale et du Travail de la République de Lituanie approuvant la réglementation générale relative à l'utilisation des équipements de travail, tel que modifié pour la dernière fois par l'arrêté n° A1-271 du 17 septembre 2005 portant modification à l'arrêté n° 102 du 22 décembre 1999 du Ministre de la Sécurité sociale et du Travail de la République de Lituanie approuvant la réglementation générale relative à l'utilisation des équipements de travail.

En ce qui concerne l'évaluation des risques professionnels aux postes de travail, le rapport souligne que, quelles que soient les activités menées, chaque entreprise doit évaluer les risques présents sur les lieux de travail. Selon l'article 260 du Code du travail, l'employeur doit protéger la santé et la sécurité des travailleurs. Afin de mettre en œuvre cette obligation et conformément à l'article 25(2) de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, la personne qui représente l'employeur procède (ou fait procéder) à une évaluation des risques sur le lieu de travail. Le rapport ajoute que cette évaluation permet de dresser un état des lieux de la situation en matière de santé et de sécurité des travailleurs dans l'entreprise et ses filiales, d'une manière générale et pour chaque poste de travail. Le Comité relève dans le rapport que l'organisation et l'établissement des évaluations des risques sur les lieux de travail, de même que l'enregistrement de leurs résultats, suivent la procédure voulue par le Règlement général relatif à l'évaluation des risques professionnels.

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

Protection contre les substances et agents dangereux

Le rapport souligne qu'afin de mettre en œuvre la Directive 2014/27/UE du Parlement européen et du Conseil, plusieurs règlements ont été révisés : le Règlement sur l'utilisation de la signalétique en matière de santé et de sécurité au travail, le Règlement sur la protection des salariés contre les risques liés à l'exposition aux agents chimiques au travail, le Règlement sur la protection des salariés contre les risques liés à l'exposition aux agents cancérigènes ou mutagènes au travail et la Liste des conditions de travail dangereuses et des risques pour les femmes enceintes, les femmes ayant récemment accouché et les femmes qui allaitent. Les textes de loi adoptés sont entrés en vigueur le 1er janvier 2015, soit à la date d'application du Règlement (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les mélanges.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les mesures adoptées pour intégrer la limite d'exposition de 0,1 fibre/cm^3 introduite par la Directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. Le rapport précise que la Directive 2009/148/CE a été transposée par le Règlement relatif au travail avec l'amiante approuvé par l'arrêté n° A1-184/V-546 du 16 juillet 2004 du Ministre de la Sécurité sociale et du Travail et du Ministre de la Santé tel que modifié pour la dernière fois par l'arrêté n° A1-323/V-716 du 8 juin 2015. Le Comité note que, selon le paragraphe 11 de ce Règlement, l'employeur doit veiller à ce qu'aucun travailleur ne soit exposé à une concentration d'amiante en suspension dans l'air supérieure à 0,1 fibre/cm^3 mesurée par rapport à une moyenne pondérée dans le temps sur 8 heures.

Le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2013) si les autorités avaient envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Compte tenu de l'importance que revêt cette question à la lumière du droit à la protection de la santé (article 11), il demande que le prochain rapport rende spécifiquement compte de ce qui a été fait en ce sens.

Le rapport ajoute que pendant ses séminaires de formation et de conseil, l'Inspection nationale du travail distribue des dépliants et brochures d'information sur les consignes de sécurité en cas de travail avec des matériaux contenant de l'amiante ou sur les risques liés à l'amiante. De plus, des informations sur les prescriptions de santé et de sécurité pour divers types d'activités sont publiées sur le site web de l'Inspection du travail sous la rubrique « Attention Amiante ! » (“*Atsargiai asbestas !”*). Cette rubrique présente une liste des textes réglementant les activités au contact de l'amiante, avec leurs versions résumées et des commentaires, ainsi que d'autres publications. Un manuel pratique intitulé « Prévention ou réduction des risques liés à l'amiante lors des travaux impliquant (ou pouvant impliquer) une exposition à l'amiante à l'intention des employeurs, des travailleurs et des inspecteurs du travail » a par ailleurs été publié.

Protection des travailleurs contre les rayonnements ionisants

Le rapport indique que le Centre de protection contre les radiations, créé le 1er janvier 1997 par arrêté du Ministre de la Santé, coordonne les activités de l'exécutif et des autres organes de l'administration publique et de l'administration locale dans le domaine de la protection contre les radiations, exerce la surveillance et le contrôle par l'État de la protection contre les radiations et assure le suivi et l'examen technique de l'exposition de la population. Le contrôle de l'exposition professionnelle correspond à l'évaluation des doses d'exposition interne et externe des travailleurs aux radiations. Ces évaluations servent de base pour mettre en place des conditions de travail sûres et déterminer si les mesures de protection contre les radiations utilisées sont efficaces. Si le titulaire de la licence d'exploitation n'est pas en mesure d'évaluer par lui-même l'exposition de ses salariés et

d'assurer le contrôle du lieu de travail, il peut confier cette tâche à un laboratoire agréé par le ministère de la Santé. Le Centre de protection contre les radiations procède à des contrôles et à des évaluations de l'exposition interne et externe des travailleurs.

D'après le rapport, la Convention n° 115 de l'OIT concernant la protection des travailleurs contre les radiations ionisantes (1960) a été ratifiée le 11 décembre 2012 et est entrée en vigueur le 27 mai 2014.

Le Comité conclut que les niveaux de prévention et de protection relatifs à l'amiante et aux radiations ionisantes sont conformes à l'article 3§2 de la Charte. 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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la protection accordée aux travailleurs employés de manière temporaire ou à durée déterminée par d'autres biais que celui d'une agence d'intérim. En réponse, le rapport précise que le droit à des conditions de travail qui ne présentant pas de risques pour la santé et la sécurité doit être garanti à tout travailleur quels que soient la nature de l'activité de l'entreprise, le type de contrat de travail, le nombre de salariés, la rentabilité de l'entreprise, le poste de travail, l'environnement de travail, le type de tâches, la durée de la journée de travail et la nationalité, la race, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, l'origine sociale, les opinions politiques ou la confession religieuse du travailleur. Selon l'article 3.1 de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail, les garanties de sécurité et de santé au travail, prévues par la loi, s'appliquent également aux fonctionnaires de l'État, des institutions municipales et des services qui en dépendent. Le Comité relève dans le rapport que toutes les dispositions de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail et des autres textes législatifs régissant ces questions s'appliquent aux travailleurs employés de manière temporaire ou à durée déterminée.

En réponse à la question du Comité, le rapport précise que, selon l'article 270(1) du Code du travail, un employeur ne peut demander à un travailleur de commencer à travailler dans son entreprise s'il n'a pas été informé des questions de sécurité au travail, quelle que soit l'activité économique de l'entreprise. Aux termes de l'article 264(2)(4) du Code du travail, la réglementation interne en matière de sécurité et d'hygiène est élaborée par l'employeur ou par la personne qui le représente et, selon l'article 27(1) de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail, le représentant de l'employeur définit la procédure d'information et de formation des travailleurs de l'entreprise. Le rapport ajoute que, lorsqu'un travailleur n'a pas les compétences professionnelles requises ou n'a pas été suffisamment formé pour pouvoir travailler en toute sécurité et sans mettre sa santé en danger, le représentant de l'employeur ou la personne autorisée doit organiser une formation à son intention sur le lieu de travail, dans l'entreprise ou dans un établissement d'enseignement dispensant des formations conformément au Règlement général régissant les formations et certifications dans le domaine de la santé et de la sécurité des travailleurs.

Le rapport indique par ailleurs que la Procédure d'élaboration des instructions en matière de santé et de sécurité et d'information des salariés transférés provisoirement d'une entreprise vers une autre sur la base d'un accord entre employeurs a été approuvée le 10 août 2012 par l'arrêté n° V-240 du Directeur national de l'Inspection du travail.

Compte tenu de ces informations, le Comité considère 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 demandé des exemples concrets illustrant la manière dont la protection accordée par la législation et la réglementation était appliquée aux travailleurs indépendants, par exemple dans le secteur de la sylviculture. Le rapport précise que les dispositions du Code du travail et de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail s'appliquent à tous les employeurs (c.-à-d. à toute entreprise, institution, organisation ou autre structure). Un employeur peut être une personne physique. Le Code civil régit la capacité active et passive d'un employeur (une personne physique). Les employeurs (personnes physiques) exercent eux-mêmes leurs droits et responsabilités. Le Comité prend note, dans le rapport, de la liste des personnes considérées comme travailleurs indépendants : entrepreneurs individuels, associés de sociétés en nom collectif, commandités de sociétés en commandite et personnes engagées dans des activités individuelles au sens défini par la loi relative à l'impôt sur le revenu. Selon le rapport, les travailleurs indépendants exercent eux-mêmes leurs droits et responsabilités conformément à la législation et à la réglementation.

Le rapport souligne que ni le Code du travail, ni la loi relative à la sécurité et à la santé au travail ne distinguent les travailleurs indépendants des autres employeurs et n'en font spécifiquement mention. La notion de « travailleur indépendant » n'est pas utilisée dans ces textes de loi, mais figure en revanche dans le Règlement général relatif à l'équipement des lieux de travail sur les chantiers de construction (approuvé par l'arrêté n° A1-22/D1-34 pris le 15 janvier 2008 par le Ministre de la Sécurité sociale et du travail et le Ministre de l'Environnement) et dans les dispositions relatives à la prévention des accidents graves dans le secteur des hôpitaux et des soins de santé (approuvées par l'arrêté n° A1-157/V-210/V-501 pris le 16 mars 2012 par le Ministre de la Sécurité sociale et du Travail et le Ministre de la Santé). D'après le rapport, les travailleurs indépendants assument, au cours de leur travail, les responsabilités à la fois de l'employeur et du travailleur et doivent respecter le Code du travail, la loi relative à sécurité et à la santé au travail et les autres textes réglementaires.

Aux termes de l'article 5§2 de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail, le Ministre de la Santé fixe les prescriptions de sécurité et de santé pour chaque activité ou en fonction de l'exposition des travailleurs à certains facteurs. Ces prescriptions doivent obligatoirement être respectées par les personnes morales et physiques, quel que soit leur statut. En outre, le règlement relatif à la santé et à la sécurité en milieu professionnel se concentre sur l'exécution de tâches spécifiques et sur l'utilisation d'équipements particuliers. Il s'applique lui aussi aux personnes physiques comme aux personnes morales, indépendamment de leur statut.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures permettant de surveiller et de contrôler que la protection accordée par la règlementation aux travailleurs indépendants, à domicile et aux employés de maison est appliquée dans la pratique.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a examiné la situation et a considéré que les organisations d'employeurs et de travailleurs étaient consultées sur les questions touchant à la santé et à la sécurité au travail, tant au niveau des autorités publiques qu'au niveau des entreprises. En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013) concernant les relations entre les comité d'hygiène et de sécurité et les services de santé et de sécurité dans les entreprises, le rapport explique que des comités d'hygiène et de sécurité doivent être créés dans les entreprises de 50

salariés ou plus. Dans les entreprises de moins de 50 salariés, de tels comités peuvent être constitués à l'initiative de l'employeur ou du représentant des salariés, ou sur proposition de plus de la moitié des salariés de l'entreprise. Le service de sécurité et de santé de l'entreprise fournit au comité d'hygiène et de sécurité des informations sur la situation en matière de santé et de sécurité dans l'entreprise. Les spécialistes de la santé et de la sécurité au travail participent aux activités des comités.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations sur l'activité des comités d'hygiène et de sécurité dans la mise en œuvre de la législation et de la règlementation spécifique aux risques, notamment dans les petites et moyennes entreprises. Le rapport précise que le comité d'hygiène et de sécurité a notamment pour mission d'analyser les causes et les circonstances des accidents du travail et des maladies professionnelles et de proposer des mesures de prévention à l'employeur, d'examiner la situation en matière de santé et de sécurité de l'entreprise, de prendre connaissance des informations présentées par le représentant de la santé et de la sécurité des salariés concernant le respect des prescriptions légales dans l'entreprise ou sur le navire et les contrôles exercés en la matière et d'élaborer des propositions sur les façons d'améliorer la sécurité et la santé sur les lieux de travail.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lituanie est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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 Lituanie.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé que la situation de la Lituanie n'était pas conforme à l'article 3§3, au motif que les mesures prises pour réduire le nombre excessif d'accidents mortels étaient insuffisantes. Il a demandé que lui soit expliqué pourquoi les chiffres relatifs aux accidents mortels indiqués dans le rapport différaient de ceux publiés par EUROSTAT. Le Comité prend note des explications fournies dans le rapport.

Le rapport précise que le nombre d'accidents mortels du travail a nettement diminué entre 2008 et 2015, de 82 en 2008 à 42 en 2015, et reconnaît que le taux d'incidence des accidents mortels du travail est trop élevé. D'après le rapport, la période 2013-2014 pourrait être qualifiée de période de stabilisation, puisque le nombre d'accidents mortels du travail (59 en 2013 et en 2014) et leurs taux d'incidence (5 en 2013 et 4,9 en 2014) se sont stabilisés. En 2015, le nombre et le taux d'incidence des accidents mortels du travail (3,5) ont à nouveau amorcé une baisse. Le rapport ajoute que le taux d'incidence des accidents non mortels du travail n'a cessé d'augmenter (de 181,2 en 2009 à 293,2 en 2015).

Le Comité constate que, d'après les données chiffrées fournies par Eurostat, le nombre d'accidents non mortels du travail ayant entraîné au moins quatre jours civils d'absence a augmenté pendant la période de référence (de 2 808 en 2012 à 3 120 en 2014). Le taux d'incidence standardisé des accidents non mortels du travail, également en augmentation, est passé de 280,19 pour 100 000 travailleurs en 2012 à 296,67 en 2014. Le Comité note que ces taux sont significativement inférieurs aux taux moyens relevés dans l'UE des 28 (1 717,15 en 2012 et 1 642,09 en 2014). Le nombre d'accidents mortels du travail, en légère baisse, est passé de 58 en 2012 à 55 en 2014. Le taux d'incidence normalisé des accidents mortels du travail a été ramené de 6,26 pour 100 000 travailleurs en 2012 à 5,56 en 2014. Le Comité note que les taux d'incidence normalisés des accidents mortels du travail sont nettement supérieurs aux taux moyens enregistrés dans des 28 pays de l'UE (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), au vu du taux d'incidence excessivement faible des accidents du travail par rapport au taux moyen observé dans l'UE des 27, le Comité a demandé des informations détaillées sur les obligations de déclaration des accidents du travail et sur les mesures prise pour lutter contre l'éventuelle sous-déclaration de ces accidents dans la pratique. En réponse, le rapport précise qu'en Lituanie, les accidents non mortels du travail sont divisés entre accidents graves et accidents mineurs. Selon la loi relative à la sécurité et à la santé au travail, l'Inspection nationale du travail mène des enquêtes sur tous les accidents mortels et graves (soit les accidents déclarés comme graves par le médecin traitant conformément aux procédures approuvées par le Ministre de la Santé) survenus pendant le travail. En cas d'accident mineur du travail, c'est l'employeur qui procède aux investigations, sous le contrôle d'une commission bipartite composée d'un représentant des travailleurs exerçant des responsabilités particulières dans le domaine de la sécurité et de la santé et d'un représentant de l'employeur. La législation (la loi relative à la sécurité et à la santé au travail et le Règlement relatif aux enquêtes sur les accidents du travail et à leur enregistrement) oblige l'employeur à signaler les accidents du travail à l'Inspection nationale du travail. Les prestations sociales accordées à l'employeur pour les jours perdus en raison d'un accident du travail lui sont versées après que l'enquête a été menée et que les documents attestant de l'enquête ont été transmis à l'Inspection nationale du travail et à l'antenne locale de la Caisse d'assurance sociale.

D'après le rapport, la plupart des accidents surviennent dans les entreprises du bâtiment, de l'industrie manufacturière et des secteurs de la sylviculture et de l'agriculture (environ 80 %

des accidents mortels du travail) ou sont dus à des chutes survenant lors de travaux en hauteur (environ 30 %). Le rapport précise que l'Inspection nationale du travail planifie ses activités en fonction des statistiques susmentionnées et se concentre sur la réduction du nombre de manquements aux règles de sécurité et de santé au travail.

En réponse à la demande de données statistiques sur les maladies professionnelles mortelles, le rapport précise qu'une seule maladie professionnelle mortelle (d'un mécanicien aéronautique victime de la malaria) a été enregistrée en Lituanie en 2015. Le rapport ajoute que le Centre de médecine du travail, établi au sein de l'Institut d'hygiène, tient un Registre national des maladies professionnelles. Le Registre national des maladies professionnelles recueille les données relatives aux maladies professionnelles, les analyse et diffuse des informations statistiques à ce sujet, et encourage la recherche dans le domaine de la santé au travail. D'après les données du registre, le nombre de cas signalés de maladies professionnelles, en augmentation, est passé de 393 en 2012 à 437 en 2015. Le taux d'incidence de ces maladies, également en hausse, est passé de 30,8 en 2012 à 32,7 en 2015. D'après le rapport, les principaux diagnostics font état de pertes d'audition dues au bruit ainsi que de maladies du système nerveux et de troubles musculosquelettiques causés par des vibrations transmises à l'ensemble du corps, la manipulation de lourdes charges et le travail répétitif dans le secteur manufacturier, le bâtiment, les transports et l'agriculture.

En outre, le rapport souligne que l'Inspection nationale du travail prend part à l'élaboration du Plan national d'action stratégique 2017-2020 sur la santé et la sécurité au travail et a déjà soumis une série de propositions visant à introduire de nouvelles mesures d'exécution « souples » et « sévères », à adopter des méthodes de contrôle non traditionnelles et à renforcer l'efficacité des sanctions.

Le Comité considère, au vu des données communiquées, que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents mortels au travail demeurent insuffisantes. Il 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'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Le Comité a ajourné sa précédente conclusion sur ce point et a demandé des informations sur les mesures adoptées pour renforcer les visites de contrôle dans les petites et moyennes entreprises, sur les modalités de déclaration des accidents du travail non graves et d'enquête sur ceux-ci, sur les résultats de la politique de prévention, d'information et de conseil et sur le nombre de condamnations pénales prononcées à l'issue des poursuites pénales.

En réponse, le rapport précise qu'en 2015, l'Inspection nationale du travail a mené une activité axée sur l'aide aux entreprises, dans le cadre de laquelle elle a organisé des consultations et des sessions d'information sur le droit du travail et la santé et la sécurité des salariés. Une attention particulière a été accordée aux activités des petites et moyennes entreprises, et des entreprises en première année d'activité. En 2015, 54 % des visites de contrôle de l'Inspection nationale du travail ont concerné des micro-entreprises (pas plus de neuf salariés) et 29,7 % ont visé des petites entreprises (pas plus de 49 salariés). Le rapport souligne que, dans pratiquement plus de la moitié des cas, après une visite d'inspection dans une petite ou micro entreprise, des recommandations sont formulées et communiquées à l'employeur, l'invitant à remédier aux lacunes constatées en ce qui concerne la sécurité et la santé des salariés et le respect du droit du travail.

Le rapport ajoute que, pour les consultations sur les questions touchant à la santé et à la sécurité des travailleurs et au droit du travail qui concernent les activités économiques les plus risquées et les travaux les plus dangereux accomplis par les entreprises (en ce compris

les petites et les micro-entreprises), des listes de contrôle et des recommandations méthodiques sont établies et publiées sur le site web de l'Inspection nationale du travail.

De plus, en 2013, l'Inspection nationale du travail, grâce aux financements de l'Union européenne, a lancé un projet visant à mettre en place un système de services électroniques destinés aux employeurs. Ce système permettra de remplir et de soumettre une déclaration en ligne concernant la sécurité des salariés et la conformité des lieux de travail avec la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Le rapport précise que le but de l'Inspection nationale du travail n'est pas d'infliger des sanctions, mais de contrôler, d'aider, de conseiller et de mettre tout en œuvre pour atteindre un objectif commun, à savoir l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs, le développement d'une culture de prévention et la réduction du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

En réponse à la question du Comité concernant le Centre de protection contre les radiations, le rapport précise qu'il coordonne les activités de l'exécutif et des autres organes de l'administration publique et de l'administration locale dans le domaine de la protection contre les radiations, exerce la surveillance et le contrôle par l'État de la protection contre les radiations et assure le suivi et l'examen technique de l'exposition de la population. D'après le rapport, en 2015, le centre employait 52 personnes. Les visites de contrôle effectuées par le centre visent à s'assurer que les personnes physiques et morales appliquent toutes les mesures nécessaires pour protéger les personnes et l'environnement contre les effets nocifs des rayonnements ionisants. Le rapport précise que les visites de contrôle peuvent être planifiées (407 en 2015) et non planifiées (250 en 2015). En application du Règlement relatif à la surveillance par l'État de la protection contre les radiations, 657 visites de contrôle (dans 644 entreprises) ont été effectuées en 2015. Le rapport souligne que, malgré toutes les mesures prises pour assurer l'application des normes de protection contre les radiations, le nombre d'infractions constatées n'a pas diminué (162 personnes morales en 2015). Il a cependant été remédié à la majorité des infractions pendant la visite de contrôle ou dans les délais imposés, sans causer de menace pour autrui. Néanmoins, 21 sanctions administratives ont été infligées en 2015.

Le rapport ne contient pas de chiffres pertinents concernant le nombre de visites de contrôle en matière de santé et de sécurité effectuées par l'Inspection du travail, la proportion d'entreprises et de travailleurs couverts par ces visites, le nombre d'infractions à la réglementation en matière de santé et de sécurité et la nature et le type des sanctions infligées. Le Comité note que, selon les données chiffrées publiées par ILOSTAT, en 2013, le nombre d'inspecteurs du travail était de 193, le nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10 000 salariés était de 1,5 et le nombre de visites de contrôle effectuées par l'inspection du travail s'est élevé à 10 069.

Le Comité note également que, selon les rapports de l'Inspection nationale du travail, le nombre de salariés exerçant des tâches liées à la santé et à la sécurité au travail, en diminution, est passé de 211 en 2012 à 197 en 2014. Toutefois, 9 926 visites de contrôle ont été effectuées en 2012, et 10 582 en 2015. D'après le rapport établi en 2015 par l'Inspection nationale du travail, 798 injonctions ordonnant des mesures correctives dans le domaine de la santé de la sécurité au travail et 38 interdictions ont été prononcées, 410 amendes administratives ont été proposées par l'Inspection du travail pour des questions de santé et de sécurité au travail et 188 affaires concernant la santé et la sécurité au travail ont été déférées au ministère public (en Lituanie, le Ministère public ne peut être saisi qu'en cas d'accident mortel ou non mortel du travail).

Le Comité prend note de ces informations qui, toutefois, ne lui suffisent pas pour se prononcer sur la conformité de la situation à ce volet de l'article 3§3 de la Charte. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les points suivants : toute modification qui aurait été apportée au cadre général régissant les activités de l'inspection du travail pendant la période de référence ; le nombre d'inspecteurs affectés au contrôle de

l'application de la législation et de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail, en faisant une distinction claire entre le personnel administratif et le personnel chargé des inspections ; le nombre de visites de contrôle générales, thématiques et inopinées consacrées exclusivement à la législation et à la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ; l'application concrète de la législation et de la réglementation relatives à l'inspection du travail sur l'ensemble du territoire national ; le détail, par catégorie, des mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre, et le nombre de mesures effectivement prises pour chaque catégorie ; l'issue des affaires déférées au ministère public en vue d'engager des poursuites pénales ; et des données chiffrées pour chaque année de la période de référence. En attendant, le Comite conclut qu'il n'est pas etablis que le system d'inspection du travail, en ce qui concerne santé et de sécurité au travail soit efficace.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents mortels au travail sont insuffisantes ;
- il n'est pas établi que le système d'inspection du travail en ce qui concerne santé et de sécurité au travail soit efficace.

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 Lituanie.

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion et a demandé que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur le contenu des services de santé au travail dans la pratique lorsque ces fonctions sont exercées par l'employeur, la proportion de services de sécurité et de santé au travail internes, la proportion de services de sécurité et de santé au travail externes, le taux de couverture par les médecins du travail, les modalités d'accès des travailleurs indépendants, intérimaires, temporaires et employés à durée déterminée aux services de santé au travail et les modalités de contrôle par l'Inspection nationale du travail du respect des obligations légales dans la pratique, notamment de l'obligation résultant de l'article 12 de la loi n° IX-1672 de doter les entreprises de services de sécurité et de santé au travail en rapport avec leurs effectifs et la nature des risques. Il a également demandé des informations concernant l'existence d'une stratégie visant, en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, à améliorer l'accès aux services de santé au travail.

Le rapport ne fournit aucune des informations demandées. Le Comité relève dans OSHWiki qu'afin de garantir la santé et la sécurité dans une entreprise, l'employeur peut nommer un ou plusieurs spécialistes de la santé et de la sécurité ou créer un service de santé et de sécurité dans l'entreprise. L'employeur peut conclure un contrat avec une personne morale ou physique qui exercera les fonctions du service de santé de sécurité ou une partie de celles-ci. Cette personne doit avoir l'une des qualifications figurant dans le Descriptif des qualifications exigées pour les professionnels de la santé et de la sécurité au travail, approuvé par le Ministre de la Sécurité sociale et du Travail le 15 juillet 2010. Ces personnes ont pour mission de formuler des propositions de mesures préventives visant à protéger les travailleurs contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, de coordonner la mise en œuvre de ces mesures et de veiller au respect des prescriptions en matière de santé et de sécurité au sein de l'entreprise. Elles sont placées sous la responsabilité directe du représentant de l'employeur ou de la personne autorisée par l'employeur. La procédure de création de services de santé et de sécurité dans les entreprises, ainsi que les fonctions, les droits et les obligations des personnes désignées par l'employeur sont définis par le Règlement modèle relatif aux services de santé et de sécurité dans les entreprises, approuvé par le Ministre de la Sécurité sociale et du Travail et le Ministre de la Santé le 2 juin 2011. Le Règlement détermine également le nombre de spécialistes de la santé de la sécurité devant être présents dans une entreprise en fonction du type d'activité économique, du nombre de salariés et des risques professionnels existants. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes informations utiles à cet égard.

En ce qui concerne les services externes de santé et de sécurité au travail, le Comité note également, d'après OSHWiki, qu'en l'absence de personnel compétent à même d'exercer les fonctions du service de santé et de sécurité, l'employeur peut faire appel à un service ou à des personnes externes qui assumeront ces fonctions, conformément à la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, adoptée le 1er juillet 2003. Les personnes physiques qui exercent les fonctions incombant au service de santé et de sécurité de l'entreprise doivent avoir les mêmes qualifications que celles exigées des spécialistes des services internes. Elles doivent par ailleurs disposer des moyens nécessaires pour accomplir leur mission, qui consiste notamment à proposer des mesures préventives visant à protéger les travailleurs contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, à coordonner la mise en œuvre de ces mesures et à veiller au respect des prescriptions en matière de santé et de sécurité au travail au sein de l'entreprise. L'employeur et la personne morale ou physique exerçant les fonctions du service de santé et de sécurité de l'entreprise ou une partie de celles-ci doivent conclure un accord définissant leurs obligations mutuelles. Cet accord devrait également fixer le nombre de spécialistes de la santé de la sécurité au travail

affectés par la personne morale et/ou le nombre de personnes physiques appelées à exercer les fonctions du service de santé et de sécurité de l'entreprise ou une partie de celles-ci, sachant qu'il ne doit pas être inférieur au nombre spécifié par le Règlement modèle relatif aux services de santé et de sécurité dans les entreprises. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes informations utiles à cet égard.

Le rapport indique qu'une étude a été menée afin d'évaluer l'efficacité préventive des services de santé et de sécurité dans les entreprises lituaniennes entre 2011-2012. Elle a révélé que ces services ne disposaient pas des ressources humaines nécessaires pour exercer efficacement leurs fonctions. Afin d'adopter de bonnes pratiques, une coopération a été mise en place avec des organisations internationales, ainsi qu'avec des pays de la région de la mer Baltique et des pays scandinaves. Le rapport fait aussi état de deux projets menés en 2011-2012, dont l'un visait à évaluer l'efficacité préventive des services de santé et de sécurité dans les entreprises et l'autre à évaluer les examens médicaux périodiques auxquels sont soumis les salariés et la détermination des maladies professionnelles.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§4, les États 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. Il peut s'agir de services communs à 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).

Le Comité constate que le rapport ne contient pas les informations demandées concernant les efforts déployés pour promouvoir l'institution progressive de services de médecine du travail. Par conséquent, il considère que l'existence d'une stratégie visant à instituer l'accès aux services de santé au travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité n'est pas établi. Rappelant que le rapport doit fournir des informations complètes et actualisées sur les changements intervenus dans la législation et la réglementation pertinentes pendant la période de référence, le Comité renouvelle l'ensemble de ses questions.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 3§4 de la Charte, au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe une stratégie visant à instituer progressivement l'accès aux services de santé au travail pour tous les travailleurs.

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 Lituanie.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance (moyenne des deux sexes confondus) était de 73,6 en 2015 (73,23 en 2009). Elle était donc toujours inférieure à celle des autres pays européens, l'espérance de vie à la naissance étant estimée à 80,6 ans en 2015 pour les 28 pays de l'UE. Le rapport indique que l'espérance de vie a augmenté de 0,75 an pour les hommes et de 0,18 an pour les femmes sur la période de référence 2012-2015.

Le rapport indique que le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) a oscillé entre 13,7 en 2012 et 14,4 en 2015 (la moyenne des 28 pays de l'UE était de 10,3 en 2015). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les principales causes de décès et les mesures et programmes visant à réduire la morbidité et la mortalité dues à ces affections.

Le rapport indique que le taux de mortalité infantile (nombre d'enfants décédés pour 1 000 enfants nés vivants) s'élevait à 4,2 (3,9 en 2012). En 2014, la moyenne des 28 pays de l'UE s'établissait à 3,7 enfants décédés pour 1 000 enfants nés vivants.

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, le Comité a noté précédemment qu'il avait baissé, passant de 11 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005 à 4,29 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (Conclusions 2013). Le rapport ne contient pas d'informations à jour sur ce point. Le Comité note que, selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle était de 10 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2012-2015. Il demande que des informations actualisées sur le taux de mortalité maternelle figurent dans le prochain rapport.

Accès aux soins de santé

Le Comité renvoie à sa précédente conclusion pour une brève description du système de soins de santé, dans laquelle il a relevé que toutes les personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire bénéficiaient de soins de santé gratuits (Conclusions 2009 et 2013).

Il a aussi pris note des mesures prises pour réduire le prix des médicaments en vue d'atténuer les effets de la participation financière des patients (Conclusions 2013). Le rapport indique qu'au cours de la période de référence (2012-2015), 100 nouveaux médicaments ont été inscrits sur la liste des médicaments remboursables aux patients atteints d'une pathologie grave. En 2015, 11,5 millions de prescriptions de médicaments remboursables ont été enregistrées, soit 4,3 % de plus qu'en 2010. Bien que le nombre de prescriptions ait augmenté, le coût pour les patients et l'État a diminué.

Le Comité a relevé précédemment que les paiements informels, qui sont des indicateurs négatifs de l'accessibilité des services, étaient répandus en Lituanie et demeuraient une pratique courante. Il a demandé des commentaires sur ce point (Conclusions 2013).

Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport concernant les mesures prises durant la période de référence en vue de réduire les paiements informels, à savoir : campagnes de sensibilisation, procédures de contrôle et enquêtes visant à déterminer le niveau de corruption au sein du système d'assurance maladie obligatoire. Le rapport souligne que les mesures destinées à lutter contre les paiements informels s'inscrivent dans le cadre du plan national de lutte contre la corruption, ainsi que dans le cadre des plans anticorruption du ministère de la Santé et de la Caisse nationale d'assurance maladie. Le Comité demande à être informé de l'impact et des résultats des mesures déployées dans le but de réduire les paiements informels aux médecins et d'y mettre fin.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si des mesures étaient prises pour améliorer le contenu et la portée des services de santé publique, en vue de répondre aux besoins et attentes de la population (Conclusions 2013). Le rapport décrit les mesures prises durant la période de référence pour améliorer le système de santé ; il fait ainsi état de la mise en place d'un système des groupes homogènes de malades aux fins de la prise en charge financière de toutes les pathologies aigües en milieu hospitalier, de l'adoption de mesures destinées à renforcer les soins de santé primaire, comme la compétence élargie octroyée aux médecins de famille afin qu'ils aient la possibilité de prescrire et évaluer davantage d'analyses, du recours à de nouveaux services incitatifs et de la création de services rentables, comme de nouvelles consultations, ainsi que d'une offre plus étoffée de consultations conjuguant travaux de recherche et actions thérapeutiques, du développement de la chirurgie ambulatoire et des services d'hospitalisation de jour, de l'actualisation du cahier des charges pour les actes chirurgicaux réalisables en régime ambulatoire, du déploiement à compter du 1er juillet 2014 d'un programme national de dépistage du cancer du côlon, et enfin, de la mise au point de nouveaux types de dépistage néonatal (galactosémie et hyperplasie congénitale des surrénales).

Le rapport explique en outre que depuis 2014, lorsqu'une personne contacte un établissement de santé, la prise en charge ambulatoire initiale doit être assurée le jour même en cas d'urgence médicale et, s'il s'agit de soins programmés, dans un délai de cinq jours calendaires à compter de la date à laquelle le patient a pris rendez-vous. Le rapport ajoute que les prestataires de soins primaires doivent faire en sorte que les soins soient assurés le jour même en cas d'urgence et sous cinq jours calendaires en cas d'aggravation d'une maladie chronique. Pour ce qui est de la gestion des listes et des délais d'attente, le rapport indique que la Caisse nationale d'assurance maladie a pris, en 2014, un arrêté relatif à l'inscription sur les listes d'attente des soins de santé et à leur suivi. Le Comité prend note des mesures prises en matière de gestion et de suivi des listes d'attente. Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées concernant le délai d'attente réel et le délai d'attente moyen pour les soins primaires et spécialisés ainsi que pour les opérations bénignes.

Le Comité relève dans la publication *« Health System Review Lithuania 2013 »* de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, qui dresse un état des lieux du système de santé lituanien en 2013, que la Lituanie a utilisé la crise économique comme levier pour faire baisser le prix des médicaments. Cependant, le ticket modérateur reste élevé (notamment pour les produits pharmaceutiques) et pourrait menacer l'accès aux soins des catégories vulnérables de la population. Le Comité note que, d'après les données Eurostat, les dépenses de santé représentaient 6,2 % du PIB en 2014, le ticket modérateur (contributions financières versées par les ménages) 31,5 %. La moyenne de l'OCDE pour les dépenses de santé représentait 8,9 % du PIB en 2013.

Le Comité rappelle que le droit à l'accès aux soins de santé implique que la prise en charge des soins de santé soit en tout ou en partie collective (Conclusions I, 1969, Observation interprétative de l'article 11) et que le coût des soins ne représente pas une charge trop lourde pour les individus. Les sommes réclamées aux patients ne doivent pas constituer la principale source de financement du système de santé (Conclusions 2013, Géorgie). A cette fin, des mesures visant à atténuer les effets de la participation financière des patients parmi les catégories défavorisées de la population doivent être prises (Conclusions XVII-2 (2005), Portugal). Le Comité demande à être tenu informé des mesures prises pour réduire le ticket modérateur, y compris le coût des médicaments pour l'ensemble de la population, en particulier pour les catégories vulnérables, et des résultats obtenus.

Compte tenu du problème persistant des paiements informels et du ticket modérateur élevé, le Comité considère qu'il n'est pas établi que des mesures suffisantes soient prises pour garantir le droit d'accès aux soins de santé dans la pratique.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), le Comité a demandé des informations concernant l'existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes et l'éventail des possibilités et des traitements offerts. Le rapport mentionne l'arrêté du 21 août 2012 du Ministre de la Santé portant approbation de la procédure prévue pour la prestation de services de réadaptation psychosociale de personnes atteintes de troubles mentaux (y compris celles présentant des addictions), qui a pris effet à compter du 1er janvier 2014. Depuis le 1er juillet 2015, ces services sont couverts par l'assurance maladie obligatoire. Le rapport ajoute que les services de réadaptation psychosociale sont assurés en régime ambulatoire ou en milieu hospitalier. Ils peuvent être fournis par les établissements suivants : centres de santé mentale, centres hospitaliers spécialisés en santé mentale, hôpitaux de jour, centres de jour, centres de réadaptation psychosociale.

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 précédemment demandé si, en Lituanie, la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif susceptible de nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013). Le rapport indique que le ministère de la Justice, en coopération avec le ministère de la Santé et d'autres spécialistes, a préparé un projet de loi visant à modifier les dispositions du code civil en y incluant le droit à changer de sexe à l'état civil. Ce projet a été soumis au Gouvernement et des discussions sont en cours à ce sujet. Le Comité prend note des observations formulées par Transgender Europe et l'ILGA (Région Europe) au cours du présent cycle de contrôle, dont il ressort que, faute de textes de loi en la matière, les personnes transgenres sont contraintes de saisir les tribunaux pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre. Le Comité demande à être informé de tout fait nouveau concernant l'adoption des amendements au code civil.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures suffisantes soient prises pour garantir le droit d'accès aux soins de santé dans la pratique.

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 Lituanie.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité relève dans le rapport que le ministère de l'Éducation a élaboré des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies tels que le programme-cadre d'éducation à la santé (2012), le programme-cadre d'éducation à la santé et à la sexualité et de préparation à la vie familiale (2016), ou encore le programme « J'apprends à nager » (grâce auquel plus de 4 200 élèves ont appris à nager en 2016).

L'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de la politique de santé publique. Les activités peuvent être plus ou moins développées selon les problèmes de santé publique les plus importants dans le pays (Conclusions 2007, Albanie). Des mesures doivent viser la prévention des modes de vie nuisibles pour la santé (tels que : tabac, alcool, drogue) et encourager le développement du sens de la responsabilité individuelle dans des domaines tels que l'alimentation, la sexualité, l'environnement (Conclusions XV-2, la République slovaque). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur les mesures prises et les campagnes menées par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.

S'agissant de l'éducation à la santé à l'école, le Comité a précédemment noté l'existence d'une procédure de reconnaissance des établissements scolaires qui promeuvent la santé, fondée sur plusieurs critères. Il a demandé quelle était la proportion d'établissements scolaires à avoir été reconnus en tant qu'établissements promouvant la santé dans le cadre de cette procédure (Conclusions 2013). Le rapport indique que le nombre d'établissements ayant obtenu cette reconnaissance était de 403 en 2015. Il ajoute que 14,2 % des élèves participent à des activités extra-scolaires et la plupart d'entre eux (33,8 %) pratiquent des activités liées au sport.

Le Comité rappelle que les États parties doivent s'assurer que l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires, que les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif, que la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante – il faut, en particulier, s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique – et qu'une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (Centre international pour la protection juridique des droits de l'homme (INTERIGHTS) c. Croatie – Réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphes 46 – 47). Le Comité demande que le prochain rapport indique si une éducation sexuelle et génésique est proposée dans les établissements scolaires de la Lituanie et sous quelle forme.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment pris note des services de consultation et de dépistage existant pour les femmes enceintes et pour les enfants à l'école (Conclusions 2013). Le Comité rapelle que des consultations et dépistages gratuits et réguliers doivent exister pour les femmes enceintes et les enfants et être répartis sur tout le territoire (Conclusions 2005, République de Moldova). Il demande des informations actualisées sur ce point.

Le rapport indique que la procédure de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles (2000), modifiée en août 2015, fixe le nombre et la périodicité des bilans de

santé (réalisation d'examens ophtalmologiques objectifs, tests et analyses, etc.) pour différentes tranches d'âge (moins de 18 ans, 19-40 ans, 41-65 ans, plus de 65 ans). Les examens sont réalisés par un médecin de famille et du personnel infirmier, et ces services sont couverts par l'assurance maladie obligatoire.

S'agissant de la consultation et du dépistage de la population dans son ensemble, le Comité a, dans ses Conclusions 2013, jugé la situation non conforme à l'article 11§2 de la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que la prévention par le dépistage soit utilisée pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

Le Comité a procédé à une nouvelle appréciation de la situation en 2015 et conclu qu'elle était conforme à l'article 11§2 sur ce point (Conclusions 2015). Le Comité a pris note de l'existence de cinq programmes nationaux de dépistage en Lituanie : quatre programmes de dépistage du cancer (cancer du col de l'utérus, cancer du sein, cancer de la prostate et cancer colorectal) et un programme de dépistage des maladies cardiovasculaires. Ces programmes sont financés par l'assurance maladie obligatoire (Conclusions 2015).

Le présent rapport ajoute qu'un programme de prévention bucco-dentaire destiné aux enfants âgés de 6 à 14 ans a été lancé en 2005. Ce programme, qui consiste à appliquer, le cas échéant, des résines de scellement pour protéger les molaires des enfants, est également financé par l'assurance maladie obligatoire.

Le Comité a demandé des données actualisées sur les taux de couverture (nombre de personnes dépistées dans la population cible) et sur l'impact des programmes de dépistage (sur les taux de diagnostic précoce, les taux de survie, etc.) (Conclusions 2015). Le rapport ne contenant pas ces informations, le Comité renouvelle sa question.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lituanie 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 Lituanie.

Environnement sain

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note d'un certain nombre de projets et de règlements adoptés en vue de réduire les risques environnementaux, en particulier dans les domaines de la gestion de l'eau, du traitement des eaux usées et du bruit ambiant. Il a demandé que le rapport suivant fournisse des informations actualisées sur la mise en œuvre des mesures et des politiques de protection de l'environnement (Conclusions 2013).

Le rapport ne contient aucune information à ce sujet. Le Comité renouvelle sa demande d'informations concernant les mesures concrètes qui ont été prises et les dispositions du cadre législatif et réglementaire en matière environnementale relatives à la prévention des risques évitables. Il demande aussi des informations sur les niveaux et tendances observés durant la période de référence pour ce qui concerne la pollution de l'air, le traitement des déchets, la pollution de l'eau et la sécurité alimentaire. Il souligne que, dans l'hypothèse où ces informations ne seraient pas communiquées, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point. Entretemps, il réserve sa position.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité a précédemment demandé à être informé des mesures prises pour prévenir la toxicomanie, ainsi que de l'évolution observée concernant la consommation de drogue (Conclusions 2013).

Le rapport donne des informations sur les mesures prises en matière de prévention des conduites addictives en milieu scolaire. Un groupe de coordination des actions de prévention menées à cette fin a été mis en place dans la plupart des établissements. Le rapport fait état d'une baisse de la prévalence de l'usage de drogues illicites ainsi que de la consommation d'alcool et de tabac chez les élèves. En 2015, 65 % des élèves avaient fumé au moins une fois dans leur vie, contre 79 % en 2011.

Le Comité demande que des informations à jour figurent dans le prochain rapport concernant le cadre législatif et réglementaire et les mesures de prévention et de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie. Il demande notamment des données statistiques sur l'évolution de la consommation d'alcool, de tabac et de drogue, notamment chez les jeunes.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport indique que le taux de couverture vaccinale pour les principales maladies transmissibles était d'au moins 93 % en 2015.

Le Comité demande que des informations actualisées figurent dans le prochain rapport. Il demande aussi des informations sur tout fait nouveau concernant le programme national d'immunisation, l'évolution du taux de couverture et les mesures prises en matière de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles.

Accidents

Le Comité a relevé dans sa conclusion précédente que le nombre de personnes blessées ou décédées dans des accidents de la route avait baissé (Conclusions 2013). Il a également pris note de la participation de la Lituanie aux Bulletins sur la sécurité de l'enfant élaborés dans le cadre du projet TACTICS (Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety) et demandé à être tenu informé des évaluations menées concernant la Lituanie dans le cadre de cette initiative.

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. Le Comité rappelle que les États doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Il demande des informations concernant les mesures prises et l'évolution du nombre d'accidents de la route, d'accidents domestiques, accidents à l'école et d'accidents survenant durant les loisirs.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Lituanie.

S'agissant des **prestations familiales** et des **prestations de maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives respectivement à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses précédentes conclusions pour une description du système de sécurité sociale lituanien et note que ce dernier continue de couvrir la totalité des risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail / maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Par ailleurs, le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (patronales et salariales) et par le budget de l'Etat. Selon le rapport, 96,13 % de l'ensemble de la population était couverte par le régime d'assurance pour les soins santé en 2014 ; le taux de couverture de la population active (1 468 900 personnes) atteignait 92 % dans la branche chômage, 88 % dans la branche maladie, 95 % dans la branche vieillesse et 88 % dans la branche maternité (données 2015). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données à jour concernant le nombre d'assurés au titre de ces branches, mais également au titre des risques invalidité ainsi qu'accidents de travail et maladies professionnelles, par rapport à la population active.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 5 180 € par an en 2015, soit 432 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait 2 590 € par an, soit 216 € par mois. Le seuil de 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 173 € par mois. Le salaire minimum s'élevait à 325 € par mois au 1er juillet 2015.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a estimé que les montants minima des prestations de maladie, de vieillesse et de chômage étaient insuffisants.

Le Comité relève dans la base de données MISSOC que les **prestations de maladie** servies à celles et ceux qui justifient d'au moins trois mois d'assurance au cours des douze derniers mois, ou de six mois au cours des 24 derniers mois, correspondent à 80 % du salaire compensatoire moyen (*Kompensuojamasis uždarbis*), c.-à-d. de la rémunération moyenne calculée sur la base des revenus perçus par l'assuré durant les trois mois consécutifs qui ont précédé celui au cours duquel est survenue l'incapacité temporaire. Il constate que, pour les travailleurs employés à temps complet et rémunérés au salaire minimum, le niveau de ces prestations est conforme aux prescriptions de la Charte. Le rapport confirme que les prestations minimales ne peuvent être inférieures à 25 % du revenu assuré de l'année, qui était de 339 € en 2015. Dans ce cas, le montant minimum des prestations se situerait nettement en deçà de 40 % du revenu médian ajusté et serait par conséquent insuffisant. Le rapport explique cependant que seuls les salariés qui travaillent à temps partiel ou ne justifient pas d'une période de trois mois consécutifs d'assurance avant la survenance de l'incapacité temporaire perçoivent ce minimum. Tout en prenant note de ces explications, le Comité rappelle que le montant des prestations servies en remplacement des revenus doit se situer dans une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu, et ne doit jamais tomber en deçà du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat. Lorsque le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté (ou de l'indicateur du seuil de pauvreté), son cumul avec d'autres prestations n'est pas réputé rendre la situation conforme à la Charte. Le Comité considère par conséquent que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Le système de sécurité sociale lituanien ne prévoit pas de minimum légal pour les **pensions de vieillesse**. La pension versée au titre de l'assurance sociale obligatoire se compose d'un montant forfaitaire et d'un élément lié aux ressources tirées d'un travail ; elle est calculée selon une formule qui intègre les années d'ancienneté, les salaires individuels et le revenu moyen. Les autorités expliquent dans le rapport que son niveau dépend de la rémunération moyenne de l'intéressé, du niveau du revenu assuré et de la durée de cotisation à l'assurance pension, laquelle est déterminée sur la base du salaire perçu et du salaire minimum. Pour avoir droit à une pension à taux plein, il faut justifier de 30 années de cotisation et d'une durée minimale d'affiliation de 15 ans. Dans la pratique, le montant de la pension versée à une personne justifiant de 15 années d'affiliation à l'assurance et rémunérée au salaire minimum s'élevait, selon le rapport, à 83,78 € au 1er juillet 2015. Celle servie à une personne justifiant de 15 années d'affiliation mais rémunérée au salaire moyen était de 112,96 €. Le montant d'une pension à taux plein, octroyée à condition de justifier de 30 années d'affiliation à l'assurance, était de 168 € pour ceux qui étaient rémunérés au salaire minimum et de 226 € pour ceux qui percevaient le salaire moyen. Le Comité constate que la plupart de ces montants sont insuffisants, étant donné qu'ils sont inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté. S'agissant de la pension non contributive qui est versée aux personnes qui n'ont pas droit à une pension au titre de l'assurance sociale, le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 13§1.

Pour avoir droit aux **prestations de chômage**, il faut avoir travaillé au moins 18 mois au cours des trois années précédant le début de l'épisode de chômage. Le rapport précise, en réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), que les prestations cessent d'être servies si l'intéressé refuse une offre d'emploi correspondant à ses compétences professionnelles et compatible avec son état de santé. Le caractère adéquat de l'offre d'emploi au regard de l'état de santé du chômeur est établi par une commission médicale. Le rapport confirme que la décision de ne pas accorder des indemnités de chômage ou de les supprimer peut faire l'objet d'un recours auprès de la Caisse nationale d'assurance sociale, instance extra-judiciaire précontentieuse qui doit obligatoirement être saisie et dont les décisions sont susceptibles d'appel devant les tribunaux. Le Comité a précédemment noté que les prestations de chômage comprenaient un montant fixe et un élément variable déterminé sur la base du revenu réel de l'assuré. La composante variable est versée dans son intégralité au cours des trois premiers mois de chômage, puis à raison de 50 % pour le reste de la durée d'indemnisation. Le durée de service des prestations de l'assurance chômage dépend de la durée de cotisation et va de six mois (pour un travailleur justifiant de moins de 25 années d'ancienneté) à neuf mois (pour un travailleur ayant à son actif au moins 35 années d'ancienneté) ; elle peut être prorogée de deux mois dans certains cas (travailleurs à moins de cinq ans de l'âge de départ à la retraite, municipalités fortement touchées par le chômage). Le Comité a précédemment noté que le montant minimum des prestations de chômage correspondait à la part fixe de l'indemnité, soit 102 € en 2015. Il considère que le niveau de cette prestation est insuffisant car inférieur à 40 % du revenu médian ajusté calculé par Eurostat.

S'agissant des prestations servies en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et des prestations d'invalidité, le Comité relève dans la base de données MISSOC les informations ci-après :

- En cas d'**accident du travail** ou de **maladie professionnelle**, les indemnités pécuniaires représentent l'intégralité du salaire compensatoire moyen, c.-à-d. de la rémunération moyenne calculée sur la base des revenus perçus par l'assuré durant les trois mois consécutifs qui ont précédé au cours duquel est survenue l'incapacité temporaire. Eu égard au salaire minimum en 2015 (325 €), le Comité considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.
- Le montant minimal de la **prestation d'invalidité** versée à une personne ayant perdu 75 % à 100 % de sa capacité de travail représentait, en 2015, 150 % de la pension de base versée au titre de la sécurité sociale (108 € en 2015), soit 162 €. Le Comité note que, selon le rapport, le montant moyen de la pension

nationale servie en cas d'invalidité par la sécurité sociale était de 213 € en 2015, mais constate que son montant minimum est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté calculé par Eurostat. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des prestations de maladie est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de vieillesse est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de chômage est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations d'invalidité est insuffisant.

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 Lituanie.

Il renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale lituanien. La Lituanie ayant ratifié les articles 8§1 et 16 de la Charte, le Comité appréciera la portée et l'impact des nouvelles dispositions relatives aux prestations de maternité et aux prestations familiales lors du prochain examen de 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. Le rapport rappelle en particulier que la Cour constitutionnelle a, dans une série de décisions, souligné qu'une baisse des retraites, des salaires ou des indemnités prévues par la loi pouvait se justifier en cas de détérioration particulièrement grave de la situation économique et financière de l'Etat, mais à titre temporaire seulement – le temps que perdurent ces difficultés. Conformément à ces décisions, diverses améliorations ont été apportées auxdits régimes lorsque l'économie lituanienne a redémarré durant la période de référence.

- Depuis le 1er janvier 2012, les retraites, les indemnités pour incapacité de travail (invalidité) et les pensions de survivants (pensions de veuves et veufs, pensions d'orphelins), qui avaient été temporairement réduites en 2010-2011 (voir Conclusions 2013) ont été rétablies au taux plein. En 2012, le montant moyen des retraites a ainsi augmenté d'environ 9 % comparativement à 2011. Les pensions nationales servies au titre du régime de sécurité sociale ont été revalorisées au 1er juillet 2015 : elles sont passées de 105 à 108 € pour la pension de base et de 421 à 434 € pour ce qui concerne le revenu de l'assuré de l'année en cours. Le montant moyen des retraites versées aux personnes justifiant de la durée de cotisation requise à l'assurance pension a été majoré d'environ 2 % pour atteindre la somme de 256,8 €.
- Depuis le 1er janvier 2015, les indemnités de maladie payées par la Caisse nationale d'assurance sociale ont vu leur montant progresser d'environ 33 % à la suite de la modification apportée à la loi sur les prestations de sécurité sociale en cas de maladie et de maternité. Elles ont de ce fait été portées à 80 % du salaire compensatoire du bénéficiaire pour toute la durée de l'arrêt maladie, alors qu'elles ne représentaient, jusqu'en fin 2014, que 40 % dudit salaire entre le troisième et le septième jour d'arrêt.
- Les régimes d'assurance maladie et de maternité/paternité ont été étendus en 2015 aux étudiants et jeunes diplômés de moins de 26 ans ; cette mesure a été assortie, dans leur cas, d'une exemption de l'obligation de durée minimale de cotisation, pourvus qu'ils commencent à travailler dans les six mois (assurance maladie) ou les douze mois (assurance maternité/paternité) qui suivent la fin de leurs études. Jusqu'en fin 2014, les jeunes n'étaient exemptés de cette obligation que s'ils commençaient à travailler dans les trois mois suivant l'obtention de leur diplôme.
- Une loi de compensation pour les pensions de vieillesse versées par l'Etat au titre de la sécurité sociale et pour les pensions servies en cas de perte de la capacité de travail (invalidité) est entrée en vigueur le 22 mai 2014. Ce texte prévoit le versement de prestations compensatoires aux personnes qui percevaient des pensions de vieillesse et d'invalidité dont le taux avait été réduit en 2010-2011 en raison de la crise économique, ainsi qu'à leurs héritiers si les titulaires de ces pensions sont décédés avant l'entrée en vigueur de la loi. Les prestations compensatoires ont été payées en plusieurs versements étalés entre 2014 et 2016 ; quelque 500 000 personnes en ont bénéficié, pour un coût total d'environ 99 millions d'euros. Un autre texte (loi de compensation pour les pensions de vieillesse versées par l'Etat au titre de la sécurité sociale et pour les

pensions de l'Etat réduites après calcul du revenu disponible de l'assuré) a été adopté le 30 juin 2015 ; il prévoit de verser de nouvelles compensations, sous la forme de versements étalés entre 2016 et 2018, à quelque 84 400 titulaires de pensions de vieillesse minorées en 2010-2011 (le budget global que devrait représenter cette mesure tournera autour de 120 600 000 €).

D'autres mesures sont mentionnées dans le rapport, dont l'impact en termes de couverture personnelle et de niveau de prestations n'apparaît pas clairement. Le Comité relève en particulier que certains changements majeurs sont intervenus au cours de la période 2012-2015 concernant les taux de cotisation et le financement des pensions cumulées (pensions servies dans le cadre du deuxième pilier) mis en place en 2004. Le taux de cotisation appliqué en 2013 (2,5 %) ne permettait pas de garantir que les futures retraites soient d'un niveau suffisant ; dans le nouveau système, la cotisation pour les pensions cumulées sera constituée d'une fraction de la cotisation due pour la pension servie par l'Etat au titre de la sécurité sociale, d'une cotisation supplémentaire payée par l'assuré, et d'une subvention provenant du budget de l'Etat. La nouvelle procédure s'applique depuis 2014 à tous ceux qui ont signé l'accord de cumul des pensions après le 1er janvier 2013. Les deux premiers éléments sont calculés sur la base des revenus de l'intéressé, tandis que le troisième représente le pourcentage du salaire mensuel moyen brut de la main-d'œuvre employée dans l'économie nationale pendant les quatre trimestres de l'année précédant celle de la publication des statistiques lituaniennes officielles. D'autre part, depuis 2012, l'âge de départ à la retraite a commencé à être progressivement relevé (il était de 60 ans et 4 mois pour les femmes et de 62 ans et 8 mois pour les hommes en 2012 ; il devrait régulièrement augmenter pour atteindre 65 ans, hommes et femmes confondus, en 2026). La loi sur les pensions a fait l'objet d'autres modifications qui ont pris effet en 2013 ; elles concernent le calcul des pensions pour les nouveaux retraités et pour ceux qui continuent de travailler après leur départ à la retraite et réclament une nouvelle pension à ce titre. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les changements intervenus, en précisant leur incidence sur le champ d'application personnel du système de sécurité sociale et en indiquant le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus.

Le rapport fait également état de mesures entrées en vigueur hors période de référence, qui concernent une réforme de la branche chômage de la sécurité sociale (extension de la couverture résultant d'une baisse de la durée de cotisation, modifications du calcul des prestations). Le Comité demande que le prochain rapport rende compte de la mise en œuvre de ces mesures et de leur impact.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie 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 Lituanie.

Égalité 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 par le biais de mesures unilatérales.

Le Comité rappelle qu'au regard de la législation de l'UE relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale de ses États Membres, régie par les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, tels que modifiés par le règlement (UE) n° 1231/2010, les États Membres de l'UE sont réputés, en principe, assurer l'égalité de traitement entre, d'une part, leurs nationaux et, d'autre part, les ressortissants des autres États Membres de l'UE ou appartenant à l'EEE, les apatrides, les réfugiés résidant sur le territoire d'un 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, les membres de leur famille et leurs survivants, dès lors qu'ils résident légalement sur le territoire d'un État Membre et se trouvent dans une situation dont tous les éléments ne se cantonnent pas à l'intérieur d'un seul État Membre.

Le Comité rappelle que, 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 des autres États parties à la Charte de 1961 et à la Charte qui n'en sont pas membres, l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale dès lors qu'ils résident légalement sur leur territoire (Conclusions XVIII-1 (2006)). Pour ce faire, ils ont la possibilité, soit de conclure avec eux des accords bilatéraux, soit prendre des mesures unilatérales.

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), demandé comment était assurée l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres États parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale et ce, pour toutes les branches de sécurité sociale. Il a aussi demandé si la Lituanie envisageait de conclure des accords avec les États parties avec lesquels il n'y avait pas encore d'accord ou de prendre des mesures unilatérales et, dans l'affirmative, dans quels délais.

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les autres États parties non membres de l'UE ou de l'EEE, le rapport rappelle que la Lituanie a conclu des accords avec les pays pour lesquels il existe, d'une part, d'importants flux migratoires et, d'autre part, un intérêt mutuel à conclure de tels accords. Il ajoute que, pendant la période de référence, la Lituanie a conclu un accord avec la République de Moldova, lequel est entré en vigueur en octobre 2015. Le rapport souligne, par ailleurs, que la Lituanie a entamé des négociations avec la Géorgie en vue de conclure un tel accord et prévoit de faire de même avec l'Arménie en 2017.

S'agissant des mesures unilatérales prises par la Lituanie, le rapport indique que des modifications à la loi relative aux pensions ont été apportées abrogeant la condition de durée de résidence pour l'octroi des prestations de vieillesse, invalidité et survivants, de sorte que celles-ci sont, dorénavant, uniquement fonction des cotisations de sécurité sociale versées antérieurement. Les nouvelles dispositions de la loi prévoient le versement des pensions servies au titre de l'assurance sociale à toute personne, ressortissant lituanien ou étranger, qui s'est préalablement acquittée des cotisations obligatoires auprès de la Caisse nationale d'assurance sociale et ce, indifféremment de sa présence sur le territoire lituanien.

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 note dans MISSOC que la Lituanie subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant réside sur son territoire.

Le Comité a, dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), demandé si de tels accords existaient avec les pays suivants : Albanie, Arménie, Géorgie, Serbie et Fédération de Russie, ou s'ils étaient envisagés et, si tel était le cas, dans quels délais. Le rapport indique qu'un tel accord existe avec la Fédération de Russie. Il ajoute que la Lituanie a entamé des négociations avec la Géorgie et qu'elle prévoit de faire de même avec l'Arménie en 2017.

Le Comité note que le champ d'application de la loi relative à la prestation pour enfant a été élargi pour y inclure les ressortissants de pays tiers titulaires d'un titre de séjour temporaire autorisés à travailler, ceux travaillant ou ayant travaillé pendant au moins six mois et inscrits comme demandeurs d'emploi. Le Comité demande que le prochain rapport précise si la loi s'applique également aux ressortissants des États parties avec lesquels la Lituanie n'a conclu aucun accord bilatéral. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), considéré que la conservation des avantages acquis en matière d'accidents du travail, maladies professionnelles, maladie et maternité, en cas de déplacement dans un État partie non couvert par la réglementation communautaire ou non lié par un accord avec la Lituanie, n'était pas garantie. Il constate qu'aucun nouvel accord n'a été adopté par la Lituanie à cet égard.

Il note, cependant, dans le rapport que les clauses 107 et 111 des règlements relatifs aux prestations liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles et la clause 61 du règlement relatif aux prestations de maladie et de maternité acquises au titre de l'assurance sociale ont été modifiées par les résolutions n° 1346 du 23 décembre 2015 et n° 1548 du 19 décembre 2012 afin de garantir la conservation des avantages acquis en la matière si l'intéressé part s'installer dans un État partie non couvert par la réglementation de l'UE ou non lié par un accord avec la Lituanie. En d'autres termes, les prestations liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, à la maladie et à la maternité sont**,** dorénavant**,** payées aux ressortissants de tous les autres États parties, où qu'ils se trouvent.

Le Comité considère par conséquent que la situation de la Lituanie est conforme à la Charte sur ce point.

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

Le fait d'avoir changé de pays d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. Cela implique, le cas échéant, d'assurer la totalisation des périodes d'emploi ou d'assurance passées à l'étranger et, pour les prestations à long terme, la proratisation pour l'ouverture, le calcul et le versement des prestations (Conclusion XIV-1 (1998), Portugal).

Les États parties ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : convention multilatérale, accord bilatéral, ou tout autre moyen, telles des mesures unilatérales, législatives ou administratives.

Le principe de totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi est garanti aux ressortissants des États parties couverts par la réglementation communautaire.

S'agissant des ressortissants des États parties non liés par la réglementation de l'UE, le Comité relève dans le rapport qu'un assuré ayant perdu tout ou partie de sa capacité de travail à la suite d'un événement pour lequel il est couvert sera indemnisé au moyen des fonds alloués au régime qui gère les accidents du travail. L'intéressé n'a pas à justifier du paiement des cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles. De même, avant la reconnaissance de l'incapacité temporaire de travail, la Lituanie ne pose aucune autre condition justifiant le versement des prestations d'assurance maladie que celle d'avoir cotisé au moins 3 mois pendant les 12 derniers mois, ou 6 mois pendant les 24 derniers mois. Le rapport ajoute que les ressortissants de pays tiers travaillant et séjournant légalement en Lituanie jouissent d'une égalité de traitement pour le versement des allocations de chômage dès lors qu'ils ont cotisé à l'assurance chômage pendant au moins 18 mois au cours des 36 derniers mois**,** conformément aux dispositions de la législation lituanienne relative à l'assurance chômage.

Le Comité considère, par conséquent, que la Lituanie assure l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres Parties en ce qui concerne le maintien des droits en cours d'acquisition.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Lituanie.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité prend note des évolutions de la législation au cours de la période de référence. Il note en particulier que les modifications apportées à la loi relative à l'aide sociale en espèces servie aux résidents à bas revenus sont entrées en vigueur le 1er janvier 2012. Ces modifications ont créé une base juridique permettant d'encadrer le versement desdites aides. Conformément à la loi, les municipalités versent, depuis le 1er janvier 2015, des prestations d'assistance sociale en espèces (prestations sociales et indemnités) à tous les résidents démunis dans des conditions d'égalité, dans le cadre de leurs fonctions municipales décentralisées.

Le Comité prend également note des mesures prises en vue de réorganiser le système d'assistance sociale en espèces, telles que l'introduction du *principe d'économie d'échelle* (en relation avec le nombre de membres d'une famille). Le premier membre d'une famille, ainsi que les personnes seules, bénéficient de 100 % de la différence entre le revenu national garanti et leurs propres revenus (contre 90 % au cours de la précédente période de référence). La surface habitable prise en compte pour la détermination des prestations complémentaires a été portée de 38 à 50 m^2 dans le cas d'une personne seule.

Le Comité note par ailleurs qu'une personne seule peut continuer de bénéficier de prestations d'assistance sociales pendant six mois après avoir trouvé un emploi.

De plus, d'après le rapport, les municipalités peuvent, selon leur appréciation, allouer des prestations sociales aux personnes dont les revenus dépassent le montant du revenu national garanti. Cette liberté d'action laissée aux administrations municipales leur permet d'apporter une aide aux personnes lorsqu'elles en ont le plus besoin. Les administration municipales sont aussi habilités à octroyer, à titre exceptionnel et après évaluation des conditions de vie des intéressés, des prestations sociales et des indemnités couvrant les dépenses de chauffage, d'eau potable et d'eau chaude. En 2015, 3 400 personnes ont ainsi bénéficié d'une aide sociale en espèces accordée à titre exceptionnel, pour un montant total de 1,5 millions d'euros.

Les droits conférés aux administrations municipales en matière d'octroi de prestations d'assistance sociale en espèces aux personnes démunies sont encore plus étendus. En effet, elles peuvent, si elles le jugent nécessaire, octroyer de telles prestations dans d'autres cas que ceux envisagés par la loi (par exemple, verser des prestations forfaitaires ou rembourser un prêt locatif). En 2015, 160 000 personnes ont bénéficié d'une assistance sociale dans d'autres situations que celles prévues par la loi, pour un montant total de 2,16 millions d'euros.

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, pour apprécier le niveau de l'assistance sociale au cours de la période de référence, des éléments suivants :

- Prestations de base : le Comité relève dans la base de données du MISSOC que le montant mensuel des prestations correspond à 100 % du revenu national garanti. Il s'élevait à 102 € pour une personne seule.
- Prestations complémentaires : d'après le MISSOC, le remboursement des dépenses de chauffage, d'eau chaude et d'eau potable est accordé aux familles sous condition de ressources, soit quand les frais de chauffage représentent plus de 20 % de la différence entre les revenus de la famille et le revenu national garanti, quand les dépenses d'eau chaude représentent plus de 5 % des revenus de la famille (consommation standard) et quand les dépenses d'eau

potable (consommation standard) représentent plus de 2 % des revenus de la famille. Le Comité note que le montant total de ces prestations s'élève environ à 27 € par mois.

- Assistance médicale : le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant l'assistance médicale aux personnes en situation de besoin.
- Seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat : il était estimé à 139 € par mois en 2015.

À la lumière des données ci-dessus, le Comité note que toutes prestations confondues, le niveau des prestations de base et complémentaires servies à une personne seule et sans ressources est insuffisant, au motif que le montant total pouvant être obtenu est inférieur au seuil de pauvreté. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

La Lituanie n'ayant pas accepté l'article 23, le Comité examine également la situation en ce qui concerne le montant minimum des prestations de vieillesse dans le cadre de l'article 13. S'agissant du montant de l'assistance sociale octroyée aux personnes âgées (prestations non contributives), le Comité a noté dans ses conclusions relatives à l'article 12§1 qu'il s'élevait, en juillet 2015, à 97,2 €. Le Comité a précédemment noté (Conclusions 2013) que lorsque le montant de la pension versée dans le cadre du régime d'assurance sociale est inférieur au montant de la pension d'assistance sociale, la différence est versée aux bénéficiaires. De plus, une pension d'assistance sociale est servie aux personnes qui ne sont pas admises au bénéfice d'une pension au titre du régime d'assurance sociale. Le Comité constate que les montants aussi bien de la pension d'assistance sociale que de la pension versée au titre du régime d'assurance sociale (calculés sur la base du salaire minimum) sont insuffisants, au motif que le montant total de l'assistance pouvant être obtenu est inférieur au seuil de pauvreté. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité prend note du nombre de recours déposés contre des décisions prises par l'administration municipale entre 2012 et 2015.

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 qu'en ce qui concerne l'assistance sociale et médicale d'urgence, les étrangers en situation irrégulière sur le territoire d'un État seront désormais aussi couverts 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 étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'Etats parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif que l'octroi de prestations d'assistance sociale aux ressortissants des autres États parties était soumis à une condition de durée de résidence.

Le Comité relève dans le rapport que selon la loi relative à l'aide sociale en espèces servie aux résidents à bas revenus (Journal officiel Valstybės žinios, 2011, n° 155-7353), l'assistance sociale en espèces doit être octroyée dans le respect du principe d'égalité entre les résidents sans ressources, indépendamment de leur sexe, de leur race, de leur nationalité, de leur langue, de leur origine, de leur statut social, de leurs croyances, convictions ou opinions, de leur âge, de leur orientation sexuelle, de leur handicap, de leur origine ethnique ou de leur religion. D'après le rapport, les ressortissants des autres États parties sont traités sur un pied d'égalité avec les nationaux dès lors qu'ils remplissent les conditions prévues par la loi.

La loi relative à l'aide sociale en espèces servie aux résidents à bas revenus (Journal officiel Valstybės žinios, 2011, n° 155-7353) s'applique aux résidents permanents et couvre les catégories de personnes suivantes :

- les citoyens de la République de Lituanie ;
- les étrangers titulaires d'un titre de séjour de longue durée en Lituanie ;
- les ressortissants de l'EEE ;
- les étrangers bénéficiant d'une protection subsidiaire ou temporaire en République de Lituanie.

Toutefois, d'après le rapport, conformément à la réglementation en vigueur, les personnes qui résident temporairement en République de Lituanie et ne sont pas admises au bénéfice de l'aide sociale en espèces ne sont pas laissée sans soutien. Les administrations municipales ont le droit d'allouer aux étrangers en situation régulière une aide sociale en espèces sur leurs propres ressources budgétaires.

Le Comité relève dans la base de données du MISSOC que la résidence permanente est l'une des conditions requises pour pouvoir bénéficier de l'assistance sociale. Or, il a noté dans ses Conclusions 2006 qu'en vertu de l'article 22 de la loi de 1998 relative au statut juridique des étrangers, l'une des conditions d'obtention d'un titre de séjour permanent était la possession d'un titre de séjour temporaire depuis cinq ans. Le Comité comprend que la situation qu'il a précédemment jugée non conforme à la Charte n'a pas changé. Il réitère par conséquent sa précédente conclusion de non-conformité, au motif que les ressortissants des autres États parties sont soumis à une condition de durée de résidence pour pouvoir prétendre à l'assistance sociale.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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 (y compris un état medicale). 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 demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique répondent à ces critères.

Conclusion

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

- les montants de l'assistance sociale et de la pension d'assistance sociale ne sont pas suffisants ;
- les ressortissants des autres États parties sont soumis à une condition de durée de résidence de cinq ans pour être admis au bénéfice de l'assistance sociale.

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 Lituanie.

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§2 de la Charte, toute discrimination à l'encontre de personnes bénéficiant d'une assistance sociale et médicale qui résulterait – directement ou indirectement – d'une disposition d'un texte doit être éliminée. Il demande si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques ou sociaux sont interprétées en pratique de manière à éviter toute discrimination à l'encontre des bénéficiaires d'une assistance sociale ou médicale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lituanie 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 Lituanie.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la manière dont ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lituanie est conforme à l'article 13§3 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 Lituanie.

Organisation des services sociaux

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé une description actualisée de l'organisation des services sociaux.

Le rapport précise que selon la loi relative aux services sociaux (Journal officiel n° 17-589, 2006), il incombe aux municipalités de proposer aux personnes qui résident sur leur territoire une offre de services sociaux en planifiant et en organisant lesdits services. Afin de définir les types de services sociaux et leur champ d'application en fonction des besoins des habitants, les municipalités établissent et approuvent chaque année un plan relatif aux services sociaux. Ce plan s'appuie sur la méthodologie de planification des services sociaux approuvée par le Gouvernement. Le ministère de la Sécurité sociale et du Travail analyse et évalue la situation des services sociaux dans le pays et soumet des propositions aux municipalités concernant la planification et l'organisation desdits services. Le ministère précité met sur pied et réorganise les structures d'aide sociale de chaque municipalité, et supprime celles qui n'ont plus d'utilité.

Le rapport précise qu'afin de garantir le droit des personnes atteintes d'un handicap mental à des services de proximité adaptés à leurs besoins individuels, la réforme du système de protection sociale met l'accent sur la désinstitutionalisation. Le Plan d'action 2014-2020 visant à assurer le passage d'une prise en charge institutionnelle des personnes handicapées et des enfants privés de protection parentale à une prise en charge dans un cadre familial en s'appuyant sur des services de proximité a été adopté en 2014. Le Plan d'action prévoit des actions systématiques et coordonnées pour assurer le passage de services sociaux institutionnalisés vers des services de proximité destinés aux personnes atteintes d'un handicap mental et/ou psychique (y compris les enfants et adolescents), aux enfants privés de protection parentale (y compris les nouveau-nés) et aux familles, comprenant également une assistance aux familles et aux tuteurs (famille d'accueil). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre du présent plan d'action.

Le rapport ajoute qu'en 2012, le ministre de la Sécurité sociale et du Travail a approuvé le Programme de développement d'une assistance intégrée, dont les principaux objectifs sont les suivants : développer, sur la base de consultations, une offre accessible et diversifiée de services intégrés d'aide à domicile (services de protection sociale et services de soins infirmiers) pour les personnes âgées, les adultes et les enfants handicapés et les membres de leur famille, et associer les aidants non professionnels (bénévoles, voisins et autres) au processus. Au milieu de l'année 2013, des projets pilotes ont débuté dans 21 communes. Pendant la période de mise en œuvre du programme (2013-2015), une assistance intégrée a été fournie à plus de 1 500 personnes âgées et handicapées et quelque 1 400 membres de familles concernées ont été consultés. Le budget alloué au programme (2013-2015) était d'environ 5,8 millions d'euros. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'application du Programme de développement d'une assistance intégrée à d'autres groupes vulnérables, tels que les jeunes en difficulté et les jeunes délinquants, les minorités (migrants, Roms, réfugiés, etc.), les sans-abri, les alcooliques et les toxicomanes, les femmes battues et les anciens détenus.

Accès égal et effectif

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé une description actualisée des mesures prises pour assurer un accès égal et effectif aux services sociaux.

Le Comité rappelle en outre que les utilisateurs des services sociaux doivent avoir des moyens de faire des plaintes dans des cas urgents de discrimination et d'atteinte à la dignité humaine, de saisir un organisme indépendant. Le Comité demande donc quels recours sont disponibles pour les utilisateurs dans de tels cas.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations actualisées concernant la qualité des services sociaux.

Le rapport précise que, selon la loi relative aux services sociaux, les municipalités sont responsables du contrôle des services sociaux communs et des services d'assistance sociale. La loi dispose également que le Département en charge du contrôle des services sociaux, sous l'égide du ministère de la Sécurité sociale et du Travail, évalue et contrôle la qualité des services sociaux (assistance méthodologique concernant l'application des normes en matière de protection sociale, assistance méthodologique concernant le contrôle de la qualité des services sociaux d'intérêt général et d'assistance sociale, développement de principes généraux d'application des normes en matière de protection sociale et des normes relatives aux services sociaux d'intérêt général et d'assistance sociale, évaluation de la qualité des services sociaux, octroi des agréments, contrôle du respect des critère fixés pour les activités soumises à agrément, contrôle du respect de l'obligation de définir les besoins des bénéficiaires de services sociaux financés par des subventions ciblées transférées du budget de l'État vers les budgets municipaux, octroi desdits services et évaluation de la capacité du bénéficiaire (ou de sa famille) à les financer).

Le rapport souligne que depuis 2015, seuls les établissements agréés sont habilités à fournir des services de protection sociale. La délivrance des agréments aux établissements de protection sociale et l'évaluation de la qualité des services sociaux relèvent de la responsabilité du Département en charge du contrôle des services sociaux. L'évaluation des services sociaux est opérée conformément à la réglementation relative à l'agrément des établissements de protection sociale (Journal officiel n° 57-2864, 2012) et aux normes en matière de protection sociale. Les normes en matière de protection sociale définissent les critères à respecter pour garantir la qualité des services sociaux. Ces critères sont les suivants : 1) critères quantitatifs : composition du personnel (description du personnel requis en fonction du groupe de bénéficiaires, effectifs minima nécessaires en fonction du nombre de bénéficiaires), adaptation des locaux selon le groupe et le nombre de bénéficiaires (description des locaux, taille, nombre), règles d'hygiène, autres aménagements (ascenseurs, agencement, aménagements pour personnes handicapées) ; 2) critères qualitatifs : ces critères concernent l'allocation et la planification des services, les accords conclus avec les bénéficiaires ou leurs représentants, l'élaboration et la révision des plans individuels de protection sociale, la création d'un environnement sécurisant, la fourniture de services qui accroissent l'autonomie, motivent et encouragent les bénéficiaires et qui leur permettent de conserver leurs relations sociales, etc. Il convient de souligner que le respect de la vie privée des bénéficiaires constitue l'un des aspects les plus importants des normes en matière de protection sociale, et que tous les prestataires de services sociaux sont soumis à ce principe. Le Département en chargé du contrôle des services sociaux est tenu de mettre en place des procédures de contrôle pour s'assurer du respect de ces critères dans la pratique.

Entre 2011 et 2015, le ministère de la Sécurité sociale et du Travail a mis en œuvre le deuxième volet du Programme de développement de l'infrastructure des services institutionnels, intitulé « Qualité et accessibilité des services publics : soins de santé, éducation et infrastructure sociale ». Cette mesure a pour but d'offrir un environnement sécurisant et des services de proximité de qualité aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux enfants et aux personnes en difficulté sociale par la modernisation de l'infrastructure actuelle et la création de nouveaux établissements de soins de petite taille (foyers collectifs pour personnes handicapées), de centres de jour, de centres d'urgence,

etc. Les établissements existants ont été reconstruits et réparés, et dotés des équipements et du mobilier nécessaires. Le budget alloué au programme était d'environ 159 millions d'euros. Entre 2014 et 2020, le Plan d'action pour le développement et la modernisation de l'infrastructure de services sociaux sera mis en œuvre. Son principal objectif est d'améliorer l'accès aux services dans toutes les régions du pays. Le budget alloué au Plan d'action est d'environ 20 millions d'euros. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'état d'avancement du Plan d'action 2014-2020 pour le développement et la modernisation de l'infrastructure de services sociaux.

Le rapport précise qu'en 2012, le ministre de la Sécurité sociale et du Travail a approuvé le Programme de formation du personnel des établissements de services sociaux. Ce programme a permis d'améliorer la qualité des services fournis par le personnel des établissements de services sociaux, de développer leur capacité à appliquer leurs connaissances théoriques à leur travail quotidien et de définir leurs besoins de formation. Plus de 4 000 membres du personnel desdits services ont participé aux formations. Le rapport ajoute que selon les informations fournies par le Département des statistiques, en 2015, le personnel des services sociaux lituaniens se composait de près de 11 000 salariés. À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les développements du Programme de formations en compétences pour les employés des établissements de services sociaux.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Lituanie 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 Lituanie.

Dans ses précédentes Conclusions (2013), le Comité a demandé sur quels critères se fondait l'État pour allouer des subventions aux organisations bénévoles et quel était le montant de ces subventions.

Le rapport précise que le Programme national pour le progrès 2014-2020, approuvé par le Gouvernement lituanien par la Résolution n° 1482 du 28 novembre 2012 (Journal officiel n° 144-7430, 2012), prévoit qu'en 2020, 15 % des services publics municipaux seront fournis par les collectivités locales et par des organisations non gouvernementales. Les principaux services confiés à des organisations non gouvernementales seront les suivants : réadaptation sociale des personnes handicapées, centres de jour (depuis 2002), centres d'assistance spécialisée (assistance aux victimes de violences). Le nombre de bénévoles travaillant pour les services sociaux, en augmentation, est passé de 3 335 en 2011 à 4 627 en 2015. Conformément à la **loi relative au bénévolat**, les dépenses liées aux activités de bénévolat sont remboursables. L'État verse des aides pécuniaires aux organisations bénévoles de jeunesse, dont le montant pour la période 2013-2015 s'est élevé à 270 590 €. À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la mise en œuvre du Programme national de progrès 2014-2020.

Dans ses précédentes Conclusions (2013), le Comité a noté que le rapport n'avait pas répondu à sa demande d'informations concernant la participation de la société civile dans les secteurs de la politique sociale qui affectent les services sociaux.

Le rapport précise qu'en 2014, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi relative au développement des organisations non gouvernementales, le ministère de la Sécurité sociale et du Travail a approuvé la création du Conseil des organisations non gouvernementales. Ce dernier est un organe consultatif visant à assurer la participation desdites organisations à la mise en œuvre de la loi précitée. Il est constitué de représentants de dix institutions étatiques et de dix organisations non gouvernementales. Ses membres ont un mandat de deux ans. En application de la loi relative aux services sociaux, les problèmes relatifs à l'administration des services sociaux, à leurs conditions d'octroi et leur fourniture doivent être réglés en coopération avec les bénéficiaires des services sociaux et/ou leurs représentants, ainsi qu'avec les organisations défendant les intérêts et les droits de certaines catégories sociales.

Le rapport souligne que le ministère de la Sécurité sociale et du Travail n'a de cesse d'encourager la société civile à participer à la planification et à la fourniture des services d'aide aux personnes en situation de besoin. Par exemple, dans le cadre du Plan d'action 2014-2020 visant à assurer le passage d'une prise en charge institutionnelle des personnes handicapées et des enfants privés de protection parentale à une prise en charge dans un cadre familial en s'appuyant sur des services de proximité, ledit ministère a approuvé, en 2014, la composition du groupe d'experts chargés d'assurer le suivi et l'évaluation du processus de désinstitutionalisation.

Selon le rapport, les experts délégués d'organisations non gouvernementales représentent environ 40 pour cent de tous les experts du groupe. En outre, dans le programme de développement intégré de l'assistance, l'un des objectifs est d'impliquer les aidants informels (bénévoles, voisins et autres personnes) dans le processus d'assistance intégrée. Les bénévoles, les voisins et d'autres personnes sont responsables de l'aide informelle. Le rapport indique également qu'en 2011, le ministre de la Sécurité sociale et du Travail a approuvé le Conseil littéraire du travail social, qui a une fonction consultative sur les questions de travail social. Le Conseil de recherches sociales de Lituanie se compose de représentants des municipalités, de travailleurs sociaux, d'enseignants des écoles supérieures pour le travail social, des institutions de services sociaux, etc. Près de la moitié

des membres du conseil appartiennent à des organisations publiques ou non gouvernementales.

Le Comité rappelle que les États parties doivent veiller à ce que les services publics et privés soient correctement coordonnés et que l'efficacité ne souffre pas en raison du nombre de prestataires impliqués. Afin de contrôler la qualité des services et assurer les droits des utilisateurs ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés de base, un système efficace de surveillance préventive et réparatrice est nécessaire (Conclusions 2005, Bulgarie). À cet égard, demande à savoir quel type de mécanismes de contrôle de la qualité de supervision sont en place pour assurer la qualité des services.

Conclusion

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

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 31 - Droit au logement

Paragraphe 2 - Réduire l'état de sans-abri

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Lituanie en réponse à la conclusion selon laquelle :

- il n'était pas établi qu'il existe des mesures permettant d'éviter que les personnes ayant perdu leur droit d'accès à des logements municipaux subventionnés ne deviennent des sans-abri ;
- il n'était pas établi que les personnes menacées d'expulsion bénéficient d'une protection juridique et
- il n'était pas établi que le droit à un abri soit suffisamment garanti.

Prévenir l'état de sans-abri

Le Comité rappelle que la prévention de l'état de sans-abri consacrée par l'article 31§2 implique une intervention à deux niveaux : les États doivent, d'une part, réduire le nombre des sans-abri – notamment en leur fournissant immédiatement un abri et une prise en charge – et aider ces personnes à surmonter leurs difficultés et ne pas y retomber. De l'autre, ils doivent agir pour empêcher que des catégories de personnes vulnérables soient privées d'abri, moyennant la mise en œuvre d'une politique du logement en faveur de toutes les catégories défavorisées de la population qui leur permette d'accéder aux logements sociaux (Conclusion 2005).

Le Comité a noté dans sa conclusion précédente (Conclusion 2011) que les familles ou les personnes bénéficiaires d'un prêt immobilier aidé par l'Etat qui perdaient leur logement pour des raisons spécifiques liées à un comportement défaillant de leur part n'avaient plus accès aux logements municipaux subventionnés pendant cinq ans. Il a, à cet égard, demandé à deux reprises (Conclusions 2011 et 2015) s'il existait des structures pour éviter que ces personnes en situation de précarité ne se retrouvent à la rue pendant ces cinq années [et après]. En d'autres termes, il a demandé si la Lituanie aidait ces personnes et/ou familles à trouver un nouveau logement, social par exemple.

Le rapport indique que plusieurs mesures ont été prises pour remédier à la situation des sans-abri : la nouvelle loi sur l'aide au logement d'octobre 2014, entrée en vigueur le 1er janvier 2015, prévoit, notamment, une aide financière aux personnes et familles à faible revenu afin qu'elles puissent acquérir ou louer un logement. Le rapport ajoute qu'il est également permis aux personnes et familles qui louaient un logement social mais qui ont, par la suite, perdu ce droit à cause de leur revenu trop important, de pouvoir continuer à demeurer dans les lieux.

Le Comité prend note de ces informations mais constate, néanmoins, que ces mesures ne s'adressent pas aux personnes et familles qui ne sont plus admises au bénéfice d'un logement municipal subventionné pendant cinq années pour des raisons spécifiques liées à un comportement défaillant de leur part. Le Comité comprend qu'il n'existe aucune mesure, ni structure destinée à éviter que ces personnes et familles ne se retrouvent à la rue pendant cette période. Il demande que le prochain rapport clarifie ce point. Il demande également s'il est prévu de supprimer cette interdiction ou d'adopter des mesures qui permettraient d'éviter que les personnes et familles concernées ne deviennent sans-abri. Il considère, entretemps, la situation non conforme à la Charte sur ce point.

Expulsions

Le Comité rappelle que pour être conforme à l'article 31§2 de la Charte, la protection juridique des personnes visées par une menace d'expulsion doit comporter :

- une obligation de concertation avec les intéressés pour trouver des solutions alternatives à l'expulsion ;
- une obligation de reloger ou d'aider financièrement les personnes expulsées dans les cas d'expulsions justifiées par l'intérêt général ;
- l'obligation de fixer un délai de préavis raisonnable avant la date de l'expulsion ;
- une interdiction de procéder à des expulsions la nuit ou l'hiver ;
- l'accès à des voies de recours judiciaires ;
- une indemnisation en cas d'expulsion illégale.

S'agissant de l'obligation d'adopter des mesures pour reloger ou aider financièrement les personnes expulsées pour un motif d'intérêt général, le rapport indique que le Code de Procédure Civile ne prévoit aucune obligation en la matière. Il souligne cependant que les personnes concernées peuvent bénéficier d'une assistance sociale. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur cette assistance sociale, en particulier, sa nature, si celle-ci est, en pratique, systématiquement accordée et si elle aboutit, le cas échéant, à reloger les personnes concernées. Le Comité rappelle, en effet, que lorsque l'intérêt général justifie l'expulsion, les autorités doivent faire en sorte de reloger ou d'aider financièrement les personnes concernées (Centre européen des Droits des Roms (CEDR) c. Bulgarie, réclamation n° 31/2005, Décision sur le bien-fondé du 18 octobre 2006).

Quant à l'obligation de consultation des intéressés, le rapport ne contient aucune information à ce sujet. Il indique seulement que les personnes concernées doivent être informées de la date fixée pour l'expulsion, au moins 5 jours ouvrables avant l'exécution de la mesure (le délai était précédemment fixé à 5 jours calendaires avant la réforme du Code de Procédure Civile de 2011). Dans l'hypothèse où il n'y aurait pas de solution de relogement et que des enfants se trouvent parmi les personnes expulsées, l'Institution Nationale de Protection des Droits de l'Enfant doit être informée, au plus tard 30 jours avant l'expulsion (le délai était précédemment fixé à 5 jours). Le Comité note également dans le rapport qu'une expulsion est exécutée dans un délai minimum de 30 jours suivant l'adoption de la décision de justice et au plus tard sous 45 jours (ce délai était précédemment fixé à 15 et 30 jours, respectivement, avant la réforme de 2011). Le Comité note les efforts réalisés par la Lituanie mais rappelle, toutefois, qu'un préavis est considéré raisonnable lorsqu'il intervient au moins deux mois avant l'expulsion (*Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. France*, réclamation n° 39/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007, paragraphes 86 et 87 ; *Mouvement international ATD Quart Monde c. France*, réclamation n° 33/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007, paragraphes 78 et 79).

S'agissant de l'interdiction de procéder à l'expulsion de nuit ou l'hiver, le rapport indique que l'huissier ne peut procéder à l'expulsion avant 6 heures du matin, ni après 22 heures les jours ouvrables. Il est toutefois autorisé à le faire pendant la nuit, les dimanches et jours fériés dans les cas urgents, lorsqu'un défaut d'exécution immédiate pourrait rendre l'expulsion plus difficile, voire impossible. Le rapport souligne qu'il n'est pas interdit de procéder à des expulsions en hiver. Selon le Code de Procédure Civile, il est néanmoins possible de reporter ou de suspendre la procédure d'expulsion si la personne concernée est malade ou compte tenu d'autres circonstances.

En ce qui concerne l'assistance juridique qui doit être offerte à celles et ceux qui en ont besoin, le rapport fait référence aux paragraphes 1 et 2 de l'article 11 de la loi relative à l'aide juridictionnelle, qui énumère, notamment les catégories de personnes éligibles à l'aide judiciaire de première et deuxième, respectivement. Le Comité constate que cette loi, qui transpose la directive 2002/8/CE, constitue, en principe, une base solide pour assurer

l’accès à la justice des personnes qui ne sont pas en mesure de payer elles-mêmes les honoraires et frais de justice.

S’agissant de l’indemnisation en cas d’expulsion illégale, le rapport indique que de telles indemnisations sont prévues par le droit interne, sans toutefois donner d’autres précisions. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse plus de détails sur ce sujet, à la lumière de la jurisprudence pertinente. Il souhaite également recevoir des informations sur l’accès aux voies de recours à l’encontre des décisions d’expulsion, en particulier, si celui-ci a un effet suspensif.

À la lumière de ce qui précède, le Comité considère que les personnes menacées d’expulsion ne bénéficient pas d’une protection juridique adéquate.

Droit à un abri

Le rapport ne contenant aucune information à ce sujet, le Comité reconduit sa conclusion de non-conformité à la Charte au motif qu’il n’est pas établi que le droit à un abri soit suffisamment garanti.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n’est pas conforme à l’article 31§2 de la Charte aux motifs que :

- les mesures permettant d’éviter que les personnes ayant perdu leur droit d’accès à des logements municipaux subventionnés ne deviennent des sans-abri sont insuffisantes ;
- les personnes menacées d’expulsion ne bénéficient pas d’une protection juridique adéquate ;
- il n’est pas établi que le droit à un abri soit suffisamment garanti.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

MALTE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne Malte qui a ratifié la Charte le 27 juillet 2005. L'échéance pour remettre le 10e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et Malte l'a présenté le 10 novembre 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).

Malte a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 12§2 et l'article 30.

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

Les Conclusions relatives à Malte concernent 17 situations et sont les suivantes :

– 8 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 3§4, 11§1, 12§3, 13§2, 14§1 et 14§2,

– 5 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 12§1, 12§4, 13§1 et 23.

En ce qui concerne les 4 autres situations, relatives aux articles 11§2, 11§3, 13§3 et 13§4, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut d'informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par Malte en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§1

L'Autorité de santé et de sécurité au travail, en collaboration avec l'EU-OHSA, a développé un outil d'évaluation des risques (Outil interactif d'évaluation des risques en ligne (OiRA)), qui peut être utilisé à partir d'un bureau. L'outil a été élaboré en langue maltaise et est fondé sur la législation maltaise en matière de santé et de sécurité au travail.

Article 12§3

Le rapport mentionne certaines mesures positives prises en faveur des titulaires d'une pension (exonération d'impôts lorsque le montant de la pension est égal au salaire minimum national, abaissement de l'âge requis – de 80 à 78, puis à 75 – pour bénéficier de l'allocation annuelle de 300€ servie aux personnes âgées qui continuent de vivre à leur domicile, octroi d'une pension de veuvage à taux plein même lorsque le bénéficiaire est salarié).

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des enfants et des adolescents à la protection – interdiction du travail de nuit (article 7§8),
- droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté 1 conclusion de conformité concernant l'article 16 et 1 conclusion de non-conformité concernant l'article 7§8.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 – formation et rééducation professionnelles des travailleurs adultes (article 10§3),
- droit à l'égalité de chances et de traitement en matière d'emploi et de profession, sans discrimination fondée sur le sexe (article 20).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 31 octobre 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.

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 Malte, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§1 de la Charte.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015, conformément à la décision adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2014, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2013), le Comité a considéré que, s'agissant de la politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail, la situation était conforme à la Charte.

Le rapport précise que le Département des relations professionnelles et de l'emploi a modifié certains textes réglementaires, afin de les aligner sur la législation relative à la santé et à la sécurité au travail et d'alléger les employeurs de certaines charges inutiles. Ces modifications, qui concernent le Règlement relatif à l'organisation du temps de travail, le Règlement relatif à l'emploi des jeunes et le Règlement relatif à la protection de la maternité, ont été publiées en 2012. L'Autorité de santé et de sécurité au travail (OHSA) a également donné leur forme finale aux amendements visant à modifier la fréquence des exercices d'évacuation organisés sur les lieux de travail (Règlement administratif n° 44/2002, publié en 2012) et à simplifier les règles relatives à l'organisation des premiers secours sur les lieux de travail.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il relève cependant dans le rapport d'activité 2015 établi par l'Autorité de santé et de sécurité au travail qu'en 2014 et en 2015, le thème choisi pour la semaine européenne de la santé et de la sécurité au travail organisée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) et ses partenaires était le stress au travail. Les activités proposées à cette occasion avaient pour but de faire prendre conscience de la nécessité de gérer le stress et les risques psychosociaux au travail.

Le rapport souligne que la mise en œuvre de la Stratégie européenne 2007-2012 s'est traduite par la publication du Plan stratégique 2007-2012 de l'Autorité de santé et de sécurité au travail de Malte. Ce plan définit les orientations que l'Autorité a retenues pour Malte ainsi que la politique nationale à suivre par l'ensemble des parties. Son principe de base est de développer une culture de la prévention avec la participation de l'ensemble des parties prenantes. Il reprend les principaux axes de la stratégie 2007-2012 de l'Union européenne, mais a été adapté aux priorités nationales (législation et mise en application, recherche de partenariats pour faire évoluer la culture et les attitudes dominantes concernant la santé et la sécurité au travail, évaluation, efficacité des actions menées, etc.).

Le Comité relève dans le rapport annuel 2015 de l'Autorité de santé et de sécurité au travail que cette dernière a lancé une Stratégie nationale 2014-2020, qui remplace celle menée sur la période 2007-2012. Le Plan stratégique 2014-2020 s'adresse aux nombreuses parties prenantes et personnes exerçant des responsabilités qui ont un rôle à jouer dans la

réalisation des objectifs normatifs, à savoir, notamment, les employeurs, les travailleurs et leurs organes représentatifs, les travailleurs indépendants et les organisations professionnelles. Les principaux objectifs stratégiques du plan sont la législation, son application et le contrôle de son respect, le renforcement des capacités, la communication sur les bénéfices d'une politique de santé et de sécurité au travail, l'adoption de mesures adaptées contre les risques existants et émergents, et l'évaluation de l'efficacité des mesures prises.

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

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015, conformément à la décision adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2014, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2013), le Comité a demandé comment était effectuée l'évaluation des risques au niveau des entreprises, notamment dans les PME, ainsi que des exemples de mesures prises pour adapter les actions préventives à la nature des risques identifiés.

Le rapport précise que les constats des inspecteurs font toujours l'objet de discussions avec l'employeur pendant la visite de contrôle, et les injonctions de mesures correctives ou les observations envoyées à l'employeur viennent confirmer par écrite des directives formulées oralement pendant la visite. Il ajoute que les diverses campagnes d'inspection organisées par l'Autorité de santé et de sécurité au travail font elles aussi mention des constats établis par les inspecteurs (à savoir les lacunes observées) ainsi que des domaines où les normes ont été respectées par les entreprises.

Selon le rapport 2015 de l'Autorité de santé et de sécurité au travail, les employeurs et les travailleurs indépendants sont tenus de procéder ou de faire procéder à une évaluation adéquate, suffisante et systématique de tous les risques qui pourraient mettre en danger la santé et la sécurité des travailleurs sur le lieu de travail ainsi que des risques qui pourraient résulter de tous les aspects de l'activité de l'entreprise (article 10 du Règlement général relatif à la santé et à la sécurité sur les lieux de travail). Les petites entreprises ont tendance à reléguer les activités touchant à la santé et à la sécurité au travail au second plan et à considérer le processus d'évaluation des risques comme une charge administrative et financière.

Le Comité note que, selon la même source, l'Autorité de santé et de sécurité au travail, en collaboration avec l'EU-OHSA, a développé un outil d'évaluation des risques (Outil interactif d'évaluation des risques en ligne (OiRA)), qui peut être utilisé à partir d'un bureau. L'outil a été élaboré en langue maltaise et est fondé sur la législation maltaise en matière de santé et de sécurité au travail.

D'après le rapport 2015 de l'Autorité de santé et de sécurité au travail, cette dernière a organisé des sessions de formation et de sensibilisation à l'intention de différents catégories professionnelles (entreprises du bâtiment et de travaux routiers, industries manufacturières, entreprise de l'hôtellerie et de la restauration, secteur des TIC, établissements de soins de santé primaire et de soins de santé mentale, agents de probation, etc.) sur les thèmes suivants : Santé et sécurité des travailleurs, Premiers secours et sécurité au travail, Présentation de la santé et de la sécurité en milieu professionnel, Bases de la protection contre les radiations ionisantes, Santé et bien-être au travail et Principes de l'évaluation des risques.

Le Comité constate l'existence, au niveau des entreprises, de mesures de prévention des risques professionnels adaptées à la nature des risques, ainsi que de mesures d'information et de formation des travailleurs. Il considère que les inspecteurs du travail partagent les

connaissances qu'ils ont acquises en matière de risques et de prévention du risque au fil de leurs activités d'inspection et de prévention.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que les pouvoirs publics prenaient part à l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs par le biais d'activités de sensibilisation, de publications et de séminaires. Il a demandé des informations sur la formation de professionnels qualifiés, la conception de modules de formation et les systèmes de certification existants. Le rapport précise que l'Autorité de santé et de sécurité au travail organise des formations et des cours dans diverses facultés de l'Université de Malte (architecture, médecine, ingénierie, etc. – le programme d'études est convenu à l'avance avec l'Autorité de santé et de sécurité au travail et les cours sont assurés par des membres de cette dernière) ainsi qu'au sein des services ministériels via le centre de formation du Gouvernement. De plus, des membres de l'Autorité dispensent des cours dans le cadre du diplôme universitaire de premier cycle sur la santé et la sécurité au travail, supervisent les étudiants et interviennent en tant qu'examinateurs. L'Autorité prend également part à diverses initiatives de sensibilisation organisées par les partenaires sociaux à l'occasion de séminaires, d'ateliers ou de conférences.

Le Comité relève dans le rapport 2015 de l'Autorité de santé et de sécurité au travail que cette dernière a fortement augmenté le nombre de ses interventions dans les médias. Elle a participé en 2015 à divers programmes hebdomadaires de radio et de télévision qui avaient pour objet d'attirer l'attention sur différents domaines de la santé et de la sécurité et d'en débattre. Elle a publié plusieurs communiqués de presse et lignes directrices sur divers sujets et a envoyé des lettres à différents quotidiens locaux. De plus, d'après le même rapport, l'Autorité a pris une part active aux initiatives et campagnes européennes organisées par le point de contact national de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail. Le Comité note qu'en 2015, le point de contact a participé à une campagne biennale intitulée « Santé au travail – Gérer le stress », qui a essentiellement porté sur le stress et le bien-être au travail.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations détaillées concernant la participation de l'université de Malte et d'autres institutions à la recherche scientifique, à la recherche appliquée et aux connaissances techniques en matière de santé et de sécurité au travail. Le rapport précise que l'institut *Turu Micallef* est un centre de sensibilisation qui dépend du Syndicat général des travailleurs, et dont le rôle est de sensibiliser les membres dudit syndicat. L'Autorité de santé et de sécurité au travail traite avec l'organisation mère (le Syndicat général des travailleurs) et non avec l'institut.

Le Comité constate l'existence d'un système visant à améliorer la sécurité et la santé au travail par la recherche, le développement et la formation.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013, 2009 et XVIII-2 (2007)), le Comité a demandé des précisions sur la notion de nombre suffisant de travailleurs au sens de l'article 6§4 de la loi n° XXVII de 2000 relative à l'obligation d'élire, de choisir ou de désigner des représentants des travailleurs en matière de santé dans le secteur privé, et si d'autres modalités de représentation étaient envisagées pour les petites entreprises qui n'étaient pas visées par cette obligation. Il a également demandé des exemples illustrant la manière dont la consultation sur les questions de santé et de sécurité au travail était conduite en pratique au niveau des entreprises.

Le rapport précise que la politique de l'Autorité de santé et de sécurité au travail veut que des représentants de la sécurité soient désignés dans les entreprises de dix salariés ou plus. Dans celles qui comptent moins de dix salariés, les employeurs peuvent choisir de ne pas en nommer, mais de communiquer et de collaborer directement avec les travailleurs.

Lorsqu'un représentant de la santé et de la sécurité des travailleurs est désigné, l'employeur est tenu de le consulter sur toutes les questions touchant à la santé et à la sécurité dans l'entreprise. Lors des visites de l'Autorité, ses agents exigent la présence de ces représentants, et si l'employeur n'en a pas nommé, une injonction lui est adressée afin qu'il y remédie.

Le Comité constate l'existence d'une coopération réelle entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux, tant au niveau national qu'au niveau des entreprises.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de Malte 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 Malte, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§2 de la Charte.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que selon la base de données NORMLEX de l'OIT, le nombre des conventions de l'OIT ratifiées par Malte était particulièrement faible dans les secteurs importants de la navigation maritime, la pêche et les docks, et a demandé si le Gouvernement avait l'intention d'améliorer la situation à cet égard. Le rapport n'abordant pas cette question, le Comité renouvelle sa question. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

Le rapport précise que le Règlement relatif à la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs a été abrogé en 2015 et qu'une nouvelle série de règlements ont été publiés afin d'inclure toutes les modifications apportées à la directive de l'Union européenne en la matière. Il ajoute que la réglementation interne en matière de santé et de sécurité transpose pleinement les directives de l'UE touchant à ces questions. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage de détails sur ces textes réglementaires.

Le Comité relève dans les rapports de l'Autorité de santé et de sécurité au travailla liste des textes législatifs touchant à la santé et à la sécurité au travail en vigueur à Malte, qui comprend notamment différents règlements relatifs aux lieux de travail, à la sécurité sur les docks, au bâtiment, aux prescriptions minimales applicables aux équipements de travail, aux risques dorso- lombaires sur les lieux de travail, aux équipements de protection individuels au travail, aux risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail, à l'amiante, aux agents chimiques et biologiques au travail, et autres.

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. Il 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 Malte 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 la réglementation en relation avec certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la 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. Il a également demandé des précisions sur l'obligation faite aux employeurs d'évaluer les risques professionnels aux postes de travail et sur les délais imposés pour la mise en conformité. Le rapport précise que la Directive 2009/104/CE est une synthèse de plusieurs modifications successives et que sa version consolidée a été pleinement transposée dans le droit interne par le Règlement administratif n° 282 de 2004.

Le Comité note que, d'après le rapport, la législation maltaise oblige les employeurs à garantir la santé et la sécurité dans leur entreprise et à prendre des mesures reposant sur un certain nombre de principes de prévention (énumérés dans la loi n° CCVII de 2000), à savoir procéder à des évaluations des risques, former, informer et délivrer des instructions aux travailleurs, superviser ces derniers, nommer des personnes compétentes pour les conseiller sur les questions de santé et de sécurité au travail, prendre les mesures exigées par la loi ou par les bonnes pratiques, et favoriser la consultation, la participation et l'implication des travailleurs.

Le Comité souligne que le rapport doit fournir des informations complètes et actualisées concernant les modifications apportées à la législation et à la réglementation pendant la période de référence.

Protection contre les substances et agents dangereux

En ce qui concerne la révision régulière des limites d'exposition, le Comité relève dans les commentaires formulés par la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR), publiés en 2016 (106e session de la Conférence internationale du Travail) concernant la Convention n° 136 sur le benzène (1971) que, selon le Règlement n° 227/2003, la concentration de benzène dans l'atmosphère des lieux de travail ne doit pas dépasser la concentration maximum fixée au cours d'une période donnée. Le Comité demande que le prochain rapport indique si l'autorité compétente a établi des directives sur la manière de procéder pour déterminer la concentration de benzène dans l'atmosphère des lieux de travail.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé que les niveaux de prévention et de protection contre l'amiante étaient conformes à l'article 3§2 de la Charte et a demandé des informations sur toute mesure qui aurait été prise pour transposer la Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail, et pour intégrer la limite d'exposition de 0,1 fibre/cm^3 introduite par la Directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail.

Le rapport précise que la Directive 2003/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 mars 2003 modifiant la Directive 83/477/CEE du Conseil concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail a été transposée dans le droit interne par le Règlement administratif n° 323 de 2006. Le Comité note que, d'après le rapport, le Règlement administratif n° 303 de 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante transpose pleinement la directive de l'UE sur la protection des travailleurs contre l'amiante, y compris en ce qui concerne les valeurs limites de concentration en fibres et les obligations des employeurs (obligation d'établir un plan de travail, évaluations, notifications, etc.). Il note également que, selon l'article 8 du Règlement administratif n° 323 de 2006, le taux de concentration d'amiante actuellement autorisé est de 0,1 fibre/cm^3 (cette limite vaut pour l'amiante chrysotile et amphibole, et plus précisément l'actinolite, l'amosite, l'anthophyllite, la crocidolite et la trémolite).

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le rapport précise que les directives de l'Union européenne sur l'existence d'un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés et les doses d'exposition aux rayonnements ionisants sur le lieu de travail fixées conformément à la Directive 96/29/Euratom du Conseil du 13 mai 1996 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population

et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants ont été transposées dans le droit interne par le Règlement administratif n° 44 de 2003.

Le Comité note que, d'après les informations publiées sur le site web de l'Autorité de santé et de sécurité au travail, un certain nombre de textes réglementaires touchant à la protection contre les radiations ont été adoptés ou modifiés au cours de la période de référence, à savoir le Règlement administratif n° 187 de 2013 relatif à la sécurité nucléaire et à la protection contre les radiations (modification), le Règlement administratif n° 186 de 2013 relatif à la gestion des déchets radioactifs (L.S.365.45.) et le Règlement administratif n° 353 de 2012 relatif à l'exposition médicale (radiations ionisantes).

Le Comité relève par ailleurs dans le rapport 2015 de l'Autorité de santé et de sécurité au travail que cette dernière joue un rôle de premier plan au sein du Conseil interministériel pour la protection contre les radiations, en offrant un soutien administratif et en coordonnant les activités des entités constitutives par le biais de son service de protection contre les radiations. En 2015, des experts internationaux en matière de sécurité nucléaire et de protection contre les radiations ont mené une mission dans le cadre du Service d'examen intégré de la réglementation (IRRS) pour le compte de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), afin de passer en revue les outils réglementaires maltais régissant la sûreté radiologique. L'équipe de l'IRRS a formulé des recommandations et des propositions au Gouvernement maltais et au Conseil interministériel pour la protection contre les radiations en vue de renforcer l'efficacité des services et du cadre réglementaire maltais, conformément aux directives de l'Union européenne et aux normes de sécurité de l'AIEA. Selon le rapport 2015 de l'Autorité de santé et de sécurité au travail, l'équipe a conclu que Malte avait besoin d'un organe de contrôle indépendant doté de compétences et de ressources suffisantes, qu'il lui fallait élaborer une stratégie et une politique nationales de sécurité tenant compte des risques associés aux installations et aux activités émettant des radiations, et qu'une loi consacrée à la sûreté nucléaire et radiologique devait être adoptée. Le Comité invite les autorités à commenter ces informations dans le prochain rapport.

Le Comité 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).

Le Comité conclut que les niveaux de prévention et de protection relatifs à l'amiante et aux radiations ionisantes sont conformes à l'article 3§2 de la Charte.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que le cadre défini par l'article 18 du règlement n° 36/2003 couvrait les travailleurs temporaires, intérimaires et employés à durée déterminée, et prenait en compte la nature temporaire de l'emploi. Il a demandé que le prochain rapport fournisse des exemples illustrant la manière dont la nature temporaire de l'emploi de ces catégories de travailleurs était prise en compte à la réembauche ou lorsqu'ils étaient affectés à de nouvelles tâches. Il a aussi demandé comment le droit à la représentation sur le lieu de travail était mis en œuvre pour ces catégories de travailleurs.

Le rapport confirme que le niveau de protection des travailleurs établi par la législation en matière de santé et de sécurité au travail s'applique pleinement aux travailleurs temporaires (qui sont couverts, notamment, par les évaluations des risques et par les dispositions en matière de formation, de supervision et de mise à disposition d'équipements individuels de

protection.). Les travailleurs temporaires ont également accès aux représentants de la sécurité et peuvent être consultés sur les questions de santé et de sécurité au travail.

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport, mais, dans la mesure où elles ne répondent que partiellement à ses demandes, il renouvelle l'ensemble de ses questions.

Autres catégories de travailleurs

En réponse à la question du Comité, le rapport confirme que les travailleurs indépendants, les travailleurs à domicile et les employés de maison entrent dans le champ de la définition des « travailleurs », au sens de la loi n° XXVII/2000 et jouissent en tant que tels de la protection de la loi.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations sur la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail applicables aux personnes employées sur les navires enregistrés à Malte, qui étaient exclus du champ de la définition des « travailleurs » (article 2 de la loi n° XXVII/2000). Le présent rapport n'abordant pas cette question, le Comité demande que le prochain rapport contienne ces informations. Le Comité souligne que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a jugé que la situation était conforme à l'article 3§2 de la Charte. Il renvoie à son examen sous l'angle de l'article 3§1 (Conclusions 2017) et considère que la situation de Malte demeure conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de Malte est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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 Malte, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§3 de la Charte.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité rappelle que les États parties ont l'obligation de fournir des informations précises sur les développements en matière d'accidents du travail et que le nombre et la fréquence des accidents du travail ainsi que leur évolution constituent un facteur déterminant de l'évaluation de la conformité de la situation à l'article 3§3 de la Charte. Il demande que le prochain rapport contienne des données chiffrées sur le nombre d'accidents du travail et d'accidents mortels, les taux d'incidence normalisés pour 100 000 travailleurs, des statistiques ventilées par secteur d'activité, ainsi que des données chiffrées sur les cas de maladies professionnelles.

Le Comité relève dans les rapports de l'Autorité de santé et de sécurité au travail que le nombre d'accidents du travail, en augmentation, est passé de 3 057 en 2012 à 3 195 en 2014. Le taux d'incidence pour 100 000 travailleurs est demeuré globalement stable (1 796 en 2012 et 1 782 en 2014). Le nombre d'accidents mortels du travail, en baisse, est passé de 6 en 2012 à 4 en 2014. Le taux d'incidence de ces accidents pour 100 000 travailleurs, également en baisse, est passé de 4 en 2012 à 2 en 2014. Le Comité note par ailleurs qu'en 2013, l'Autorité a reçu 541 notifications d'employeurs concernant des accidents ayant entraîné une incapacité de travail de plus de trois jours consécutifs ou une hospitalisation de plus de 24 heures après la période d'observation. En 2015, elle a reçu 745 notifications.

Le Comité note que, selon les données Eurostat, le nombre d'accidents non mortels du travail ayant entraîné au moins quatre jours civils d'absence a augmenté entre 2012 (2 529) et 2014 (2 632). Le taux d'incidence normalisé des accidents non mortels du travail pour 100 000 travailleurs était de 2 008,73 en 2012 et de 1 863,74 en 2014. Le Comité constate que ces taux sont nettement supérieurs aux taux moyens enregistrés dans l'UE des 28 (1 717,15 en 2012 et 1 642,09 en 2014). Le nombre d'accidents mortels du travail a reculé de 7 en 2 012 à 4 en 2014. Le taux d'incidence normalisé des accidents mortels du travail pour 100 000 travailleurs, en baisse, est passé de 7,6 en 2012 à 4,63 en 2014. Le Comité constate que ces taux sont nettement supérieurs aux taux moyens enregistrés dans l'UE des 28 (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que les taux d'incidence des accidents du travail et des accidents mortels avaient poursuivi leur tendance générale à la baisse et a demandé quelles mesures avaient été adoptées pour réduire le nombre élevé d'accidents du travail et l'exposition particulière des travailleurs étrangers à cet égard. En réponse, le rapport dresse la liste des mesures prises par l'Autorité de santé et de sécurité au travail pour réduire le nombre d'accidents mortels et non mortels du travail et de maladies professionnelles. Il cite, d'une part, les mesures prises pour faire respecter le cadre réglementaire : visites sur les lieux de travail par les agents de l'Autorité afin d'assurer l'application de la législation ; mise en place de mesures en fonction de la gestion des risques observés, notamment injonctions de mesures correctrices, ordonnances de cessation d'activité, actions en justice, imposition d'amendes ; affaires déférées à la justice par les services de police ; conseils et informations aux personnes qui exercent des responsabilités afin de les amener à mieux respecter la loi. Les autres mesures prises concernent la sensibilisation des personnes qui exercent des responsabilités : participation à des séminaires, à des conférences et à des émissions de radio et de télévision afin de faire passer le message à un public le plus large possible, publication et distribution de brochures concernant la santé et la sécurité au travail, interventions dans les médias, participation de

l'Autorité à divers forums pour rappeler aux personnes qui exercent des responsabilités leurs obligations.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a pris note du nombre excessivement faible de cas attestés de maladies professionnelles et a demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures déjà prises ainsi que sur les mesures supplémentaires envisagées pour contrer les insuffisances dans la déclaration et la reconnaissance des cas de maladie professionnelle. En réponse, le rapport dresse la liste des activités menées par l'Autorité de santé et de sécurité au travail (médecine du travail, participation au Groupe de travail de l'Union européenne sur les maladies professionnelles, formulaire de déclaration en ligne des maladies professionnelles, formulaire de demande de prestations, visites de contrôle sur les lieux de travail pour enquêter sur les cas de maladies professionnelles etc.). Le rapport ne fournit toutefois aucune donnée chiffrée sur les cas de maladies professionnelles. Par conséquent, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

Le Comité constate que, quelle que soit la source de données statistiques, même si le nombre total d'accidents mortels a diminué au cours de la période de référence, les taux d'incidence normalisés d'accidents mortels et non mortels demeurent excessivement élevés par rapport à la moyenne enregistrée dans l'UE des 28. Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 3§3 sur ce point.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Ne trouvant pas de réponses à ses questions (Conclusions 2013) dans le présent rapport, le Comité demande qu'elles figurent dans le prochain rapport et souligne que, dans l'hypothèse où elles n'y figureraient pas, rien ne permettra d'établir que la situation de Malte soit conforme à l'article 3§3 de la Charte.

Le Comité relève dans les rapports de l'Autorité de santé et de sécurité au travail que le nombre de lieux de travail inspectés par cette dernière était de 2 100 en 2012, de 2 696 en 2013 et en 2014, et de 2 139 en 2015. L'Autorité de santé et de sécurité au travail employait seize personnes en 2012, quinze en 2013, 28 en 2014 et 31 en 2015. Le Comité note que, même si les effectifs totaux ont augmenté pendant la période de référence, le nombre de visites de contrôle a diminué.

Le Comité relève dans le rapport 2015 de l'Autorité de santé et de sécurité au travail que le secteur du bâtiment enregistre le plus grand nombre d'accidents en comparaison avec les autres secteurs d'activité et que les agents de l'Autorité procèdent à de nombreuses visites de contrôle dans ce secteur, soit de leur propre initiative, soit à la suite d'une plainte. Chaque visite de contrôle est suivie d'une autre visite afin de s'assurer du respect de la loi et des injonctions éventuellement prononcées. Les agents de l'Autorité organisent des réunions avec les parties prenantes pour attirer leur attention sur les lacunes constatées et définir les mesures correctives à prendre.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur tout autre organe que l'Autorité de santé et de sécurité au travail investi d'un pouvoir

d'inspection du travail, notamment dans les secteurs de la navigation maritime, de la pêche et des docks, dans la mesure où l'article 2 de la loi n° XXVII/2000 exclut les personnes employées sur les navires enregistrés à Malte de la définition légale du travailleur. Le rapport n'abordant à cette question, le Comité renouvelle sa question. Il relève également dans les observations formulées par la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR), publiés en 2016 (106e session de la Conférence internationale du Travail) concernant la Convention du travail maritime (MLC, 2006) que les accidents du travail et les maladies professionnelles concernant les marins sont notifiés au Service d'enquête sur la sécurité maritime.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations concernant les suites réservées au projet de règlementation relative aux amendes infligées en cas de contravention, et concernant la collecte de données sur le nombre de travailleurs couverts par les visites de contrôle au moyen du système de gestion informatisée de l'Autorité de santé et de sécurité au travail. Le rapport précise que la réglementation relative à l'imposition d'amendes administratives par l'Autorité de santé et de sécurité au travail a pris effet avec la publication du Règlement administratif n° 36 de 2012 sur la santé et la sécurité au travail (paiement des amendes) : en cas de reconnaissance de l'infraction et de paiement de l'amende, aucune poursuite judiciaire ne peut être engagée par l'Autorité. Le rapport ne fournit pas de données statistiques pour la période de référence et précise qu'aucune donnée n'est collectée concernant le nombre de travailleurs couverts par les visites de contrôle réalisées par l'Autorité.

Le Comité relève dans le rapport 2015 de l'Autorité de santé et de sécurité au travail que cette dernière a infligé 187 amendes d'une valeur totale de 129 505 €, dont 104 153 € ont été collectés à ce jour. Selon la réglementation, des poursuites judiciaires doivent être engagées en cas de non-paiement d'une amende. En 2015, trois actions en justice ont été intentées, contre une seule l'année précédente. Les tribunaux sont également saisis en cas de contestation d'une amende.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des données relatives aux instructions de plaintes et d'accidents du travail non mortels, ainsi que des informations sur le montant moyen des amendes infligées, étant donné que l'article 38§3 de la loi n° XXVII/2000 prévoyait une fourchette variant de 465,87 € à 11 646,87 €. Le Comité relève dans le rapport qu'il n'est pas possible d'estimer le montant moyen des amendes infligées, dans la mesure où de nombreuses sanctions prononcées par les tribunaux ne donnent pas lieu à l'imposition d'une amende, mais peuvent consister en un avertissement, une condamnation avec sursis ou une incarcération (avec sursis ou non). La loi prévoit l'imposition d'une sanction pécuniaire ou non pécuniaire pour toute infraction constatée. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données chiffrées concernant les mesures prises par les inspecteurs de l'Autorité de santé et de sécurité au travail (injonctions de mesures correctives, amendes pour infractions mineures, graves et très graves, suspension des activités, saisine du parquet en vue de poursuites pénales).

Le Comité prend note de ces informations qui, toutefois, ne lui suffisent pas pour se prononcer sur la conformité de la situation à ce volet de l'article 3§3 de la Charte. Le Comité doit, pour ce faire, connaître le pourcentage de travailleurs couverts par les visites d'inspection en comparaison avec l'ensemble des travailleurs. Étant donné qu'il s'agit du troisième rapport consécutif qui ne comporte pas ces informations, il considère qu'il n'est pas établi que le système d'inspection du travail soit efficace. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées et actualisées sur les activités et ressources de l'Inspection du travail durant la période de référence (y compris sur le nombre de visites de contrôle réalisées), et sur les mesures prises à l'encontre des employeurs qui méconnaissent les règles de sécurité et qui ne sont pas correctement formés, ou qui n'ont pas assuré la formation de leurs salariés en la matière.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de Malte n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents au travail sont insuffisantes ;
- il n'est pas établi que le système d'inspection du travail soit efficace.

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 Malte, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§4 de la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015, conformément à la décision adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2014, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2013), le Comité a considéré que la situation en ce qui concernait les services de santé et de sécurité au travail était conforme à la Charte et a demandé que le prochain rapport précise le pourcentage d'entreprises qui fournissaient de tels services, soit elles-mêmes, soit en faisant appel à ceux mis en place par l'État, soit encore en passant par les médecins traitants, et indique si les évaluations des risques que les employeurs étaient tenus de réaliser avaient concrètement pour effet que certaines entreprises ne proposent aucun service de la sorte. Si tel était le cas, le Comité a demandé ce que le Gouvernement envisageait de faire pour veiller à ce que tous les travailleurs aient progressivement accès à des services de médecine du travail dans l'ensemble des secteurs de l'économie. Il a aussi demandé qu'il lui soit précisé, s'agissant de la nature des services proposés, s'ils se limitaient à des examens médicaux ou englobaient aussi conseils et orientation, adaptation des tâches, aménagement du lieu de travail, etc., et si les représentants du personnel étaient associés à l'évaluation des risques ainsi qu'à l'organisation des services de médecine du travail.

Le rapport précise que les employeurs et les travailleurs ont accès à un vaste éventail de spécialistes auxquels ils peuvent faire appel en fonction de leurs besoins, tels que médecins généralistes, médecins du travail spécialisés, médecins de famille et autres spécialistes (ORL, radiologues, pneumologues, gastro-entérologues, etc.). Le rapport explique par ailleurs qu'à Malte, l'accès des employeurs et des travailleurs à ces spécialistes est globalement satisfaisant.

Dans la mesure où le rapport ne répond que partiellement aux questions du Comité, il renouvelle l'ensemble de ses questions concernant les services de médecine du travail (Conclusions 2015). Il 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 Malte soit conforme à l'article 3§4 de la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de Malte 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 Malte. Néanmoins, il y a des lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 11§1 de la Charte.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, d'après l'OMS, l'espérance de vie à la naissance (moyenne pour les deux sexes) était de 81,7 ans en 2015 (contre 80,46 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.

Il demande des informations actualisées sur le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants), sur les principales causes de décès prématurés et sur les mesures prises pour lutter contre celles-ci.

Le Comité relève dans la base de données Eurostat que le taux de mortalité infantile, qui s'établissait à 5,8 pour 1 000 naissances vivantes, était en 2015 l'un des plus élevés d'Europe (la moyenne des 28 pays de l'Union européenne était de 3,6 pour 1 000 en 2015). Il a précédemment noté que les principales causes de décès étaient les maladies survenant pendant la période périnatale, les malformations congénitales, les déformations et les anomalies chromosomiques (Conclusions 2013). Il demande des informations sur les mesures mises en œuvre pour lutter contre ce phénomène.

Le Comité a précédemment noté que le taux de mortalité maternelle a enregistré des fluctuations (par exemple, ce taux était de 24,89 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010, puis était retombé à 0 en 2011). Il a demandé comment s'expliquaient ces fluctuations, et en particulier si ce taux était dû à une forte augmentation du nombre de décès en 2010, ou reflétait plutôt un calcul statistique lié au faible nombre de naissances à Malte (Conclusions 2013). Le rapport précise que les fluctuations s'expliquent davantage par cette dernière raison. Dans la mesure où Malte enregistre environ 4 000 naissances par an, un unique décès maternel produit un résultat de 25 décès pour 100 000 naissances vivantes. C'est pourquoi le taux de mortalité maternelle connaît des variations d'environ 25 % en raison du faible dénominateur. Le rapport souligne qu'aucun décès maternel n'est survenu entre 2011 et 2015.

Accès aux soins de santé

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente pour une description générale du système maltais de soins de santé (Conclusions 2013).

En ce qui concerne les mesures visant à réduire les délais d'attente, le Comité a précédemment noté que l'Hôpital Mater Dei disposait d'un système centralisé de gestion des listes d'attente pour les interventions orthopédiques, ophtalmologiques et cardiologiques non urgentes (Conclusions 2013). Le rapport précise que ce système centralisé de gestion des listes d'attente (rebaptisé Système centralisé de gestion des salles d'opération) enregistre aujourd'hui des données relatives à toutes les spécialités. Par ailleurs, le rapport ajoute qu'une stratégie concertée visant à réduire les listes d'attente pour les interventions chirurgicales et l'imagerie médicale a été mise en œuvre en 2016 (hors période de référence). La stratégie prévoyait différentes formes d'externalisation, et la possibilité d'utiliser les salles d'opération pendant les week-ends et en soirée. Ces actions concertées ont eu pour résultat de ramener la liste d'attente collective de 22 465 dossiers en mars 2016 à 14 218 dossiers en octobre 2016. Cette baisse marquée des dossiers en attente a été obtenue malgré les efforts actuellement déployés pour que toutes les opérations chirurgicales non urgentes soient enregistrées par le Système centralisé de gestion des

salles d'opération. Le Comité demande des informations actualisées dans le prochain rapport sur la mise en œuvre de cette nouvelle stratégie.

Le Comité rappelle que les paiements directs ne doivent pas être la principale source de financement du système de santé (Conclusions 2013, Géorgie). Il demande des informations dans le prochain rapport sur les paiements payés directement par les patients (en pourcentage des dépenses totales de santé).

Le Comité relève dans le rapport de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (Health Systems in Transition Malta 2017) que l'obésité est un grave problème de santé publique du pays, avec 25 % de la population adulte et 27 % des enfants (de 11 à 15 ans) souffrant d'obésité, soit les taux les plus élevés de l'Union européenne. Le diabète et le VIH ont également une prévalence relativement élevée par rapport aux autres pays européens. Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour remédier à ces problèmes.

Dans ses précédents examens (Conclusions 2009 et 2013), le Comité a demandé s'il existait des structures de réadaptation pour les toxicomanes et quel était l'éventail des possibilités en la matière et des traitements offerts. Faute de trouver de réponses à ces questions dans le présent rapport, le Comité demande qu'elles figurent dans le suivant.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les services de soins et de traitement des maladies mentales, y compris des informations sur la prévention des troubles mentaux et sur les mesures prises pour faciliter le rétablissement des malades.

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 précédemment reçu de l'ILGA (International Lesbian and Gay Association) (Région Europe) un document dans lequel elle affirme qu'à Malte, ces personnes ont l'obligation de se faire stériliser pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre. Il a demandé à ce sujet si, à Malte, la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif susceptible de nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013). Le Comité prend note des observations présentées par Transgender Europe et l'ILGA (Région Europe) concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent cycle de contrôle, dont il ressort que Malte fait partie des États qui ont modifié leur législation depuis le 18 mars 2015 et qui n'exigent plus de stérilisation.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de Malte 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 Malte. Néanmoins, il y a des lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 11§2 de la Charte.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité a précédemment noté que la Direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies créait et rassemblait des informations destinées au grand public couvrant tous les aspects de la santé, du bien-être et de la prévention des maladies. Il a demandé des exemples précis de campagnes de promotion de la santé (Conclusions 2013). Le rapport ne contient pas les informations demandées. Le Comité rappelle que informer le public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de la politique de santé publique. Les activités peuvent être plus ou moins développées selon les problèmes de santé publique les plus importants dans le pays (Conclusions 2007, Albanie). Des mesures doivent viser la prévention des modes de vie nuisibles pour la santé (tels que : tabac, alcool, drogue) et encourager le développement du sens de la responsabilité individuelle dans des domaines tels que l'alimentation, la sexualité, l'environnement (Conclusions XV-2, la République slovaque). Ainsi, le Comité réitère sa demande d'informations sur des activités concrètes / spécifiques, telles que des campagnes / initiatives éducatives ou de sensibilisation, menées par des services de santé publique ou d'autres organismes, pour promouvoir la santé et prévenir les maladies. Il souligne que, si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

En ce qui concerne les activités d'éducation à la santé menées dans les établissements scolaires, le Comité a précédemment noté qu'un Comité d'éducation à la santé avait été créé en 2009 afin d'identifier les préoccupations communes aux ministères de l'Education et de la Santé en ce qui concernait la promotion de la santé dans les écoles. Il a demandé à être tenu informé de toute initiative qui aurait été prise dans ce contexte (Conclusions 2013). Le rapport n'abordant pas cette question, le Comité demande une nouvelle fois des informations actualisées sur l'éducation à la santé dans les établissements scolaires. Il demande en particulier quels sujets sont étudiés (tabac, alcool et drogue, alimentation saine, sexualité, sécurité routière ou environnement).

Entre-temps, le Comité réserve sa position sur ce point.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment noté que le Service de santé scolaire maltais organisait un dépistage de la scoliose pour tous les élèves de 12-13 ans dans les établissements d'enseignement secondaire et qu'il était prévu de mettre en place la vaccination universelle contre le papillomavirus pour toutes les filles de 12 ans nées à partir de 2000 (Conclusions 2013). Il a demandé à être tenu informé de tout contrôle supplémentaire qui serait mis en place pour les enfants de plus de 11 ans et, plus généralement, s'il était prévu de procéder à des contrôles médicaux tout au long de la scolarité.

Le rapport confirme que les contrôles médicaux supplémentaires ont été mis en place. Il ajoute que l'âge de la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite a été ramené de 16 à 14 ans, et que le vaccin est administré dans le cadre scolaire pour améliorer la couverture. De plus, le programme de dépistage du cancer colorectal à l'intention des personnes de 60 à 64 ans, lancé fin 2012, et un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été menés à bien.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les programmes et activités de dépistage, en particulier pour les maladies qui constituent les causes principales de décès prématuré.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Malte. Néanmoins, il y a des lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 11§3 de la Charte.

Environnement sain

Le rapport ne contient pas d'informations sur cet important aspect de l'article 11§3.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les mesures prises dans ce domaine, sur les niveaux de qualité de l'air et les tendances en la matière, sur la contamination de l'eau potable et sur la sécurité alimentaire pendant la période de référence.

Le Comité a précédemment noté que cinq stations de surveillance de l'air étaient opérationnelles et qu'un plan pour la qualité de l'air était en cours. En 2011, l'Agence maltaise de l'environnement et de l'aménagement du territoire a publié un projet de plan d'action contre le bruit, qui visait à définir des mesures pour la réduction du bruit résultant du trafic routier (Conclusions 2013). Le Comité a demandé à être tenu informé de la mise en œuvre des plans susmentionnés. Le rapport ne contenant pas ces informations, il renouvelle sa question.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a également noté que la disponibilité accrue de biens importés à bon marché avait entraîné une augmentation de la consommation des ménages, créant ainsi de nouveaux problèmes écologiques (production de déchets, consommation d'énergie, transport) (Conclusions 2013). Le Comité demande une nouvelle fois à être tenu informé de ce qui est fait pour contrôler les activités particulièrement polluantes.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le rapport précise qu'une nouvelle loi interdisant de fumer sur les terrains de jeu et dans les espaces ouverts où sont installés des équipements de jeu a été adoptée. L'Enquête européenne de santé par interview 2014 n'a toutefois révélé aucune différence marquante entre le nombre total de fumeurs relevé en 2008 (25,2 %) et en 2014 (24 %), fumeurs quotidiens et occasionnels confondus. Le pourcentage de fumeurs quotidiens à Malte (20,1 %) se situe dans la moyenne des 28 pays de l'Union européenne.

S'agissant de la consommation d'alcool, dans le cadre de l'enquête susmentionnée, 25 % des répondants ont déclaré n'avoir jamais consommé de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois et 61 % ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois par mois. Selon les données établies par l'ESPAD (Le projet européen d'enquête scolaire sur l'alcool et d'autres drogues) en 2015, 54 % des 15-16 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 30 derniers jours, ce qui est légèrement inférieur à la proportion d'adultes ayant consommé de l'alcool au moins une fois pendant la même période. Le rapport souligne à nouveau que le phénomène d'ingestion massive d'alcool (« *binge drinking* ») tend à s'amplifier. Le Comité invite une nouvelle fois le Gouvernement à lui faire part de ses commentaires à ce sujet, et demande si des mesures sont prises en ce qui concerne la consommation d'alcool par les jeunes. Il relève dans le rapport que l'âge légal pour la consommation d'alcool a été porté de 16 à 17 ans.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la consommation de drogues à Malte.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport n'aborde pas cette question. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations et des données chiffrées actualisées sur les taux de couverture vaccinale et sur les modalités de signalement et de notification des maladies transmissibles.

Accidents

Le Comité a précédemment noté que des campagnes visant à sensibiliser la population à la prévention des accidents et à promouvoir des modes de vies permettant d'éviter les accidents étaient organisées par divers organismes et instances, dont plusieurs ministères (Santé, Police, Transport et Education), l'Administration chargée de la santé et de la sécurité au travail, l'Autorité de contrôle du médicament et plusieurs ONG. Il a demandé à être informé des initiatives prises par ces dernières (Conclusions 2013). Le rapport ne contient aucune information à ce sujet.

Le Comité demande une nouvelle fois à être informé des mesures prises dans ce domaine, ainsi que de l'évolution du nombre d'accidents de la route, d'accidents domestiques et d'accidents survenus durant les loisirs.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Malte.

En ce qui concerne les **prestations familiales** et les **prestations de maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives à, respectivement, l'article 16 et l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale maltais, fondé sur la loi de 1987 relative à la sécurité sociale, telle que modifiée (chapitre 318). Il note qu'il continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins médicaux, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail/maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Le système de sécurité sociale se compose d'un régime contributif et d'un régime non contributif soumis à conditions de ressources. Les deux régimes reposent sur un financement collectif, en ce qu'ils sont alimentés par des cotisations (employeurs, salariés et État) et par le budget de l'État.

Le rapport précise qu'en ce qui concerne les soins médicaux, il existe une couverture maladie universelle. Tous les résidents permanents ont donc droit à des soins de santé gratuits. S'agissant des autres branches de la sécurité sociale, le Comité relève dans d'autres sources, et notamment dans la base de données MISSOC, que tous les salariés et travailleurs indépendants, ainsi que les chômeurs, peuvent être assurés. En particulier, l'ensemble des salariés et des travailleurs indépendants est couvert par un régime d'assurance sociale obligatoire couvrant les branches maladie, invalidité, vieillesse, survivants, accidents du travail et maladies professionnelles. Tous les salariés sont affiliés à un régime d'assurance obligatoire couvrant le risque de chômage. Il est aussi possible pour les personnes seules et inactives de souscrire une assurance volontaire pour les risques d'invalidité, de vieillesse et d'accidents du travail et maladies professionnelles. Compte tenu de ces informations, le Comité considère que le système continue de couvrir un pourcentage significatif de la population active, comme l'exige la Charte. Cependant, il demande une nouvelle fois que le prochain rapport fournisse des informations sur le pourcentage de personnes assurées rapporté à la population active totale pour chaque branche de la sécurité sociale ouvrant droit à des prestations servies en remplacement des revenus (indemnités de maladie, prestations de chômage, pensions, et prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle).

Caractère suffisant des prestations

Selon les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 13 493 € en 2015 ou 1 124 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, était de 6 746,5 € par an, ou 562 € par mois. Ramené à 40 % du revenu médian ajusté, ce seuil s'établissait à 450 € mensuels.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013), le Comité a considéré que les montants des prestations de maladie pour une personne seule, de l'allocation de chômage, ainsi que de l'allocation spéciale de chômage pour une personne seule étaient insuffisants. Il a aussi considéré que la durée de service des allocations de chômage était trop courte.

En ce qui concerne les prestations de **maladie**, le rapport explique que l'intéressé perçoit l'intégralité de son salaire pendant les 24 premiers jours d'arrêt maladie et la moitié de celui-ci pendant les 24 jours suivants. Au-delà de cette période initiale, pendant une durée restante de 70 semaines, des prestations pécuniaires sont versées par l'État, en fonction du nombre hebdomadaire de jours travaillés (jusqu'à six) sur une base journalière forfaitaire de 18,88 € (parents isolés ou mariés) ou de 12,86 € (autres catégories). Le rapport souligne que, lorsque les prestations sont insuffisantes, elles sont complétées par une assistance

sociale soumise à condition de ressources. Le Comité rappelle que, lorsque le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté, son cumul avec d'autres prestations d'assistance sociale ne rend pas la situation conforme à l'article 12§1 de la Charte. Etant donné que le montant des prestations de maladie versées à une personne seule (sur la base d'un paiement mensuel de 24 jours) reste inférieur à 40 % du revenu médian ajusté, la situation demeure non conforme à la Charte.

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

En ce qui concerne les prestations de **chômage**, selon la base de données MISSOC, elles s'élevaient en 2015 à 7,89 € par jour pour une personne seule (soit 189 € par mois) et à 12,05 € par jour pour une personne mariée (289 € par mois). Dans la mesure où ces montants sont nettement inférieurs au seuil de 40 % du revenu médian ajusté, le Comité ne considère pas que leur cumul avec d'autres prestations puisse rendre la situation conforme à la Charte. Par conséquent, la situation demeure non conforme à la Charte.

Le Comité a précédemment jugé (Conclusions XVIII-1 (2006), 2009 et 2013) que la durée maximale de service des prestations de chômage, à savoir 156 jours ouvrés, était trop courte. À cet égard, les autorités maltaises ont souligné (rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013) que ces prestations étaient versées sur une base de six jours par semaine et que, par conséquent, la durée maximale de 156 jours de prestations correspondait à six mois (156/6 = 26 semaines). Elles ont ajouté qu'à l'expiration de cette période, le bénéficiaire pouvait prétendre à une assistance chômage spéciale (*Beneficcju specjali ghal dizimpjieg*), qui était une prestation non contributive soumise à condition de ressources destinées aux personnes inscrites auprès des services de l'emploi. Le Comité demande que le prochain rapport précise si l'assistance chômage spéciale est versée pendant une durée limitée. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

En réponse à la question posée par le Comité, de savoir si la législation prévoyait une période initiale raisonnable pendant laquelle le chômeur pouvait refuser – sans perdre ses indemnités – une offre d'emploi non convenable, le rapport précise qu'une personne inscrite auprès du Service public de l'emploi (Jobs plus) depuis plus de trois mois ne peut refuser une offre d'emploi même si elle ne correspond pas à ses préférences, à condition que le salaire proposé soit d'un montant au moins égal au salaire minimum.

D'après les données du bureau de la sécurité sociale de Malte, des prestations d'**invalidité** sont versées en cas d'incapacité permanente (résultant d'une maladie grave, d'un handicap physique ou d'une déficience mentale), empêchant l'exercice d'un emploi convenable à temps plein ou d'un emploi régulier à temps partiel. Le montant minimum de la pension nationale (non-contributive) était, en 2015, de 95,10 € par semaine pour une personne seule (380 € par mois) et de 100,57 € par semaine pour une personne mariée (402 € par mois). Le montant de la pension contributive pour une personne seule allait d'un minimum de 67,56 € par semaine (270 € par mois) à un maximum de 105,13 € par semaine (421 € par mois). Dans la mesure où ces montants sont inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté, le Comité considère qu'ils ne sont pas suffisants.

Les victimes **d'accidents du travail ou de maladies professionnelles** perçoivent l'intégralité de leur salaire pendant un an. Le Comité considère que la situation est conforme sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de Malte n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des prestations de maladie est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de chômage est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations d'invalidité est insuffisant.

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 Malte.

En ce qui concerne les **prestations familiales** et les **prestations de maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives à, respectivement, l'article 16 et l'article 8§1.

S'agissant des autres branches de la sécurité sociale, le Comité prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence. En particulier, le rapport mentionne certaines mesures positives prises en faveur des titulaires d'une pension (exonération d'impôts lorsque le montant de la pension est égal au salaire minimum national, abaissement de l'âge requis – de 80 à 78, puis à 75 – pour bénéficier de l'allocation annuelle de 300€ servie aux personnes âgées qui continuent de vivre à leur domicile, octroi d'une pension de veuvage à taux plein même lorsque le bénéficiaire est salarié).

D'après le rapport, les montants de plusieurs allocations d'assistance sociale ont été relevés pendant la période de référence (allocation complémentaire, allocation pour enfant à charge, prestation liée à l'exercice d'un emploi, allocation destinée à couvrir les dépenses de gaz, allocation pour enfant handicapé) et, depuis 2014, les bénéficiaires de l'assistance sociale et de l'assistance chômage qui trouvent un emploi convenable peuvent continuer à percevoir l'assistance sociale, bien qu'à un taux progressivement réduit, pendant une durée de trois ans. Le Comité note que ces mesures ne semblent pas concerner l'article 12, en ce qu'elles traitent de l'assistance sociale plutôt que de la sécurité sociale. Il rappelle à ce sujet que l'article 12§3 exige des Etats parties qu'ils améliorent leur système de sécurité sociale par différents moyens, par exemple l'extension des régimes, la couverture contre de nouveaux risques ou la majoration du montant des prestations. La notion de système de sécurité sociale implique qu'il couvre une part importante de la population, qu'il s'appuie essentiellement sur un financement collectif, et que les risques sociaux considérés comme essentiels soient couverts par le système de sécurité sociale (Observation interprétative de l'article 12, Conclusions 2002). Ces améliorations devraient aboutir à élever progressivement le système de sécurité sociale du pays en question au-dessus du niveau requis par la Convention n° 102 de l'OIT (Observations interprétative de l'article 12§3, Conclusions III (1973)).

À la lumière des informations disponibles, le Comité considère que certaines améliorations ont été apportées et que le montant des prestations ne semble pas avoir diminué. Il demande que le prochain rapport présente des informations actualisées sur les mesures qui auraient été prises pour améliorer le système de sécurité sociale (élargissement des régimes, protection contre de nouveaux risques, augmentation du montant des prestations). Le cas échéant, il demande quel a été l'impact de ces mesures sur le nombre de personnes couvertes et/ou le montant des prestations servies en remplacement des revenus (chômage, maladie, vieillesse).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de Malte 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 Malte.

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 par le biais de mesures unilatérales.

Le Comité rappelle qu'en vertu de la législation de l'UE régissant la coordination des systèmes de sécurité sociale des États Membres de de l'UE, fondée sur les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, tels que modifiés par le règlement (UE) n° 1231/2010, les États Membres de l'UE assurent, en principe, l'égalité de traitement entre, d'une part, leurs nationaux et, d'autre part, les ressortissants des autres États Membres de l'UE ou de l'EE, les apatrides, les réfugiés résidant sur le territoire d'un État Membre qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou plusieurs États Membres, les membres de leur famille et leurs survivants, ainsi que les ressortissants de pays tiers, les membres de leur famille et leurs survivants, à condition qu'ils résident légalement sur le territoire d'un État Membre et qu'ils se trouvent dans une situation dont tous les éléments ne se cantonnent pas à l'intérieur d'un seul État Membre.

Le Comité rappelle que, 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 des autres États parties à la Charte de 1961 et à la Charte qui ne sont pas membres de l'UE ou de l'EEE l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale quand ils résident légalement sur leur territoire (Conclusions XVIII-1 (2006)). Pour ce faire, ils doivent, soit conclure avec eux des accords bilatéraux, soit prendre des mesures unilatérales.

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les autres États parties non membres de l'UE ou de l'EEE, le Comité a, dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), demandé si, pour les ressortissants des États parties non membres de l'UE ou de l'EEE, l'octroi des prestations de sécurité sociale était subordonné d'une manière générale à une condition de durée de résidence ou d'emploi. Le rapport ne contenant toujours pas les informations demandées, le Comité considère, de ce fait, qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à l'article 12§4 de la Charte sur ce point.

S'agissant des mesures unilatérales prises par Malte, le Comité demande si le nouvel avis juridique visant à garantir l'égalité de traitement à tous les ressortissants des États parties à la Charte a été publié et est entré en vigueur.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 (Conclusions XVIII-1 (2006), Chypre).

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

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé si des accords régissant, notamment, l'accès aux prestations familiales des ressortissants de tous les États parties à la Charte avaient été conclus avec l'Albanie, l'Arménie, la Fédération

de Russie, la Géorgie, la Serbie et la Turquie et, dans la négative, si de tels accords étaient envisagés et dans quels délais. Le rapport indique que, pendant la période de référence, Malte n'a ni conclu d'accord, ni envisagé de le faire avec l'un de ces pays.

Le Comité rappelle que les États parties ont le choix des moyens pour mettre en œuvre leurs obligations, qu'il s'agisse de la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux, ou l'adoption de mesures unilatérales. Il considère, par ailleurs, qu'il n'a pas été établi que l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé si la législation en matière de sécurité sociale garantissait la conservation des avantages acquis pour tous les types de prestations sociales et si les prestations étaient exportables pour les ressortissants de tous les États parties.

Le rapport confirme que toutes les prestations entrant dans le champ d'application du régime d'assurance sociale sont exportables quelle que soit la nationalité du bénéficiaire.

Le Comité a aussi demandé comment étaient conservés les avantages acquis selon le type de prestation dont il était question. Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Le Comité rappelle que quels que soient les déplacements effectués par les personnes protégées entre les territoires des Parties contractantes, la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, consacrée par l'article 12§4, constitue un principe de base de tous les instruments internationaux de coordination dans le domaine de la sécurité sociale. Il s'agit d'éviter qu'un bénéficiaire ne perde les droits qu'il a acquis dans le cadre de la législation en matière de sécurité sociale d'un État simplement parce qu'il s'est installé dans un autre État. Par cette question, le Comité demande à Malte de fournir un exemple ou un élément concret démontrant**,** par exemple, que la législation maltaise garantit de manière effective la conservation des avantages acquis en ce qui concerne l'emploi, la famille, la maladie, la vieillesse, l'invalidité, les prestations de survivant et les accidents du travail.

Le Comité réitère sa dernière question et demande que le prochain rapport fournisse des éléments concrets démontrant que les prestations sont exportables vers les États parties qui ne sont pas membres de l'UE ou qui n'appartiennent pas à l'EEE quelle que soit la nationalité du bénéficiaire.

Le Comité considère qu'il n'a pas été établi que le maintien des avantages acquis soit garanti aux ressortissants de tous les autres États parties.

Conclusion

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

- il n'est pas établi que l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- il n'est pas établi que l'égalité de traitement en matière de prestations familiales soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- il n'a pas été établi que le droit au maintien des droits en cours d'acquisition soit 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 Malte.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a demandé davantage de précisions concernant le critère de ressources appliqué pour déterminer l'éligibilité et si – et dans quelle mesure – l'assistance pouvait être supprimée en cas de refus d'une offre d'emploi.

Selon le rapport, toutes les prestations non contributives sont versées sous condition de ressources, lorsque l'ensemble des revenus du foyer ne dépasse pas un certain plafond. C'est sur cette base qu'est déterminé le droit aux prestations (prestations non contributives, pensions, aides diverses).

À compter de leur inscription comme demandeur d'emploi, les personnes licenciées satisfaisant aux conditions de ressources se voient attribuer une allocation de chômage pendant une durée maximale de six mois. À l'issue de cette période, si le demandeur répond à des critères liés au patrimoine, il bénéficie d'une assistance chômage non contributive. Selon le rapport, cette assistance équivaut pour l'essentiel à une assistance sociale, aussi bien en ce qui concerne les taux applicables que les modalités d'appréciation des plafonds de ressources.

À propos de la notion de « travail approprié », le rapport indique que l'inscription comme demandeur d'emploi implique que l'intéressé recherche activement du travail. Pendant cette période, Jobsplus fait tout son possible pour l'aider à trouver un emploi convenable. Si la personne refuse des mesures actives telles que des offres d'emploi, une formation ou la participation à certains dispositifs, ne recherche pas activement du travail ou ne suit aucune formation, Jobsplus en conclut qu'elle n'est plus intéressée et procède à sa radiation de la liste des demandeurs d'emploi. De plus, concernant la possibilité de refuser une offre d'emploi, il est à noter qu'au-delà de trois mois d'inscription auprès de Jobsplus, le demandeur est tenu d'accepter une offre ne correspondant pas à ses préférences dès lors que la rémunération proposée est au moins égale au salaire minimum. Le Comité demande si l'aide sociale est totalement supprimée lorsqu'un demandeur d'emploi refuse une offre après trois mois.

Le Comité note en outre que depuis janvier 2015, les bénéficiaires de l'assistance sociale ou de l'assistance chômage qui réintègrent le marché du travail peuvent continuer à percevoir une prestation réduite au titre de l'assistance.

Niveau des prestations

Le Comité note que le rapport ne contient pas d'informations concernant le niveau des prestations d'assistance sociale.

Afin d'apprécier la situation pendant la période de référence, le Comité prend note des informations suivantes :

- Prestation de base : selon la base de données MISSOC, le montant mensuel de la prestation d'assistance sociale s'élevait en 2015 à 438,28 € pour une personne seule.
- Prestations complémentaires : le Comité constate que le rapport ne fournit aucune information relative aux autres prestations servies aux personnes seules sans ressources qui bénéficient de l'assistance sociale. Il relève dans la base de données MISSOC que les bénéficiaires de l'assistance sociale *(Ghajnuna Socjali)* qui louent leur logement ont droit à ce titre à une allocation de loyer de 1,16 € par semaine. Une subvention hebdomadaire de 0,84 € pour réduire la facture téléphonique est également accordée aux personnes de plus de 60 ans.

Le Comité note aussi qu'une aide au paiement des factures d'eau et d'électricité *(Beneficcju ta' l-Energija)* est accordée aux chefs de famille bénéficiaires d'une forme quelconque d'aide sociale. Le Comité demande que le prochain rapport indique le montant moyen de l'aide attribuée pour alléger les factures énergétiques qui est versée en complément des autres prestations à une personne vivant seule bénéficiaire de l'assistance sociale.

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 562 € en 2015.

Le Comité considère que le niveau de l'assistance sociale est insuffisant au motif que le montant total des aides pouvant être obtenues n'assure pas un niveau de revenu correspondant au seuil de pauvreté.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées concernant le droit de recours et l'assistance judiciaire.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité avait demandé si un titre de séjour pouvait être retiré, avant sa date légale d'expiration, à une personne du seul fait de sa situation de besoin. Le rapport indique en réponse que les ressortissants de pays tiers venus à Malte munis d'une autorisation de travail doivent retourner dans leur pays à son expiration. En ce qui concerne les personnes venues à Malte en raison de liens familiaux et dont le permis de travail serait également arrivé à expiration, des circonstances atténuantes – principalement d'ordre humanitaire – peuvent être prises en compte pour les autoriser à rester à Malte. L'assistance sociale est dûment octroyée si ces personnes sont en état de besoin. Selon le rapport, la durée de résidence ne constitue pas en soi un moyen utilisé pour fonder un refus d'admission à l'aide sociale.

Le Comité constate que le rapport ne répond pas à sa question, à savoir si un titre de séjour peut être retiré, avant sa date légale d'expiration, à une personne du seul fait de sa situation de besoin. Par conséquent, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'un titre de séjour ne peut pas être retiré à une personne du seul fait de sa situation de besoin.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans sa conclusion au titre de l'article 13§4 de la Charte (2013), le Comité a considéré qu'il n'était pas établi que tous les étrangers non-résidents – qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière – aient droit à une assistance sociale et médicale d'urgence. Dans sa conclusion 2015, il a renouvelé sa demande d'informations concernant l'assistance sociale et médicale d'urgence pour les autres ressortissants étrangers qui sont présents en toute légalité sur le territoire maltais sans pour autant avoir le statut de résidents, ainsi que pour ceux qui sont en situation irrégulière, et reconduit sa conclusion de non-conformité.

Le Comité constate à nouveau que les informations communiquées dans le rapport ne concernent que les demandeurs d'asile.

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande si ces normes sont respectées en droit et dans la pratique. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

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

- le niveau de l'assistance sociale octroyée à une personne seule et sans ressources est insuffisant ;
- il n'est pas établi qu'un titre de séjour ne peut pas être retiré à une personne du seul fait de sa situation de besoin.

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 Malte mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 13§2 de la Charte.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour concernant l'interdiction de la discrimination des bénéficiaires de l'assistance sociale ou médicale dans l'exercice de leurs droits sociales ou politiques.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de Malte 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 Malte.

Le Comité répète que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire

Dans les Conclusions 2013, le Comité a noté qu'aucune information n'était disponible concernant les services couverts par l'article 13§3, à savoir 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.

Dans les Conclusions 2015, le Comité a jugé la situation conforme à la Charte. Comprenant que les divers types de services mentionnés dans le rapport pouvaient en principe être obtenus gratuitement par ceux qui recevaient une assistance sociale ou une assistance chômage, il a demandé que le rapport suivant confirme qu'il en était bien ainsi et contienne des informations actualisées concernant des services tels que les conseils et l'aide individuelle, en indiquant également le nombre de leurs bénéficiaires. Il a souligné que ces informations étaient nécessaires pour apprécier pleinement la situation. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations tenant compte de ces critères.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Malte.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (réclamation n° 86/2012, *Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Ba*s, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Le Comité rappelle par ailleurs que le droit à l'assistance sociale d'urgence devrait être assorti d'un droit de recours auprès d'un organe indépendant. S'agissant de la fourniture d'un hébergement d'urgence, il doit exister un mécanisme de recours effectif auprès d'un organe judiciaire indépendant permettant de déterminer si l'attribution des hébergements est correctement administrée. Ce droit doit aussi être effectif dans la pratique (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Ba*s, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 106).

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1, dans laquelle il a réservé sa position concernant l'assistance sociale d'urgence apportée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les ressortissants étrangers présents légalement sur le territoire. Entretemps, il réserve sa position.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Malte.

Organisation des services sociaux

Bien que le rapport contienne quelques informations relatives à l'organisation actuelle du système, étant donné le temps écoulé depuis la première description (Conclusions 2009) de l'organisation et du fonctionnement des services sociaux à Malte, le Comité demande que le prochain rapport en fournisse une description complète actualisant les renseignements communiqués antérieurement en tant que de besoin.

Le rapport souligne que l'Appoġġ – agence rattachée à la Fondation pour les services sociaux (Foundation for Social Welfare Services, FSWS) – ne s'adresse pas uniquement aux personnes qui ne disposent pas de revenus suffisants ; elle travaille également avec les familles et les enfants ayant besoin de services de soutien : accueil et soutien, services destinés aux victimes de violences familiales, protection de l'enfance, services destinés aux enfants pris en charge, placement familial, adoption, accompagnement à la santé, services destinés aux victimes de la traite des êtres humains, services juridiques et visites encadrées, aide à la jeunesse et services de proximité. Il est à noter que le Sapport ne dépend plus de la FSWS et que les services destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées ne sont pas assurés par cette dernière, mais par le Département des personnes âgées. À cet égard, le Comité demande quel est l'impact sur les services sociaux et quels sont les résultats suite à ces changements dans l'organisation des services sociaux.

Le rapport indique qu'au sein de la FSWS, l'agence Seqda assure les services destinés aux personnes ayant des problèmes d'abus de substances (alcoolisme et toxicomanie) ou de jeu pathologique, mais aussi des services de prévention et des formations parentales.

Accès égal et effectif

En réponse à une demande du Comité dans ses conclusions précédentes (2013), le rapport indique également l'effectif total des personnels des différents secteurs des services sociaux.

Le rapport indique que des services sociaux de proximité ont été mis en place dans différentes régions de Malte pendant la période de référence. Certains projets visaient spécifiquement à aider les familles en état de besoin, comme celui ciblé sur les jeunes mères isolées lancé à Cottonera en 2013. Le rapport indique en outre que des services sociaux spécifiquement destinés aux jeunes ont été mis en place, comme le projet « Embark for Life » (Se lancer dans la vie active) d'aide à l'insertion professionnelle, démarré en 2013, ou l'initiative « Adolescent Day Programme » (la Journée des Ados), lancée en 2015 en vue d'aider les adolescents ayant des comportements difficiles ou des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie à s'intégrer dans la société. Le rapport souligne par ailleurs qu'en 2012-2013, d'importants changements sont intervenus dans la structure du Service de santé mentale à la suite de l'adoption de la loi relative à la santé mentale. La nouvelle loi définit des orientations stratégiques concernant les services de proximité et les services de psychiatrie infanto-juvénile.Parmi les nouveaux services de santé ouverts dans différentes régions entre 2014 et 2016, il faut citer la mise en place de l'équipe d'intervention en cas d'agression sexuelle, qui a pour vocation d'aider les victimes de violences sexuelles.

Le Comité rappelle que les utilisateurs des services sociaux doivent avoir des moyens de faire des plaintes et faire référence à des cas urgents de discrimination et des atteintes à la dignité humaine à un organisme indépendant. Le Comité demande donc quels recours sont disponibles pour les utilisateurs dans de tels cas.

Qualité des services

Le rapport fait état d'une augmentation, pendant la période de référence (2012-2015), du budget consacré aux services sociaux. Celui de l'Appoġġ est ainsi passé de 3 372 000 euros en 2012 à 5 000 000 en 2015, et celui du Sapport de 7 713 000 euros en 2012 à 10 550 000 en 2015).

Le Comité rappelle qu'il examine, conformément à l'article 14§1, les règles régissant les conditions d'admission au bénéfice du droit aux services sociaux (accès effectif et égalité d'accès) et la qualité et la surveillance des services sociaux […] (Conclusions 2005, Bulgarie). Les personnes demandant le bénéfice de services sociaux doivent recevoir tous les avis et conseils nécessaires pour pouvoir bénéficier des services disponibles en fonction de leurs besoins (Conclusions 2009, Observation interprétative de l'article 14§1). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mécanismes mis en place pour vérifier le caractère adéquat des services, tant publics que privés.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de Malte 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 Malte.

Le Comité rappelle que l'article 14§2 fait obligation aux États d'aider les organisations bénévoles qui cherchent à créer des services sociaux (Conclusions 2005, Observation interprétative).

Dans ses conclusions précédentes (2013), le Comité a demandé quel était le montant des aides financières octroyées par l'État (loi de 2007 sur les organismes bénévoles) et si le fonds créé à cette fin proposait des formations aux organismes bénévoles.

Le rapport contient des informations détaillées à ce sujet. Il indique que l'aide du Gouvernement dont bénéficie le *Malta Council for the Voluntary Sector* (MCVS), sous forme d'une allocation annuelle de 480 000 euros, est consacrée au soutien de petits projets lancés par des organismes bénévoles et à des actions de formation et de renforcement des capacités du secteur. Le MCVS gère en outre deux grandes lignes de crédit : le « *Small Initiatives Support Scheme* » (SIS) – un dispositif d'appui aux petites initiatives dont la dotation annuelle s'élève à 100 000 euros – et le « *Voluntary Organisations Projects Scheme* » (VOPS) – dispositif doté d'une enveloppe annuelle de 700 000 euros. Ces deux lignes de crédit visent à financer des projets concrets destinés à stimuler la coopération et le travail en réseau entre organismes bénévoles, à promouvoir et encourager une culture du bénévolat et la participation des personnes (particulièrement les enfants et les adolescents) à des activités bénévoles en tant que source d'enrichissement personnel et collectif, à favoriser la coopération du secteur associatif avec des organisations ou entités locales et internationales ou avec d'autres personnes afin d'encourager et promouvoir le développement de programmes, initiatives et activités de bénévolat axés sur l'intégration sociale et la lutte contre la pauvreté, l'éducation, les arts, la culture, le sport et la recherche spécifique dans ce domaine.

Le rapport souligne que l'une des priorités du MCVS est d'encourager les organismes bénévoles à investir dans la formation et le renforcement des capacités de leurs membres, de leurs bénévoles et de leurs administrateurs. L'accent mis sur le renforcement des capacités s'inscrit dans une volonté de valoriser le potentiel des organismes bénévoles pour répondre aux besoins de la collectivité qu'ils servent. Depuis trois ans, MCVS met en place chaque année un programme de formation doté d'un budget annuel de 50 000 euros. Le rapport indique qu'il existe d'autres fonds nationaux de moindre importance dédiés au soutien de projets menés par des organismes bénévoles dans différents domaines. À ce sujet, le Comité demande si des projets concrets sont mis en œuvre dans le domaine des services sociaux afin d'encourager les individus à participer au maintien des services, par exemple en engageant des initiatives en vue de renforcer le dialogue avec la société civile dans les secteurs de la politique sociale qui affectent les services sociaux. Au nombre de ces initiatives figurent notamment celles visant à encourager la représentation de groupes spécifiques d'usagers dans des instances où les pouvoirs publics sont également représentés, ainsi que celles qui cherchent à favoriser la consultation des usagers sur des questions relatives à l'organisation de divers services sociaux et à l'aide qu'ils offrent (Conclusions 2005, Bulgarie).

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a demandé si et comment l'État s'assurait que les services gérés par le secteur privé étaient effectifs et accessibles à tous sur un pied d'égalité, sans discrimination au moins en fonction de la race, de l'origine ethnique, de la religion, du handicap, de l'âge, de l'orientation sexuelle et des opinions politiques.

Le rapport indique que toute personne qui a le sentiment de faire l'objet d'une discrimination fondée sur le genre, ainsi que sur la race ou l'origine ethnique, dans l'accès à des biens et services et la fourniture de biens et services peut porter plainte devant la Commission nationale pour la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes. Cette instance

peut aussi ouvrir d’office une enquête sur toute question liée à un acte ou une omission qui serait illicite aux termes des dispositions des lois pertinentes. À ce jour, elle n’a encore été saisie d’aucune plainte.A cet égard, le Comité demande si, outre la discrimination fondée sur le sexe, la race et l’appartenance ethnique, la Commission nationale pour la promotion de l’égalité examine également d’autres motifs de discrimination en cas de discrimination dans l’accès et la biens et services, et quel type de recours sont prévus pour les victimes de discrimination.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandée, le Comité conclut que la situation de Malte 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 Malte.

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 liées à 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 a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé à plusieurs reprises s'il existait une législation (ou un cadre juridique équivalent) visant à protéger les personnes âgées contre les discriminations en dehors de l'emploi. Il prend note des informations fournies dans le rapport mais constate que la loi n° X de 2015 instituant le Commissaire aux personnes âgées est entrée en vigueur en dehors de la période de référence. Le Comité considère, par conséquent, que la situation n'était pas conforme à la Charte sur ce point au cours de la période de référence. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur cette nouvelle loi ainsi que sur sa mise en oeuvre en pratique.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision pour les personnes âgées, le rapport se réfère à nouveau à la loi sur le Commissaire aux personnes âgées. Le Comité demande que le prochain rapport contienne davantage d'informations sur cette loi.

Ressources suffisantes

Le Comité rappelle que l'aspect principal du droit à des ressources suffisantes est constitué par les pensions que perçoivent les personnes âgées. 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.

Selon la base de données MISSOC, la pension minimale s'élevait, en 2015, à 118,69 € par semaine pour une personne seule et à 138,03 € pour un couple marié (ou, respectivement, 475€ et 552€ par mois).

Malte verse également une pension non-contributive aux assurés âgés de 60 ans et plus qui ne remplissent pas les conditions de cotisation. Selon le rapport, en 2016 (hors période de référence) le montant hebdomadaire de cette pension non-contributive s'élevait à 106,70€. La prestation supplémentaire en espèce (SPA) et la prestation énergie sous forme de coupons étaient, à leur taux maximum, fixés respectivement à 8,32 € et 10,50 € par semaine la même année.

Le Comité relève dans la base de données MISSOC que tous les titulaires de pension perçoivent une somme de l'État d'un montant de 135,10 € versée en juin et décembre ainsi qu'une allocation supplémentaire hebdomadaire d'un montant de 3,12 €. Ils perçoivent également une autre allocation hebdomadaire comprise entre 9,12 € et 0,39 € et une prestation sous forme d'un versement unique de 35 € destinées à pallier l'augmentation du coût de la vie. Toujours selon MISSOC, les personnes âgées de 62 à 74 ans ayant contribué au système de retraite maltais pendant au moins un an, mais ne remplissant pas les

conditions d'éligibilité pour le versement d'une pension à part entière, perçoivent une prime annuelle de 100 à 200 € en fonction du nombre d'années de cotisations payées. Les personnes âgées de 75 ans et plus vivant chez eux ou avec des parents perçoivent une subvention pour personne âgée à hauteur de 300 € par an. Le rapport ajoute que, outre le versement des prestations mentionnées ci-dessus, Malte fournit gratuitement un certain nombre de services aux personnes âgées à faible revenu, notamment, de santé, d'aide à domicile, de produits alimentaires.

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 6 746,5 € par an en 2015 (ou 562 € par mois). Le Comité considère que le niveau minimum des prestations de vieillesse, majorées des prestations complémentaires, est suffisant.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé pourquoi le groupe de personnes âgées de 65 ans et plus ayant des revenus inférieur à 40 % du revenu médian ajusté ne peut prétendre aux garanties minimales, à savoir la SPA et la prestation énergie. Il a, par ailleurs, demandé des informations sur les mesures spécifiques prises pour y remédier. Le rapport indique qu'une personne âgée de plus de 65 ans qui ne serait pas admissible à une pension contributive mais qui satisfait aux conditions de ressources pour l'obtention d'une pension non-contributive est admissible à tous les avantages et prestations mis à disposition des personnes âgées ainsi qu'à la SPA au taux le plus élevé et à la prestation énergie. Le Comité prend note de ces informations mais constate que le rapport ne répond pas à l'autre question, de sorte qu'il la réitère.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé davantage d'informations sur les politiques et autres stratégies développés et/ou adoptées par Malte en la matière ainsi que les résultats obtenus. Le rapport indique, tout d'abord, que le concept de violence envers les personnes âgées est intégré dans la Politique stratégique nationale maltaise pour le vieillissement actif 2014-2020, qui vise à sensibiliser à la maltraitance et à la négligence des aînés par la recherche, l'éducation et la formation des professionnels, permettre aux personnes âgées de dénoncer les abus et leur garantir une meilleure protection juridique. Cette politique a conduit à l'élaboration de mesures de coordination des formations des professionnels de la santé en ce qui concerne l'identification, la prévention et le traitement de la maltraitance des personnes âgées.

Le rapport indique, par ailleurs, que le Secrétariat Parlementaire pour les droits des personnes handicapées et du vieillissement actif travaille, premièrement, sur de nouvelles mesures destinées à protéger les personnes âgées, leurs intérêts ainsi que leurs proches contre les abus et, deuxièmement, sur un projet de loi qui condamnerait systématiquement les personnes condamnées pour des crimes impliquant des personnes âgées à des dommages-intérêts.

Services et facilités

Le Comité a, dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), notamment demandé si l'offre des services répondait à la demande. Le rapport indique que le Département du vieillissement actif et des soins a consolidé les services existants et en a développé de nouveaux pour faire face à la demande. Le rapport indique, à cet égard, que d'importantes améliorations ont, notamment été apportées aux services « Home Aid », « Telecare + » et « HandyMan ». Un programme "Bouge-toi" a été lancé à Gozo afin de permettre aux personnes âgées de prendre part à des activités physiques, sociales et de bien-être. Le rapport indique également qu'il n'existe aucune liste d'attente pour les services mentionnés ci-dessus.

Le Comité a également demandé davantage d'informations concernant sur les mécanismes de contrôles des services. Le rapport indique que les services communautaires sont

contrôlés en permanence par les agents du département ou le personnel d'inspection qui effectuent des audits et des visites, inopinées ou programmées. Le rapport ajoute que tous les bénéficiaires de services sont libres de transmettre leurs commentaires, suggestions ou plaintes directement au département ou à travers des systèmes plus centralisés. Toutes les plaintes font l'objet d'une enquête approfondie et des mesures sont prises si besoin est. Le Comité souhaite recevoir davantage d'informations à ce sujet dans le prochain rapport.

Logement

Le Comité a, dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), premièrement, demandé à quels types de logements ont accès les personnes âgées. Le rapport indique qu'il existe, à Malte, des maisons de retraite publiques et privées qui accueillent les personnes âgées qui ne peuvent plus, en raison de leur état de santé, demeurer chez elles. Le rapport ajoute que les maisons de retraites publiques fournissent également des services médicaux.

Le Comité a, deuxièmement, demandé si les personnes âgées sont traitées sur un pied d'égalité en matière d'accès aux logements sociaux et si des mécanismes de compensation sont prévus pour leur permettre de faire face aux dépenses afférant à la location d'un logement sur le marché non réglementé. Il a également demandé si les besoins des personnes âgées sont pris en compte dans les politiques nationales ou locales du logement. Le rapport indique que l'Office du logement alloue les petits appartements disponible au rez-de-chaussée en priorité aux personnes âgées. Il verse également des subventions aux personnes âgées pour rendre leurs maisons plus adaptées à leurs besoins. En outre, l'Autorité du logement s'engage à ce que les nouveaux appartements disposent d'appartements de petite taille équipés d'ascenseurs.

Le Comité a, troisièmement, demandé dans quelle mesure les logements occupés par des personnes âgées répondent aux normes de sécurité, d'habitabilité et de confort minimal. Le rapport ne fournit aucune information, de sorte que le Comité réitère sa demande.

Le Comité a, quatrièmement, demandé si l'offre répond à la demande. Le rapport confirme que l'offre répond à la demande de logements sociaux des personnes âgées sans, toutefois, fournir d'information ou données statistiques supplémentaires au soutien de cette affirmation. Le Comité considère, dès lors, qu'il n'est pas possible, compte tenu des informations fournies par le rapport, de déterminer l'adéquation de l'offre des structures d'hébergement au regard de la demande. Il réitère, dès lors, sa demande et précise que si le prochain rapport ne fournit pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation est en conformité avec la Charte sur ce point.

Soins de santé

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé s'il existait des principes directeurs relatifs aux soins de santé pour les personnes âgées. Le Comité note que les normes minimales nationales pour les maisons de soins reposent sur les principes de la prise en charge des personnes, de la dignité, de la vie privée, du bien-être physique et mental, de l'épanouissement personnel, de l'autonomie, de l'égalité et du droit au recours et à la justice.

Le rapport indique que Malte a développé les services de soins, y compris les soins infirmiers à domicile et transformé les centres d'accueil ouverts en journée en centres d'apprentissage continue. Des soins infirmiers 24h/24 ont également été introduits dans les foyers et les résidences. Les refuges de nuit et de repos ont été renforcés à Malte et créés à Gozo. Le rapport ajoute également qu'une équipe d'intervention de lutte contre la démence ainsi qu'un centre spécialisé de jour pour le traitement de cette maladie (Gozo) ont été mis en place.

Le rapport précise que Malte s'efforce de rapprocher les soins primaires, services de santé et accès aux médicaments des lieux de résidence des personnes âgées, en particulier pour celles qui sont le plus vulnérables. Pour ce faire, Malte encourage et développe, d'une part, les soins formels et informels de proximité et s'efforce de limiter, d'autre part, la durée d'hospitalisation des personnes âgées. Malte s'efforce également de mieux gérer les maladies chroniques dont souffrent les personnes âgée et d'améliorer l'offre des services aux patients atteints de cancer en favorisant, notamment le diagnostic précoce et l'accès aux traitements.

Soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé davantage d'informations sur le contenu des normes nationales applicables aux maisons de retraites. Le rapport indique que le Secrétariat parlementaire des droits des personnes handicapées et du vieillissement actif a adopté des normes minimales pour les maisons de soins en septembre 2015. Les normes s'assurent que les maisons de retraites et foyers de soins promeuvent une "culture" du vieillissement actif, en plus des soins de santé dispensés. Ces normes définissent les exigences minimales à la création de foyer et maisons de retraite ainsi que les connaissances et les compétences requises par la direction et le personnel. Afin de garantir leur mise en œuvre, il est proposé qu'elles soient appuyées par un instrument législatif. Une autorité indépendante responsable de la mise en œuvre desdites normes et des licences des maisons de soins pour les personnes âgées doit être établie. Le Comité souhaite être informé des avancements réalisés en la matière. Il demande également que davantage d'informations sur cette nouvelle autorité de contrôle lui soient transmis dans le prochain rapport. Le rapport précise que ces normes sont contrôlées par une équipe départementale spécialisée à cet effet. Les agents du département effectuent des audits régulièrement dans les maisons de retraite et foyers de soins. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'impact de la mise en oeuvre de tels contrôles sur les maisons de retraite et foyers de soins.

Le rapport indique également qu'un processus d'évaluation multidisciplinaire a été mis en place pour rationaliser les admissions dans les établissements de soins de longue durée. La priorité est donnée aux cas de grande dépendance et d'urgence. De plus, une série de mesures visant à accroître l'efficacité de l'utilisation des lits a été mises en œuvre. Un plafonnement du nombre de refus a été introduit. Le Comité demande davantage d'informations sur le plafonnement du nombre de refus.

Le Comité constate que le rapport ne fournit aucune information concernant le respect de la vie privée des personnes âgées placées en institution. Il demande que le prochain rapport indique comment les droits de ces personnes sont respectées dans les structures d'accueil – droit à des soins et services appropriés, droit au respect de la vie privée, droit à la dignité, droit de maintenir des contacts personnels et droit de participer à la détermination des conditions de vie dans l'institution. Il demande également quelles sont les conditions requises en termes de qualifications et de formation du personnels quel est le niveau de salaires de ces derniers, et quelles sont les grandes orientations en matière d'équipements socioculturels à prévoir dans les institutions.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation à Malte n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif qu'il n'existait pas, au cours de la période de référence, de législation protégeant les personnes âgées contre la discrimination fondée sur l'âge.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 8 - Interdiction du travail de nuit

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par Malte en réponse à la conclusion selon laquelle il n'a pas été établi que les exceptions à l'interdiction du travail de nuit dans certains secteurs économiques soient nécessaires au bon fonctionnement des secteurs en question ni que le nombre de jeunes travailleurs concernés ne soit pas trop élevé.

Le Comité conclut que le rapport soumis par Malte n'apporte pas d'éléments nouveaux en réponse à ces conclusions de non-conformité. En l'absence des informations demandées, le Comité réitère ses constats de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Malte n'est pas conforme à l'article 7§8 de la Charte Charte au motif qu'il n'est pas établi que les exceptions à l'interdiction du travail de nuit dans certains secteurs économiques soient nécessaires au bon fonctionnement des secteurs en question, ni que le nombre de jeunes travailleurs concernés ne soit pas trop élevé.

Article 16 - Droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique

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

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations soumises par les autorités maltaises en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les associations représentant les familles soient consultées lors de l'élaboration des politiques familiales.

Afin de s'assurer que le point de vue des familles est pris en compte dans l'élaboration des politiques familiales, les autorités compétentes doivent consulter les associations représentant les familles.

Selon le rapport, le Malte s'efforce d'encourager la consultation populaire et veille ainsi à associer systématiquement le grand public, y compris les ONGs, à la formulation des politiques au cours des différentes étapes de leur élaboration ou lors de la modification de textes de loi, dans des délais raisonnables. Pour ce faire, il organise notamment des réunions publiques dans les localités (municipalités) concernées, fait distribuer des questionnaires et/ou diffuse des enquêtes, organise des séminaires avec des ONGs travaillant dans le domaine social, et met en place des outils de communication, type pages Facebook, sites Web, adresses électroniques, numéros d'appel téléphonique, etc., et ce, en parallèle des actions menées par le comité interministériel. Le rapport indique que des consultations de cet ordre ont eu lieu avant l'adoption de la Stratégie générale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en 2013 et, plus récemment, à l'occasion des discussions sur la proposition d'une politique nationale de l'enfance en septembre 2016.

Le Comité constate que les familles et les ONGs sont effectivement consultées lors de l'élaboration des politiques familiales.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de Malte est conforme à l'article 16 de la Charte.





janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la République de Moldova, qui a ratifié la Charte le 8 novembre 2001. L'échéance pour remettre le 13ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la République de Moldova l'a présenté le 29 mars 2017. Le 1er août 2017, une demande d'informations supplémentaires concernant les articles 11§1, 12§2, 12§3, 13§2 et 13§3 a été adressée au Gouvernement qui n'a pas transmis de réponse.

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 République de Moldova a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 3§4, l'article 13§4, l'article 23 et l'article 30.

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

Les Conclusions relatives à la République de Moldova concernent 13 situations et sont les suivantes :

– 10 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 3§3, 11§1, 11§2, 11§3, 12§1, 12§2, 12§3, 12§4 et 13§1.

En ce qui concerne les 3 autres situations, relatives aux articles 3§1, 13§2 et 13§3, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la République de Moldova en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de remédier à cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 12§4

La République de Moldova a conclu, au cours de la période de référence, un accord de sécurité social avec la Belgique, la Pologne, la Hongrie et la Lituanie.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des enfants et des adolescents à la protection – interdiction du travail des enfants soumis à l'instruction obligatoire (article 7§3),
- droit des travailleuses à la protection de la maternité – congé de maternité (article 8§1),
- droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté 1 conclusion de conformité concernant l'article 8§1 et 2 conclusions de non-conformité concernant l'article 7§3 et à l'article 16.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 l'orientation professionnelle (article 9),
- 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).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

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

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 République de Moldova.

Objectif général de la politique

Le Comité a précédemment constaté (Conclusions 2013) que la loi n° 186-XVI de 2008 et la réglementation d'application ont instauré un régime de sécurité et de santé dans le travail qui vise à favoriser et à préserver une culture de prévention en la matière, néanmoins cette loi n'avait pas atteint le stade de la mise en application, et n'était pas encore pleinement intégrée à la législation et à la réglementation préexistante. La situation était identique à l'égard du Programme national.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les autorités en charge d'assurer la mise en oeuvre de la loi n° 186-XVI et le Programme national ; des informations sur les mesures d'application et d'harmonisation de la loi n° 186-XVI ; ainsi que des exemples de mise en œuvre de la loi n° 186-XVI et du Programme national dans la pratique. Il a également demandé si la loi n° 186-XVI et le Programme national trouvaient application sur l'ensemble du territoire national. Il a en outre demandé si la nouvelle unité de sécurité et de santé dans le travail au ministère du Travail, de la Sécurité sociale et de la Famille, chargée de développer, promouvoir et examiner régulièrement la politique nationale en la matière, réévaluait les politiques existantes à la lumière de l'évolution des risques. Le rapport ne contenant pas d'informations sur le Programme national, le Comité conclut que ce Programme n'a pas été adopté pendant la période de référence.

Le rapport indique que la politique d'Etat dans le domaine de la sécurité et la santé au travail est élaborée et revue en consultation avec les patronats et les syndicats, en tenant compte de l'évolution des réglementations internationales dans le domaine et du progrès technique.

Le Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille effectue la coordination de la sécurité et de la santé au travail et, notamment, il organise l'élaboration des projets des actes normatifs sur la sécurité et la santé au travail et après avoir consulté les partenaires sociaux, les soumet au Gouvernement pour approbation ; assure le contrôle de l'application de la législation sur la sécurité et la santé au travail ; organise l'élaboration des instructions-cadres de sécurité et de santé au travail pour certaines professions ou pour certaines activités complexes ; donne des avis sur les projets d'instructions-cadres de sécurité et de santé au travail ; assure la publication annuelle de l'information sur les mesures prises dans la réalisation de la politique gouvernmentale dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail, sur les accidents de travail et les maladies professionnelles ; entretient des liens avec le réseau d'information dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail ; et représente l'Etat dans les relations internationales dans le domaine de sécurité et santé au travail.

Selon le rapport, l'Inspection Nationale du Travail est chargée d'assurer la mise en œuvre de la loi n° 186-XVI du 10 juillet 2008 sur la sécurité et la santé au travail, conformément à la loi n° 140-XV du 10 mai 2001 sur l'Inspection nationale du Travail. Au titre de l'article 3 de la loi n° 186-XVI, les dispositions de la loi sont appliquées dans tous les domaines d'activités tant publiques que privées. Néanmoins, le rapport précise qu'elle n'est pas applicable si certaines caractéristiques inhérentes à certaines activités spécifiques aux forces armées, à la police et aux services de protection civile sont en contradiction avec ses dispositions. Dans ce cas, la sécurité et la santé des travailleurs seront assurées en tenant compte, dans la mesure du possible, des dispositions de la présente loi. Le Comité demande à nouveau des informations sur les mesures d'application et d'harmonisation de la loi n° 186-XVI, ainsi que des exemples de sa mise en œuvre dans la pratique.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'organisation de la prévention au niveau des autorités publiques et des entreprises et a demandé des exemples d'application pratique de mesures d'évaluation des risques, de mesures de prévention adaptées à la nature des risques, ainsi que de mesures de formation et d'information des travailleurs du secteur agricole. Il a demandé des précisions sur le nombre de comités de sécurité et de santé au travail créés dans la pratique, la fréquence du recours aux services de protection et de prévention externes et les conditions dans lesquelles l'employeur assure lui-même les charges du service de prévention et de protection. Il a également réitéré sa demande concernant le nombre d'employeurs qui mettent au point un plan de sécurité annuel dans la pratique.

Le rapport énumère des activités sur la sensibilisation du grand public effectuées pendant la période de référence par l'Inspection Nationale du Travail en matière de sécurité et de santé au travail, ainsi que les résultats obtenus. L'Inspection du Travail informe également les mass-médias sur les prévisions de la législation en la matière, ainsi que le respect et les modalités de leur application.

Outre les textes et les mesures exposés dans les conclusions précédentes (Conclusions 2013), le Comité note d'après le rapport qu'au titre de la loi n° 186-XVI, l'employeur est responsable de l'assurance de la sécurité et la santé au travail des travailleurs et organise les activités de leur protection et prévention. Selon le rapport, le nombre d'unité ou d'activité de protection et de prévention réalisé par les employeurs, les personnes désignées, le service interne ou le service externe a augmenté pendant la période de référence. En outre, 287 comités de sécurité et de santé au travail ont été créés en 2012, 357 en 2013 et 280 en 2015. Au surplus, le nombre d'unités où les risques professionnelles ont été évalués voire où les plans annuels de protection et de prévention ont été établis, a significativement augmenté, de 556 en 2012, 738 en 2013 à 1 285 en 2015.

Le Comité considère que des mesures sont prises en matière de prévention des risques professionnels, de sensibilisation et d'évaluation des risques liés au travail et d'information et de formation des travailleurs.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que la situation de la République de Moldova n'était pas conforme à l'article 3§1 de la Charte au motif que l'implication des autorités publiques dans la recherche relative à la santé et de sécurité au travail ainsi que la formation de professionnels était inefficace. Il a demandé des informations sur l'implication des autorités publiques dans l'analyse de risques sectoriels ; la mise au point de recommandations ; ainsi que la conception de modules de formation et de schémas de certification.

Le rapport indique que la formation des spécialistes et des dirigeants des lieux de travail en matière de sécurité et santé au travail a été organisées (5 000 personnes pendant la période de référence).

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs au niveau des autorités publiques, spécifiquement dans la définition, la mise en œuvre et le réexamen de la politique de santé et de sécurité dans le travail. Il a demandé des informations sur les modalités de la consultation en l'absence de comités de sécurité et de santé au travail. Le rapport ne contenant pas les informations demandées, le Comité renouvelle sa demande.

Le rapport indique qu'en vue de consulter les organisations d'employeurs et de travailleurs, l'Inspection National du Travail présente des informations à la Confédération Nationales des Employeurs et à la Confédération Nationale des Syndicats concernant la sécurité et la santé au travail dans les unités soumises aux visites de contrôle. Dans le cadre des contrôles menés par l'Inspection, les représentants syndicaux de l'unité contrôlée ainsi que les représentants des syndicats de secteur participent aussi, dans certaines affaires (enquête sur des accidents de travail, examen des pétitions et des renvois) .

Au vu de ces informations, 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

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 République de Moldova.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté qu'au cours de la période de référence, la loi n° 186-XVI n'était pas encore pleinement intégrée dans l'ordre juridique, et les projets de décisions du Gouvernement visant à réglementer de manière spécifique l'exposition à certains risques professionnels et à intégrer l'acquis communautaire en la matière n'étaient pas en vigueur. Il a également constaté un faible niveau de ratification des conventions de l'OIT pertinentes. Il a demandé des informations relatives à l'adoption des textes en cours d'élaboration et à leur mise en œuvre dans la pratique.

En réponse, le rapport dresse la liste des décisions du Gouvernement adoptées pendant la période de référence en la matière : Décision du Gouvernement n° 80 du 9 février 2012 sur les exigences minimales de sécurité et de santé au travail pour les chantiers temporaires ou mobiles ; Décision du Gouvernement n° 244 du 8 avril 2013 sur l'approbation des exigences minimales pour la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante au travail ; Décision du Gouvernement n° 324 du 30 mai 2013 sur l'approbation du Règlement sanitaire sur les exigences de sécurité et de santé pour assurer la protection des travailleurs contre les risques liés à la présence des agents chimiques au travail ; Décision du Gouvernement n° 918 du 18 novembre 2013 sur les exigences minimales pour la signalisation de sécurité et santé au travail ; et Décision du Gouvernement n° 362 du 27 mai 2014 sur l'approbation des exigences minimales sur la protection des travailleurs contre les risques pour leur santé et sécurité générés ou qui peuvent être générés par l'exposition au bruit, notamment contre les risques pour l'audition.

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. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation en République de Moldova 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 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 constaté que la décision du Gouvernement n° 353 exclut certains lieux de travail et certaines situations de son champ d'application, et a demandé que le prochain rapport renseigne ces lieux de travail et situations, et contienne des informations sur la réglementation de prévention et de protection qui leur est applicable. Il a également demandé des informations sur la prise en compte de l'acquis communautaire récent applicable aux machines et aux équipements sous pression transportables, ainsi que sur l'obligation faite aux employeurs d'évaluer les risques présents aux postes de travail. En outre, afin d'apprécier la conformité avec le niveau des normes internationales de référence, il a demandé des précisions sur l'application des décisions du Gouvernement précitées dans la pratique.

Compte tenu de l'absence d'informations dans le rapport, le Comité n'est pas en mesure d'établir si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation prévue par l'article 3§2 de la Charte, qui exige que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation pour la mise en place, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail soient conformes aux niveaux fixés par les normes de référence internationales.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les dispositions spécifiques relatives à la protection contre les risques d'exposition au benzène.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a considéré que le niveau de protection contre l'amiante était insuffisant au regard des normes internationales de référence. Il a également noté que, bien qu'aucun inventaire systématique des immeubles et matériaux contaminés par l'amiante ne soit dressé, l'étude du groupe de travail chargé d'élaborer un programme d'action pour limiter ou interdire l'utilisation de matériaux de construction contenant de l'amiante a révélé que, dans la pratique, la population et les travailleurs sont exposés à l'amiante dans des proportions excessives. Il a demandé si des mesures sont envisagées pour intégrer la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm^3 introduite par la Directive 2009/148/CE.

En réponse, le rapport indique que la Décision du Gouvernement n° 244 sur l'approbation des exigences minimales pour la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante au travail a été adoptée le 8 avril 2013. Le Comité se réfère à sa conclusion précédente en ce qui concerne la description du projet de cette décision (Conclusions 2013). Le Comité note d'après NATLEX que les exigences minimales contiennent une annexe avec des recommandations pratiques pour la surveillance médicales des ouvriers exposés à la poussière provenant de l'amiante ou provenant des matériaux qui en contiennent. Elles prévoient également que le Ministère de la Santé établirait avant le 31 décembre 2013 les lignes directrices pratiques pour la définition des expositions sporadiques et d'une intensité basse à l'amiante.

Le Comité conclut que la législation et la réglementation en vigueur accorde un niveau de prévention et de protection au moins équivalent à celui prévu par les normes internationales de référence. Il demande si les autorités ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Compte tenu de l'importance que revêt cette question à la lumière du droit à la protection de la santé (article 11), il demande que le prochain rapport rende précisément compte des mesures prises à cette fin.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a considéré qu'au cours de la période de référence, le niveau de protection contre les radiations ionisantes était insuffisant au regard des normes internationales de référence. Il a demandé des informations sur la mise en œuvre des textes adoptés au cours de la période de référence.

Le Comité se réfère sur sa conclusion précédente (Conclusions 2013) en ce qui concerne les normes fondamentales de radioprotection (NFRP-2000) adoptés le 27 février 2012 par le Ministère de la Santé. Ces normes établissent des valeurs limites d'exposition, des mesures de prévention des accidents et des procédures de surveillance. Le Comité note d'après NATLEX que les normes sont applicables à tous les types d'activités en cas d'exposition aux radiations ionisantes notamment dans le cadre du travail, et contiennent des dispositions sur les conditions d'exposition dans le cadre du travail (conditions de travail, travail alternatif, conditions de travail des jeunes, classification des zones de travail et moyens individuels de protection).

Le Comité 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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que les travailleurs non permanents et temporaires étaient couverts par la législation régissant la sécurité et la santé au travail et a demandé si tel était également le cas des travailleurs intérimaires. Il a également demandé des informations sur la manière dont cette obligation est mise en œuvre par la législation et le cas échéant par les règlements d'application. Il a notamment demandé des précisions sur l'accès des travailleurs non permanents, temporaires et intérimaires, selon leur statut contractuel, à l'information et à la formation en matière de sécurité et de santé au travail, ainsi qu'à la surveillance médicale et à la représentation au travail.

En réponse, le rapport expose qu'au titre de l'article 3 de la loi n° 186-XVI sur la sécurité et la santé au travail, les dispositions de cette loi sont appliquées dans tous les domaines d'activités tant publiques que privées, aux employeurs ; travailleurs ; représentants des travailleurs ; demandeur d'emploi, se trouvant dans les locaux de l'entreprise avec la permission de l'employeur, pendant la période de vérification préalable de leurs aptitudes professionnelles ; personnes effectuant un travail d'intérêt général ou à caractère bénévole ; personnes qui ne disposent pas d'un contrat de travail écrit mais pour lesquels il est possible de prouver, par tout autre moyen ou méthode, qu'ils ont effectué un travail et doivent bénéficier des conditions qu'un tel contrat prévoirait ; aux chômeurs pendant la durée de leur participation à une formation professionnelle, etc. De plus, le Comité note qu'au titre de l'article 1 de cette loi, un travailleur est toute personne employée par l'employeur conformément à la loi, y compris les stagiaires et apprentis. Par conséquent, le Comité constate que les travailleurs intérimaires ne sont pas explicitement exclus de la définition des travailleurs et bénéficient donc de la protection du cadre législatif applicable à la sécurité et la santé au travail.

Autres catégories de travailleurs

Le Comité a précédemment conclu que les travailleurs indépendants ne bénéficiaient pas d'une protection adéquate au regard de l'article 3§2 de la Charte. Compte tenu de l'absence d'informations dans le rapport, il réitère sa conclusion de non-conformité au motif que toutes les catégories de travailleurs indépendants ne sont pas suffisamment protégées.

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a également demandé des informations sur le degré de protection applicable aux employés de maison (Conclusions 2013 et 2009), et sur modalités de protection de la sécurité et la santé des travailleurs à domicile (Conclusions 2013).

Le Comité constate que les employés de maison ne sont pas explicitement exclus de la définition des travailleurs, en vertu de l'article 1 de la loi n° 186-XVI et bénéficient donc de la protection du cadre législatif applicable à la sécurité et la santé au travail. Toutefois, le Comité demande que le prochain rapport le confirme.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs au niveau des

autorités publiques, spécifiquement dans la définition, la mise en œuvre et le réexamen de la politique de santé et de sécurité dans le travail. Il a demandé si les partenaires sociaux ont également été associés à l'élaboration de la réglementation relative au champ des risques couverts et des niveaux de prévention et de protection, et s'ils sont associés aux projets de décisions du Gouvernement.

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. Le Comité réitère toutes ses précédentes questions et demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur la manière dont les organisations patronales et syndicales sont consultées lors de l'élaboration de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

Le Comité rappelle que la réglementation doit être élaborée en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs. La consultation au sens de l'article 3§2 de la Charte vise non seulement une collaboration tripartite entre les autorités publiques, les organisations d'employeurs et de travailleurs pour trouver des moyens d'améliorer les conditions et le milieu de travail, mais également la coordination de leurs actions et la collaboration dans l'élaboration de lois et de règlements à tous les niveaux et dans tous les secteurs économiques.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République de Moldova n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation pour la mise en place, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail soient conformes aux niveaux fixés par les normes de référence internationales ;
- les travailleurs indépendants ne sont pas couverts par la législation 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 République de Moldova.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions 2013) que, dans la mesure où le système de déclaration des accidents du travail confie l'instruction de la plupart des accidents du travail à l'employeur, il pouvait favoriser la dissimulation de ces accidents dans la pratique, et n'était pas efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte.

Le rapport indique que le nombre d'accidents du travail était de 425 en 2012, 599 en 2013, 525 en 2014 et 441 en 2015. Le taux de fréquence de ce type d'accidents a augmenté au début de la période de référence (0,79 en 2012 et 1,03 en 2013), mais baissé à la fin (0.91 en 2014 et 0,76 en 2015). Le nombre d'accidents mortels a également augmenté (de 20 en 2012, 36 en 2013 à 33 en 2015). Les données ILOSTAT confirment la tendance observée en ce qui concerne le nombre d'accidents du travail mortels, et présentent le taux d'incidence correspondant (pour 100 000 travailleurs) qui montre, au contraire, une tendance à la baisse (de 6,2 en 2013, 5,9 en 2014 et 5,7 en 2015).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également constaté que le Gouvernement n'avait pas pris de mesures suffisantes pour réduire le taux excessif d'accidents mortels, et a demandé des informations relatives aux mesures prises pour diminuer le nombre d'accidents mortels et pour contrer la potentielle insuffisance de déclarations d'accidents du travail dans la pratique. Selon le rapport, les secteurs d'activité ayant enregistré le plus grand nombre d'accidents mortels durant la période de référence sont l'industrie de transformation, les constructions, les transports, ainsi que l'agriculture et la sylviculture. Le rapport précise également que les accidents sont causés le plus souvent par la personne concernée (entre 54 % et 82 % de ceux-ci). Le Comité demande que le prochain rapport fasse état des mesures coercitives mises en œuvre pour éviter les accidents du travail.

Le rapport indique que les inspecteurs du travail vérifient environ 150 accidents de travail par an. Les rapports d'enquête des accidents de travail graves et mortels, établis par les inspecteurs du travail, sont soumis à la police pour être examinés du point de vue pénal. L'autorité de poursuite a initié une procédure pénale sur 32 dossiers qui ont été soumis pour examen aux instances judiciaires, dont 7 ont été classés.

Le Comité note que les taux d'incidence des accidents du travail et des accidents mortels ont poursuivi une tendance générale à la baisse depuis 2013. Il demande néanmoins que le prochain rapport indique les mesures adoptées pour réduire le nombre élevé d'accidents du travail.

Le rapport ne fournit aucune donnée chiffrée sur les cas de maladies professionnelles. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre l'insuffisane de déclaration et de reconnaissance des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention. 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 République de Moldova soit conforme à l'article 3§3 de la Charte.

Activités de l'Inspection du travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a conclu qu'en raison des faibles moyens matériels et humains de l'Inspection du travail ; du fait que la loi confie l'instruction de la plupart des accidents du travail aux employeurs ; du faible montant des amendes administratives, le système d'Inspection du travail n'était pas efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte. Il a demandé les informations suivantes : tout changement du cadre général des activités de l'Inspection du travail intervenu au cours de la période de référence ; le nombre, en distinguant les effectifs administratifs et les effectifs d'inspection, d'inspecteurs assignés au contrôle de l'application de la législation et la réglementation de sécurité et de santé au travail ; le nombre de visites de contrôle général, thématique, inopiné consacrées exclusivement à la législation et la réglementation de la santé et de la sécurité au travail ; l'application de la législation et la réglementation relative à l'Inspection du travail sur l'ensemble du territoire national dans la pratique ; le détail, par type, des mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre, et, pour chaque type, le nombre de mesures prises ; le résultat des dossiers transmis au ministère public en vue de l'introduction de poursuites pénales ; les données chiffrées pour chaque année de la période de référence. Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté la diminution constante du nombre de visites de contrôle. Par conséquent, il a demandé des informations sur les mesures mises en œuvre pour redresser le nombre des visites de contrôle et sur les visites de contrôle en dehors des chantiers de construction.

Le rapport précise que les activités de contrôle effectuées par l'Inspection du travail se sont déroulées en conformité avec la loi n° 131 sur le contrôle des entreprises par l'Etat du 8 juin 2012. En cas de non-conformité des employeurs avec les dispositions de la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail, des procès-verbaux des inspecteurs du travail sont transmis aux instances judiciaires (2 614 en 2014).

En outre, le rapport indique que les normes légales sur la sécurité et la santé au travail dans les constructions (NCM A.08.02 :2014) et sur la méthodologie d'élaboration des projets d'exécution des travaux de construction-montage (CP A.08.05 :2014) ont été élaboré sur la base de la Directive-cadre de l'Union Européenne sur la sécurité et la santé au travail (Directive 89/391/CEE).

Selon le rapport, l'Inspection du travail compte 109 inspecteurs du travail. Elle est subdivisée en une centrale (22 postes, y compris 7 ingénieurs et 6 juristes) et dix inspections territoriales (87 postes, y compris 33 ingénieurs et 37 juristes). Le nombre total de contrôle effectué par l'inspection du travail a augmenté de 6 510 (4 026 contrôles planifiés et 2 484 contrôles inopinés) en 2012, 6 209 (4 003 contrôles planifiés et 2 206 contrôles inopinés) en 2013 à 6 933 en 2015 (4 883 contrôles planifiés et 2 050 contrôles inopinés). Le nombre de contrôle effectué en matière de sécurité et de santé au travail était de 3 419 en 2012, 3 087 en 2013, 2 971 en 2014 et 3 130 en 2015. Les visites de contrôle, dont seulement la moitié concernait la sécurité et la santé au travail, ont couvert approximativement 217 000 travailleurs en 2012 et en 2013, 209 100 en 2014 et 234 700 en 2015.

De plus, le rapport indique que les services de l'Inspection du travail de l'Etat ont dressé 891 procès-verbaux pour des infractions qui ont été déférées à la justice, 514 en 2013, 434 en 2014 et 657 en 2015. Le Comité observe une forte réduction du nombre des procès-verbaux d'infractions transmis aux tribunaux en 2013 et en 2014, et, par conséquent, invite le Gouvernement à fournir les commentaires sur ce point. Il demande également des informations sur les résultats des procès-verbaux d'infractions transmis aux tribunaux (décisions rendues, amendes et autres sanctions imposées). En outre, le Comité prend note des manquements les plus fréquents et du non-respect des dispositions légales en matière de sécurité et de santé au travail.

En outre, d'après le rapport, l'Inspection du travail collabore avec la Confédération nationale des employeurs de la République de Moldova et la Confédération nationale des syndicats de la République de Moldova, ainsi que d'autres institutions concernées, afin d'assurer le

respect des exigences de sécurité et santé au travail. Le Comité demande des informations sur les résultats obtenus de cette coopération à la lumière de la sécurité et la santé au travail.

Le Comité observe que le nombre de contrôle effectué par l'Inspection du travail, y compris les contrôles planifiés, ainsi que le nombre de travailleurs couverts par ces contrôles, ont augmenté pendant la période de référence. Le Comité observe également une augmentation du nombre des procès-verbaux transmis à la justice, après la chute en 2013. Toutefois, du fait que la loi confie l'instruction de la plupart des accidents du travail aux employeurs, le système d'Inspection du travail n'est pas efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République de Moldova n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que le système d'inspection du travail est inefficace.

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 3 - Interdiction du travail des enfants soumis à l'instruction obligatoire

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations transmises par la Republique de Moldova en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi que les enfants soumis à l'obligation de scolarité soient assurés de bénéficier d'une période de repos libre de tout travail de deux semaines consécutives pendant les vacances d'été.

Le Comité note que le rapport soumis par la République de Moldova ne fournit aucune information nouvelle à la suite de cette conclusion de non-conformité. En l'absence des informations demandées, il réitère son constat de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République de Moldova n'est pas conforme à l'article 7§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les enfants encore soumis à l'obligation de scolarité soient assurés de bénéficier d'une période de repos libre de tout travail d'au moins deux semaines consécutives pendant les vacances d'été.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 1 - Congé de maternité

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations fournies par la République de Moldova en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les interruptions dans le parcours professionnel soient intégrées dans le calcul de la durée de cotisation requise pour avoir droit aux prestations de maternité.

A cet égard, le rapport réitère que, en vertu de la loi n° 289 du 22 juillet 2004 relative aux prestations d'invalidité temporaire et autres prestations du régime de sécurité sociale, les assurées, les épouses dépendantes de salariés et les femmes sans emploi affiliées aux organismes de santé ont droit au congé (prénatal et postnatal) de maternité ainsi qu'à des indemnités de maternité, correspondant à 100 % de la base de calcul établie conformément à la loi, à savoir le revenu moyen mensuel assuré pendant les 12 mois précédant la survenue du risque assuré. En réponse au constat du Comité, le rapport indique que, conformément à l'article 6, alinéa 6 de la Loi précitée, les femmes assurées (qu'elles soient mariées ou pas) ont droit à l'indemnité de maternité indépendamment de leur durée de cotisation.

Le Comité comprend d'après ces informations qu'il n'est plus nécessaire de justifier de six mois de cotisations au régime de la sécurité sociale pour bénéficier du droit aux prestations de maternité. Il considère par conséquent que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 8§1 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République de Moldova est conforme à l'article 8§1 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 République de Moldova.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, d'après les données de l'OMS, l'espérance de vie à la naissance était de 72,1 en 2015 (69,44 ans en 2009). L'espérance de vie reste donc peu élevée par rapport aux autres pays européens (par exemple, la moyenne pour les 28 Etats membres de l'Union Européenne était de 80,6 la même année).

Le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 personnes) était de 11,51 en 2012 et 11,42 en 2015 (11,03 en 2011), cet indicateur n'ayant enregistré que des variations marginales pendant la période de référence.

Le Comité a relevé précédemment que les maladies cardio-vasculaires et le cancer étaient les principales causes de décès et que parmi ces décès, beaucoup pouvaient être imputés à une très forte consommation d'alcool et de tabac. La tuberculose, et en particulier, le nombre croissant de personnes atteintes de tuberculose multirésistante, représentait également un très grave problème de santé publique dans le pays (Conclusions 2013). Le Comité a demandé à plusieurs reprises quelles mesures étaient prises pour lutter contre ces causes de mortalité (Conclusions 2009 et Conclusions 2013). Le rapport fournit des informations sur les mesures prises en matière de tabagisme et de l'alcoolisme.

La mortalité infantile a légèrement diminué depuis la dernière période de référence. En 2015, son taux s'établissait à 13,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, contre 14.4 en 2012 (selon la Banque Mondiale). Le Comité prend note de cette baisse, mais considère que ce taux demeure élevé par rapport aux autres pays européens (par exemple, l'Union européenne à 28 affichait un taux de 3,6 décès pour 1 000 en 2015).

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, le Comité constate que, selon la Banque Mondiale, a atteint 26 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012, 24 en 2013 et 2014 et 23 en 2015. Ce taux est aussi nettement supérieur à la moyenne enregistrée dans les autres pays de l'Union européenne.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§1, au motif que les mesures prises pour réduire les taux toujours élevés de mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes (Conclusions 2013). Le rapport ne fait pas état des mesures prises pour les taux élevés de mortalité infantile et maternelle. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur de telles mesures. Entre temps, vu que les taux de mortalité sont toujours élevés et l'espérance de vie à la naissance est peu élevée, le Comité considère que les mesures prises dans ce domaine sont insuffisantes et renouvelle sa précédente conclusion de non-conformité sur ce point.

Accès aux soins de santé

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente pour une description du système de santé (Conclusions 2013).

Le Comité a pris note précédemment des arrêtés ministériels visant à développer les services médicaux et a demandé à être informé de leur mise en œuvre, et, plus généralement, de toute autre réforme du système de santé (Conclusions 2013). Le Comité a aussi demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises pour accroître le nombre de médecins, en particulier dans les zones rurales (Conclusions 2013). Le rapport ne fournit aucune information sur ces points. Le Comité réitère ses questions. Il 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.

Le Comité rappelle que le droit à l'accès aux soins de santé exige notamment que le coût des soins de santé soit à la charge, à tout le moins partiellement, de la collectivité dans son ensemble (Conclusions I, 1969, Observation interprétative relative à l'article 11) et ne représente pas une charge excessive pour l'individu concerné. Les paiements directs ne doivent pas constituer la principale source de financement du système de santé (Conclusions 2013, Géorgie). A cette fin, des mesures visant à atténuer les effets de la participation financière des patients, en particulier ceux issus des catégories défavorisées de la population, doivent être prises (Conclusions XVII-2 (2005), Portugal). Le Comité demande des informations sur les dépenses totales consacrées à la santé en pourcentage du PIB. Il demande également que le prochain rapport fournisse des informations sur la part des dépenses de santé restant à la charge des patients, y compris sur les paiements pour les produits pharmaceutiques. Le Comité demande aussi que le prochain rapport fournisse des informations sur la part des dépenses directes attribuables aux paiements informels, la fréquence des paiements informels et si les paiements informels représentent une pratique courante dans la République de Moldova.

Le Comité rappelle que les modes d'accès aux soins ne doivent pas entraîner des retards indus dans la fourniture des soins. Il souligne qu'il sera particulièrement attentif à ce que l'accès aux traitements soit fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en termes de qualité de vie (Conclusions XV-2 (2001), Royaume-Uni). Le Comité demande des informations sur les règles applicables à la gestion des listes d'attente et des délais d'attente, ainsi que des données chiffrées sur les délais d'attente moyens pour bénéficier de soins hospitaliers/ambulatoires, de soins primaires, de soins spécialisés et d'opérations chirurgicales.

Le Comité a demandé à deux reprises des informations sur l'existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes et l'éventail des possibilités et des traitements offerts (Conclusions 2009 et Conclusions 2013). Faute de trouver de réponse à cette question dans le rapport, le Comité réitère sa demande.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement.

Le Comité demande aussi des informations sur l'offre de soins et traitements dentaires (par exemple qui peut bénéficier de soins gratuits, le coût des soins les plus fréquents et la part des frais restant à la charge des patients).

Concernant le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a précédemment reçu de l'ILGA (International Lesbian and Gay Association) (Région Europe) un document dans lequel elle affirme "qu'en Moldova il y a une situation d'incertitude quant à savoir si ou non le traitement médical est exigé comme condition pour obtenir la reconnaissance juridique de l'identité de genre". A cet égard, le Comité a demandé si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013, l'Introduction Générale). Le rapport ne contient aucune information à ce sujet. Le Comité réitère sa question.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République de Moldova n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes.

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 République de Moldova.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité rappelle que dans le cadre de la présente disposition, les Etats parties doivent mettre en place des politiques d'éducation à la santé en faveur de la population en général et des populations concernées par des problèmes spécifiques, prévoyant notamment des campagnes de sensibilisation. Une éducation à la santé doit aussi être assurée à l'école, se poursuivre tout au long de la scolarité et être inscrite dans les programmes scolaires.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur l'ensemble des activités mises en œuvre par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (Conclusions 2013). Le rapport fournit des informations sur les campagnes et les activités de communication et promotion de la santé menées dans la période de référence.

En ce qui concerne l'éducation à la santé à l'école, le rapport indique que la promotion d'un mode de vie sain est une partie obligatoire du programme "Gestion de classe", dans les classes I-XII où l'enfant étudie ce sujet dans le cadre de education physique obligatoire (30 heures annuellement), de le cadre de l'education civique par le module "Vie et Santé – valeurs personnelles et sociales" (entre 4 et 6 heures pour les classes V – XII). La formation aux habitudes d'un mode de vie sain continue dans le cadre de l'enseignement secondaire général par la mise en place de la discipline optionnelle « Education pour la Santé » dans les premières année de l'enseignement secondaire, et « Education pour la vie de famille » dans l'enseignement au niveau du lycée. Les enfants assistent également à des sessions d'information et conférence dispensée par le personnel médical scolaire, des professionnels de santé, dans les institutions médicales, les Centres de jeunesse, etc., et sur de tels des sujets que : prévention des maladies sexuellement transmissibles et SIDA ; sexualité et adolescence ; bilan de santé ; tabagisme et santé ; risques de la consommation de l'alcool, etc.

Le Comité rappelle que les États parties doivent s'assurer que l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires, que les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif, que la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante – il faut, en particulier, s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique – et qu'une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (Centre international pour la protection juridique des droits de l'homme (INTERIGHTS) c. Croatie – Réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphes 46 – 47). Le Comité demande que le prochain rapport indique si une éducation sexuelle et génésique est proposée dans les établissements scolaires de la République de Moldova et sous quelle forme.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité rappelle qu'en vertu de la présente disposition, des dépistages des maladies responsables des principales causes de décès doivent être organisés, si possible systématiquement. La prévention par le dépistage doit contribuer effectivement à l'amélioration de la santé de la population. De plus, des consultations et dépistages gratuits

et réguliers doivent être proposés pour les femmes enceintes et les enfants sur tout le territoire.

Le Comité a considéré précédemment que la situation n'était pas conforme à l'article 11§2, au motif qu'il n'était pas établi qu'un dépistage des maladies responsables des taux de mortalité élevés était organisé, ni que des contrôles médicaux étaient assurés gratuitement tout au long de la scolarité (Conclusions 2013). Dans ses Conclusions 2015, le Comité a pris note des informations fournies par la République de Moldova en réponse à ses Conclusions 2013.

En ce qui concerne le dépistage, le Comité a pris note que les examens médicaux préventifs obligatoires qui sont actuellement pratiqués, notamment pour le cancer, ne peuvent être considérés comme des programmes de dépistage, dans la mesure où ils ne s'adressent pas à des groupes cibles définis sur la base de critères clairs et ne présentant aucun signe clinique (Conclusions 2015). Le Comité a maintenu la conclusion de non-conformité en ce qui concerne le dépistage. Il a demandé des informations sur la mise en œuvre, les progrès accomplis et les résultats obtenus grâce aux programmes nationaux de prévention (maladies cardiovasculaires et tuberculose). Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Vue la manque d'informations, le Comité réitère sa conclusion de non-conformité sur ce point.

S'agissant des contrôles médicaux effectués gratuitement durant la scolarité, le Comité a pris note précédemment du cadre réglementaire qui entoure les contrôles médicaux réalisés en milieu scolaire. Il a relevé dans une autre source que la plupart des établissements scolaires et des écoles maternelles disposent d'une infirmerie, qui emploie généralement une infirmière chargée des premiers soins, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies (en ce compris les vaccinations) (Conclusions 2015). Le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur les contrôles médicaux effectués au cours de la scolarité (comme la fréquence des contrôles médicaux, leurs objectifs, la proportion d'élèves concernés et les ressources en personnel), notamment sur les activités du Service de médecine scolaire, et il a réservé sa position sur la question de savoir si une surveillance médicale gratuite est organisée pendant toute la scolarité (Conclusions 2015). Le rapport ne fournit pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à l'article 11§2, au motif qu'il n'est pas établi que des contrôles médicaux soient effectués au cours de la scolarité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République de Moldova n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que des dépistages des maladies responsables des taux élevés de mortalité soient disponibles pour l'ensemble de la population ;
- il n'est pas établi que des contrôles médicaux soient effectués au cours de la scolarité.

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 République de Moldova.

Environnement sain

Le Comité a demandé précédemment que le prochain rapport fournisse des informations sur l'adoption et la mise en œuvre de la législation relative à la protection de l'environnement. Il a demandé également des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique et sur les cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire survenus pendant la période de référence, notamment s'ils sont en augmentation ou en diminution (Conclusions 2013).

En ce qui concerne la qualité de l'air, le rapport se réfère à plusieurs relevés scientifiques indiquant une détérioration de la qualité de l'air/une augmentation de la concentration de polluant dans l'atmosphère.

Le rapport indique que la qualité du sol est surveillée dans les zones contaminées ou, à tout le moins, dans les zones à risque. Les relevés scientifiques indiquent une pollution de plus en plus importante pendant la période 2010 – 2015.

Selon le rapport, l'eau potable issue des nappes phréatiques ou des systèmes de distribution atteint un haut niveau de pollution. L'insalubrité des localités et le non-respect des normes de protection des sources d'eau sont les causes principales de détérioration de la qualité de l'eau des puits, utilisés par 75 % de la population rurale. Le rapport précise qu'un projet de loi sur la qualité de l'eau potable ainsi qu'une décision du gouvernement concernant l'approbation du Règlement sanitaire sur la qualité de l'air des locaux fermés sont en cours d'élaboration. Le Comité demande à être informé sur ces projets législatifs dans le prochain rapport.

Au vue de la détérioration de la situation pendant la période de référence, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises dans les domaines ci-dessus, ainsi que des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique, sur les cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire. Entre temps, il réserve sa position sur ce point.

Concernant les risques liés à l'amiante, le Comité a précédemment conclu que la situation de la République de Moldova n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que des mesures adéquates permettant de protéger la population contre les risques liés à l'amiante sont en place (Conclusions 2013). Dans ses Conclusions 2015, le Comité a pris note que le gouvernement a adopté la décision n° 244/2013 sur les exigences minimales pour la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante au travail. Le ministère de la Santé a publié l'arrêté n° 1334/2013 présentant un plan d'action destiné à mettre en œuvre la décision gouvernementale. Le Comité a demandé que le prochain rapport contienne davantage de détails sur les normes figurant dans la réglementation susmentionnée et sur les mesures adoptées pour rechercher et supprimer l'amiante dans les bâtiments publics et les immeubles d'habitation. Il a demandé également des éclaircissements permettant de déterminer si l'utilisation de l'amiante dans les matériaux de construction est interdite ou réglementée. Enfin, il a souhaité être informé des résultats obtenus dans le cadre des démarches visant à réduire l'exposition de la population à l'amiante, et a réservé sa position sur ce point (Conclusions 2015). Le rapport mentionne de nouveau la décision du gouvernement n° 244/2013 sur les exigences minimales pour la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante au travail (parmi les informations relatives à l'article 3 de la Charte), sans répondre aux questions du Comité.

Le Comité rappelle que l'article 11 impose le choix d'une politique d'interdiction de l'utilisation, de la production et de la mise sur le marché de l'amiante ou de produits en

contenant (Conclusions XVII-2 (2005), Portugal). La législation doit aussi prévoir l'obligation à charge des propriétaires d'immeubles d'habitation et de bâtiments publics de rechercher la présence d'amiante et de faire, si besoin est, des travaux de déflocage ainsi que des obligations à charge des entreprises en matière d'élimination des déchets (Conclusions XVII-2 (2005), Lettonie). Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11 de la Charte au motif que des mesures adéquates permettant de protéger la population contre les risques liés à l'amiante ne sont pas en place.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note que dans le cadre du Programme national 2012-2016 relatif à la lutte anti-tabac adopté par la décision gouvernementale n° 100/12012, un système national de suivi en matière de lutte anti-tabac était mis en place et un Conseil national sur la lutte anti-tabac a vu le jour. Parmi les mesures plus spécifiques adoptées figuraient l'interdiction de la publicité pour le tabac, l'interdiction de la vente de tabac à proximité des établissements scolaires et l'augmentation des taxes sur les produits du tabac (Conclusions 2015). Le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations détaillées sur la mise en œuvre du programme national susmentionné, et notamment des statistiques sur son incidence sur la prévalence du tabagisme (Conclusions 2015).

Le rapport liste les mesures prises pendant la période de référence comme la création du Conseil National Coordonnateur sur le Contrôle du Tabac, des campagnes nationales de communication contre le tabagisme, des activités d'information et prévention du tabagisme, la journée nationale anti-tabac (21 novembre). Le rapport mentionne que des campagnes nationales destinées à réduire le tabagisme ont été menées, un numéro de téléphone hotline gratuit a été mis en place et des mesures ont été prises pour traiter les patients dépendants à la nicotine par des méthodes spécifiques. Le rapport ajoute que le Ministère de la Santé a initié l'élaboration d'un nouveau deuxième Programme National sur le contrôle du tabac pour les années 2017-2020. Le Comité demande à être informe sur la mise en œuvre de ce programme.

Le Comité a précédemment demandé que le prochain rapport indique clairement s'il est interdit de fumer dans les lieux publics (Conclusions 2015). Le rapport mentionne les endroits où il est interdit de fumer à partir du 31 mai 2016 (hors la période de référence) comme : (i) tous les espaces publics couverts et semi-couverts, y compris les espaces communs et les lieux de travail, indifféremment du type de propriété et du mode d'accès ; (ii) les parcs de loisirs et les terrains de jeux pour les enfants ; (iii) les stades, les arènes, les marchés et autres espaces ouverts pour la durée des événements publics de loisir ; (iv) sous les toits des stations du transport public ; (v) dans les transports publics et privés où des mineurs sont présents. Le Comité demande des clarifications concernant l'interdiction de fumer dans les transports publics.

Le Comité relève dans le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2017) que les bureaux et les lieux de travail fermés, les restaurants, les cafés, les pubs et les bars ne sont pas soumis à la législation anti-tabac.

S'agissant du tabagisme, le Comité rappelle que les mesures anti-tabac sont particulièrement pertinentes du point de vue de la conformité avec l'article 11, étant donné que le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans les pays développés. Pour être efficace, toute politique de prévention doit restreindre l'offre de tabac par une réglementation de la production, de la distribution, de la publicité et des prix (Conclusions XVII-2 (2005), Malte). Doivent notamment être prévues l'interdiction de vendre du tabac aux jeunes (Conclusions XVII-2, Portugal), l'interdiction de fumer dans les lieux publics (Conclusions 2012, Andorre), y compris les transports, et l'interdiction de la publicité par voie d'affichage et dans la presse écrite (Conclusions XV-2 (2001), Grèce). Le Comité apprécie l'efficacité de ces mesures à la lumière des statistiques de la consommation de tabac.

Le Comité relève dans la Fiche d'information sur la lutte contre le tabagisme en Europe de l'OMS que la prévalence des fumeurs adultes était de 25,3 % en 2013 (hommes : 43,6 % ; femmes : 5,6 %). Il demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'évolution de la consommation des produits tabagiques (chez les adultes et les jeunes). Entre-temps, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte, au motif que les mesures prises pour assurer des environnements sans tabac dans les lieux publics sont insuffisantes.

En ce qui concerne l'alcoolisme, le rapport fournit des données statistiques concernant les malades souffrant d'alcoolisme chronique. Le rapport indique que dans le cadre de la médecine primaire, les médecins de famille assure le depistage des patients alccoliques, et se cela est approprié, fournissnet des conseil. Une personne sur trois qui consulte son médecin de famille bénéficie d'une telle assistance et d'un traitement court. Ainsi les problèmes sont détectés tôt et les patients sont orientés vers des médecins addictologues. Le rapport ajoute que 34 % des personnes enregistrées souffrant d'alcoolisme chronique étaient en rémission stable après avoir suivi un traitement sur les addictions suivi d'un programme de récupération psychosociale ; et 9809 personnes ont bénéficié de traitement ambulatoire dans des services spécialisés sur les addictions.

Le Comité demande à être informé de l'évolution de la consommation d'alcool et de drogues illicites dans le prochain rapport.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a pris note qu'en vertu de la décision gouvernementale n° 1192/2010, un Programme national de vaccination pour la période 2011-2015 a été adopté (le Programme National d'Immunisation (PNI IV), dans le cadre duquel la population a bénéficié des vaccins gratuits contre 12 maladies transmissibles. En outre, les personnes à risque ont pu se voir proposer un vaccin contre la grippe. Enfin, certains vaccins étaient payants, comme les vaccins contre l'hépatite A et le papillomavirus. Le Comité a demandé précédemment que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les taux de couverture pour les divers programmes de vaccination (Conclusions 2015). Le Comité relève dans le rapport que les taux de vaccination pendant la période de référence dépassent 90 % pour la tuberculose, l'hépatite B, la polio, la diphtérie et tétanos, 88 % pour rougeole et infection avec *Haemophilus influenzae type b,* et 70 % pour l'infection avec rota virus (mis en œuvre depuis 2012) et infection avec pneumocoques (mis en œuvre depuis 2013).

Le rapport indique que en 2015, le Vème Programme National d'Immunisation (PNI) pour les années 2016-2020 a été élaboré et approuvé par la Décision du Gouvernement du 6 octobre 2016 nr. 1113 (hors la période de référence). Le rapport décrit les objectives spécifiques de ce programme. Le Comité demande à être informé sur la mise en œuvre et les résultats dans le prochain rapport. Le Comité demande également que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les taux de couverture pour les divers programmes de vaccination.

Accidents

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation de la République de Moldova n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que des mesures adéquates avaient été prises pour prévenir les accidents (Conclusions 2015). Le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations détaillées sur les mesures adoptées pour prévenir les accidents, assorties de statistiques sur les différents types d'accidents et leur nombre, en particulier les accidents de la route (taux de mortalité) et les accidents domestiques (Conclusions 2015).

Le rapport fournit des données statistiques concernant les accidents routiers pendant la période de référence. Par exemple, en 2015, 141 accidents sont survenus en raison de l'état

d'ébriété au volant, et se sont soldés par 24 décès et 187 personnes traumatisés. Le rapport indique que, après l'approbation du Programme National sur le contrôle de l'alcool pour les années 2012-2020 la limite légale de la concentration d'alcool dans le sang en conduisant a été réduite à 0,3 g/litre. Parmi les mesures prises pour prévenir les accidents, le rapport mentionne des campagnes de communication et sensibilisation sur les effets nocifs de l'alcool sur la sante, ainsi que sur la prévention et la diminution de la consommation de l'alcool.

Le Comité prend note des informations fournies par la représentante de la République de Moldova au Comité Gouvernemental (Rapport concernant Conclusions 2013) sur le fait que des émissions TV ont été diffusées pour informer les familles sur les risques d'accidents domestiques des enfants et pour donner des conseils utiles sur comment réduire ces risques. Le même rapport mentionne aussi la Phase II de la Campagne nationale de sensibilisation « Une maison sans danger pour ton enfant ! » (2011-2013) dans le cadre de projet moldovo-suisse « Régionalisation des services pédiatriques d'urgence et thérapie intensive de la République de Moldova. »

Le Comité rappelle que les Etats doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents concernées sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs (Conclusions 2005, République de Moldova). Le Comité demande des informations sur les autres types des accidents, y compris les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République de Moldova n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte aux motifs que :

- des mesures adéquates permettant de protéger la population contre les risques liés à l'amiante ne sont pas en place ;
- les mesures prises pour assurer des environnements sans tabac dans les lieux publics sont insuffisantes.

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 République de Moldova.

S'agissant des **prestations familiales** et des **prestations de maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives, respectivement, à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système moldave de sécurité sociale et note qu'il continue de couvrir les risques traditionnels (soins médicaux, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail/maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (employeurs, salariés) et par le budget de l'État.

Selon les statistiques officielles (Bureau national des statistiques), en 2015, la population moldave était estimée à 3 555 159 habitants au total, et le rapport indique que la population active était estimée à 1 265 600 personnes.

Le Comité a précédemment noté que le système de **santé** vise à garantir l'accès universel et que certains soins (soins primaires, soins d'urgence préhospitaliers, traitements contre la tuberculose, le sida et le cancer) étaient délivrés gratuitement, que la personne concernée soit assurée ou non. Il a noté que l'assurance obligatoire couvrait les salariés et travailleurs indépendants, sur la base de leurs cotisations, ainsi que certaines autres catégories, couvertes d'office (enfants, élèves et étudiants, femmes pendant la grossesse et après l'accouchement ainsi que les mères de quatre enfants ou plus, personnes handicapées, retraités, chômeurs enregistrés, aidants familiaux, bénéficiaires de l'assistance sociale). Il a en outre noté que les non assurés pouvaient souscrire à une assurance volontaire. Le rapport ne contient cependant pas d'informations sur le nombre de personnes ou le pourcentage de la population totale couverte par le système de santé.

En 2015, selon le rapport, 279 330 personnes ont bénéficié de prestations de **maladie** et 679 877 de pensions de **vieillesse**. Le rapport ne contient cependant aucune des informations précédemment demandées concernant le taux de couverture personnelle par rapport à la population active (Conclusions 2006, 2009 et 2013) pour ces branches ainsi que pour les autres.

Le Comité souligne que pour être conforme à l'article 12§1 de la Charte, le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population pour ce qui concerne l'assurance maladie (la couverture de la santé doit s'étendre au-delà des relations de travail) et les prestations familiales, et 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. Le Comité demande que des données pertinentes relatives au taux de couverture (pourcentage d'assurés par rapport à la population active totale) des prestations versées en remplacement des revenus soient systématiquement fournies dans tous les prochains rapports. En l'absence répétée de ces informations, le Comité considère pour l'instant qu'il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population.

Caractère suffisant des prestations

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 12§1, le montant des prestations servies en remplacement des revenus doit se situer dans une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu et ne doit jamais tomber en deçà du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat. Faute d'indicateur Eurostat concernant le revenu médian ajusté, le Comité relève dans les

statistiques nationales officielles que, fin 2015, le revenu moyen disponible était de 1999 MDL (91.5€ au taux du 31 décembre 2015) et que le niveau de subsistence était estimé à 1734 MDL (79€). Le Comité note de plus qu'en 2015, le salaire moyen était de 4538 MDL (208€). D'après la base de données Missceo, le salaire minimum était fixé à 1800 MDL (82€), tandis que d'après une autre source (www.minimum-wage.org) depuis le 1er mai 2015, le salaire minimum était de 1900 MDL (87€) pour les salariés du secteur privé et de 1000 MDL (46€) pour ceux du secteur public. Le Comité demande que des informations sur les niveaux du seuil de pauvreté et du salaire minimum pendant la période de référence soient systématiquement fournies dans chaque rapport concernant l'article 12§1.

Le Comité a précédemment conclu que le montant minimum des indemnités de chômage (Conclusions 2015) et celui des prestations de vieillesse (Conclusions 2013) étaient manifestement insuffisants.

Le rapport ne fournit aucune information concernant les indemnités de **chômage**. Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2013 et 2015) concernant les conditions d'accès à cette prestation (9 mois de cotisations dans les 24 mois précédant l'inscription au chômage), celles dans lesquelles la prestation peut être annulée (notamment, en cas de refus d'une offre d'emploi convenable sans motif légitime) et la durée de versement (de six mois à un an). Il avait noté que le montant de l'indemnité était calculé sur la base du salaire national brut moyen de l'année précédente et correspondait respectivement à 30 %, 40 % ou 50 % de ce montant en fonction de la cause du chômage (départ volontaire, expiration du contrat ou licenciement par l'employeur). Il avait en outre noté que le montant de l'indemnité diminue de 15 % tous les trois mois et il avait demandé de confirmer l'information selon laquelle le montant ne pouvait en tout état de cause être inférieur au salaire minimum. En l'absence de toute nouvelle information, le Comité maintient son constat de non-conformité.

S'agissant des pensions de **vieillesse**, le Comité note, d'après le rapport, qu'en 2015 le montant minimum s'établissait à 767 MDL (35€) pour les agriculteurs et à 862 MDL (39€) pour les autres bénéficiaires. Le rapport indique qu'en vertu de la Loi n° 147 du 17 juillet 2014, l'Etat accorde une allocation mensuelle forfaitaire aux bénéficiaires de pensions qui ne dépassent pas 1500 MDL. Le montant de cette allocation support est de 180 MDL pour les bénéficiaires d'une pension complète de vieillesse et de 100 MDL pour les bénéficiaires d'une pension incomplète de vieillesse. D'après ces informations, le Comité comprend que le montant minimum des pensions de vieillesse, majoré de ce supplément, se situe entre 867 MDL (40€) et 1042 MDL (48€) et constate que ce montant reste inférieur au niveau de subsistence. Par conséquent, il considère que le montant minimum des prestations de vieillesse reste manifestement insuffisant.

En ce qui concerne les prestations de **maladie**, le Comité a précédemment noté (Conclusions 2013) que le montant des prestations de maladie était fonction de la durée de cotisation de l'assuré. Le rapport indique que ce montant représente un pourcentage de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les douze mois qui ont précédé le début de l'incapacité. Pour les personnes ayant cotisé pendant moins de 5 ans, la prestation correspond à 60 % du salaire de base, pour les personnes ayant cotisé entre 5 et 8 ans, elle correspond à 70 % du salaire de base et pour les personnes ayant cotisé pendant plus de 8 ans, elle correspond à 90 % du salaire de base. D'après le rapport, le montant mensuel moyen de l'indemnité pour incapacité temporaire de travail était de 1142 MDL (52€) en 2015. Le rapport n'indique cependant pas, en réponse à la question du Comité, le montant minimum des prestations. Le Comité note que, si le montant du salaire minimum ne dépasse pas 1900 MDL, le montant des prestations versées à une personne ayant cotisé moins de cinq ans soit est inférieur au seuil de subsistence. Il en va de même si l'on prend en considération le montant moyen indiqué dans le rapport. Le Comité considère par conséquent le montant minimum des prestations de maladie est manifestement insuffisant.

Le rapport ne fournit aucune information concernant les prestations versées en cas d'**accidents de travail** ou de **maladies professionnelles** ainsi que sur les pensions d'**invalidité**. Le Comité demande que des informations pertinentes sur ces points soient fournies dans le prochain rapport et réserve entretemps sa position sur la conformité de ces prestations avec l'article 12§1 de la Charte.

Le Comité rappelle que, afin de pouvoir apprécier la situation, il doit disposer d'informations complètes et à jour, pour la période de référence, concernant le seuil national de pauvreté, le salaire minimum et le niveau minimum des prestations versées en remplacement des revenus (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, chômage, vieillesse et invalidité). Il demande par conséquent que ces informations soient systématiquement fournies dans chaque rapport concernant l'article 12§1. Il considère que si ces informations ne figureront pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir la conformité de la situation avec la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République de Moldova n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population ;
- le montant minimum des indemnités de chômage est insuffisant ;
- le montant minimum des pensions de vieillesse est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de maladie 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 République de Moldova.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT relative à la sécurité sociale, soit au moins six des neufs parties du Code, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux parties et la vieillesse pour trois).

Le Comité note que la République de Moldova a signé le Code européen de sécurité sociale le 16 septembre 2003, mais ne l'a pas ratifié. Par conséquent, faute de pouvoir prendre en considération d'autres sources, telles que les résolutions du Comité des Ministres sur la conformité des Etats liés par le Code européen de sécurité sociale, il lui faut faire sa propre appréciation.

Par ailleurs, la République de Moldova n'a ratifié aucune des conventions suivantes de l'Organisation internationale du travail : conventions n° 102 (sécurité sociale, norme minimum, 1952), n° 121 (prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964), n° 128 (prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967), n° 130 (soins médicaux et indemnités de maladie, 1969) et n° 168 (promotion de l'emploi et protection contre le chômage, 1988).

Le Comité rappelle qu'afin de lui permettre d'apprécier si le régime de sécurité sociale est d'un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code, des informations doivent lui être communiquées concernant les branches couvertes, le champ d'application personnel et le niveau des prestations servies.

Le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 12§1, dans laquelle il constate que le système de sécurité sociale continue à couvrir l'ensemble des risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail / maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Le Comité renvoie à sa demande, relative à l'article 12§1, que des données pertinentes relatives au taux de couverture (pourcentage d'assurés par rapport à la population active totale) des prestations versées en remplacement des revenus soit fournies dans les prochains rapports, et en absence répétée de ces informations, le Comité considère entretemps qu'il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population.

Le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 12§1, dans laquelle il relève que le montant minimum des indemnités de chômage, des pensions de vieillesse et prestations de maladie, sont manifestement insuffisants. Il renvoie également à son appréciation (Conclusion 2015) relative à Article 8.1 selon laquelle la situation n'est pas conforme.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 12§2 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que la République de Moldova maintient un régime de sécurité sociale à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

Le rapport de la République de Moldova ne contient pas d'informations relatives à l'article 12§3.

Le Comité a précédemment considéré (Conclusions 2013) que la situation n'était pas conforme à l'article 12§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour relever progressivement le niveau du système de sécurité sociale étaient insuffisantes.

Le Comité rappelle que l'article 12§3 exige des États parties qu'ils améliorent leur système de sécurité sociale. Par conséquent, une situation qui révèle des progrès peut s'avérer conforme à l'article 12§3 même si les niveaux d'exigence requis par les articles 12§1 et 12§2 n'ont pas été atteints ou si ces dispositions n'ont pas été acceptées. L'élargissement des dispositifs, la protection contre de nouveaux risques ou l'augmentation des prestations sont autant d'exemples de progrès. Une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3. L'appréciation de la situation dépend de la nature des changements apportés (champ d'application, conditions d'octroi des prestations, montants des prestations, etc.), des raisons avancées pour justifier les changements et de la politique sociale et économique dans laquelle ils s'inscrivent, de l'étendue des changements apportés (catégories et nombre de personnes concernées, montant des prestations avant et après le changement), de la nécessité de la réforme, de l'existence de mesures d'assistance sociale destinées aux personnes qui se trouvent dans le besoin en raison de ces changements (ces informations peuvent être soumises dans le cadre de l'article 13) et des résultats obtenus grâce à ces changements. En revanche, lorsque l'effet cumulé des restrictions entraîne une dégradation significative du niveau de vie et des conditions de vie de certains groupes de la population, il peut y avoir violation de l'article 12§3 de la Charte. Même si les mesures restrictives prises séparément sont conformes à la Charte, leur effet cumulé, avec les procédures adoptées pour les mettre en place, peut constituer une violation du droit à la protection sociale. Des mesures visant à consolider les finances publiques peuvent être jugées nécessaires pour garantir le maintien et la durabilité du régime de sécurité sociale. Cependant, les modifications ne doivent pas porter atteinte à la protection sociale effective des citoyens contre les risques sociaux et économiques, et ne doivent pas réduire le système de sécurité sociale à un simple système d'assistance sociale. En tout état de cause, toute modification du système de sécurité sociale doit assurer le maintien d'un système de sécurité sociale de base suffisamment étendu.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité demande que le prochain rapport l'informe de tout changement qui aurait été apporté au système de sécurité sociale pendant la période de référence, en précisant quel a été l'impact de ces changements sur le champ d'application personnel du système et sur les niveaux minima des prestations servies en remplacement des revenus. De telles informations doivent figurer dans chaque rapport relatif à l'article 12§3 afin que le Comité puisse se prononcer sur la conformité de la situation avec la Charte. Le présent rapport ne contenant pas d'éléments pour apprécier la situation, le Comité maintient son constat de non-conformité à l'article 12§3 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République de Moldova n'est pas conforme à l'article 12§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour relever progressivement le niveau du système de sécurité sociale sont insuffisantes.

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 République de Moldova.

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.

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les autres États parties, le rapport indique que la République de Moldova a conclu, au cours de la période de référence, un accord de sécurité sociale, calqué sur le modèle de l'accord-type adopté le 29 octobre 2007 (décision n° 1170), avec la Belgique, la Pologne, la Hongrie et la Lituanie. Tous ces accords sont entrés en vigueur. Le rapport ajoute que la République de Moldova est également en négociations avec l'Allemagne, la Lettonie et la Turquie.

S'agissant des mesures unilatérales prises par la République de Moldova, le rapport indique que, conformément au droit interne en vigueur, les ressortissants étrangers titulaires d'un droit de séjour, qu'il soit permanent ou provisoire, ainsi que les apatrides, les réfugiés et les personnes qui bénéficient d'une protection humanitaire ont les mêmes droits et obligations dans le domaine des assurances obligatoires de l'assistance médicale que les citoyens moldaves.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé si et comment était garantie l'égalité de traitement pour les ressortissants des États parties non couverts par des accords bilatéraux, résidant légalement ou travaillant régulièrement sur le territoire de la République de Moldova. Le Comité comprend que le principe est garanti par le droit interne en vigueur et demande confirmation dans le prochain rapport. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 note d'après la base de données MISSCEO que la République de Moldova subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant réside sur son territoire.

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé si de tels accords existaient avec l'Albanie, l'Arménie, la Géorgie, la Turquie, la Serbie et la Fédération de Russie, s'ils étaient envisagés et, si tel était le cas, dans quels délais. Le rapport indique à cet égard que la République de Moldova est en négociations avec la Turquie et envisage d'initier de telles négociations avec la Fédération de Russie. Le rapport indique également que la République de Moldova n'a, pour le moment, aucune intention de conclure un accord de sécurité sociale avec l'Albanie, l'Arménie et la Géorgie compte tenu du faible taux d'immigration vers ces États. Il précise que certains accords ne prévoient aucune disposition en matière de prestations familiales et cela en raison des capacités financières limitées de la République de Moldova. Le Comité demande que le prochain

rapport précise quels sont les accords qui ne contiennent aucune disposition relative aux prestations familiales.

Le Comité rappelle que l'égalité de traitement peut également être réalisée par des mesures unilatérales, législatives ou administratives. N'ayant toutefois pas relevé dans le rapport que de telles mesures auraient été prises ou seraient envisagées, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), demandé si et comment était assuré le droit à la conservation des avantages acquis en République de Moldova par les ressortissants des États parties non liés à la République de Moldova par un accord bilatéral. Il a également demandé ce qui justifiait qu'il n'y ait pas d'accords avec certains États parties, si des accords étaient envisagés et, si tel est le cas, dans quels délais ils pourraient être conclus. Le rapport indique que le principe du maintien des avantages acquis en République de Moldova n'est garanti que par la voie d'accords bilatéraux. Le rapport précise à cet égard que la République de Moldova ne prévoit pas d'amender sa législation ou d'adopter une quelconque mesure pour maintenir les droits acquis des personnes qui s'installent à l'étranger compte tenu de la situation économique difficile du pays. Il ajoute cependant que la République de Moldova est prête à modifier sa législation lorsque la situation aura évolué de manière positive.

Le Comité note que la République de Moldova a conclu un accord de sécurité sociale garantissant ledit principe avec l'Azerbaïdjan, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, l'Estonie, la Hongrie, la Lituanie, le Luxembourg, la Pologne, le Portugal, la République tchèque et la Roumanie. Il demande que le prochain rapport précise si les accords conclus avec la Fédération de Russie et l'Ukraine garantissent également ce principe.

D'après le rapport, la République de Moldova a tenté d'initier un dialogue avec l'Italie, la Grèce et la France en vue de conclure un accord bilatéral de sécurité sociale mais que ces pays n'ont pas donné suite à sa demande. La République de Moldova envisage de poursuivre ses efforts avec tous les États avec qui elle peut avoir un intérêt mutuel.

Le Comité constate qu'il n'existe aucun accord avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Autriche, la Bosnie-Herzégovine, la Croatie, Chypre, le Danemark, la Finlande, la Géorgie, la Grèce, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, Malte, Monténégro, les Pays-Bas, la Norvège, la Serbie, la République Slovaque, la Slovénie, l'"ex-République Yougoslave de Macédoine" et le Royaume-Uni. Il considère, de ce fait, que la situation en République de Moldova n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

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

Le fait d'avoir changé de pays d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. Cela consiste à assurer la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies par les ressortissants de toutes les Parties contractantes sur le territoire de toute autre Partie contractante et, pour les prestations à long terme, la proratisation pour l'ouverture, le calcul et le versement des prestations (Conclusions XIV-1 (1998), Portugal).

Les États parties ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : convention multilatérale, accord bilatéral, ou tout autre moyen, telles que des mesures unilatérales, législatives ou administratives.

Le rapport indique que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi n'est garantie que par accords bilatéraux ou conventions multilatérales. À cet égard, le Comité relève dans le rapport que la République de Moldova a conclu des accords bilatéraux de sécurité sociale garantissant ledit principe avec l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, l'Estonie, la Hongrie, la

Lituanie, le Luxembourg, la Pologne, le Portugal, la République tchèque et la Roumanie et, envisage de le faire avec l'Allemagne, la Lettonie et la Turquie. Il constate toutefois qu'il n'existe aucun accord avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Autriche, la Bosnie-Herzégovine, la Croatie, Chypre, le Danemark, la Finlande, la Géorgie, la Grèce, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, Malte, Monténégro, les Pays-Bas, la Norvège, la Serbie, la République Slovaque, la Slovénie, l'"ex-République Yougoslave de Macédoine" et le Royaume-Uni. Il demande que le prochain rapport précise si les accords conclus avec la Fédération de Russie et l'Ukraine garantissent également ce principe.

Le Comité considère la situation non conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation en République de Moldova 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 acquis n'est pas garanti aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- le droit à la conservation 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 Moldova.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le rapport précise que l'assistance sociale s'adresse surtout aux familles avec enfants et aux familles avec personnes handicapées, afin d'améliorer leur accès à la nourriture, aux services médicaux et à l'éducation. Le Comité note que d'après le rapport du Ministère de l'Economie sur la pauvreté, les prestations sociales ont significativement contribué à réduire la pauvreté en 2013. Toujours selon rapport, ces prestations ont atténué la pauvreté d'environ 2,3 %. En 2013, environ 80 % des bénéficiaires de l'assistance sociale provenaient des zones rurales. Le rapport ajoute que l'assistance sociale constitue l'instrument le plus efficace pour cibler les groupes les plus vulnérables de la population. Environ 82 % des moyens octroyés sont parvenus aux familles les plus pauvres.

Le Comité note qu'en avril 2015, le montant du revenu mensuel minimum (RMMG) est passé à 765 lei (€ 35) et qu'il a encore augmenté pour passer à 900 lei (€ 41) en novembre 2015. Parallèlement, la décision ministérielle n° 838 du 1er novembre 2015 a porté le montant de l'aide versée pour les mois d'hiver de 250 à 315 lei (€ 14,5).

Le Comité note également qu'en 2014, la décision ministérielle n° 821 a porté de 120 à 200 lei le plafond de revenus mensuels non pris en compte dans le critère de ressources. De plus, certains biens d'équipement des ménages (téléviseur couleur, réfrigérateur, machine à laver, aspirateur…) ont été retirés de la liste des indicateurs d'estimation des ressources. Ces changements ont induit une nette augmentation du nombre de familles défavorisées couvertes par l'assistance sociale. Plus de 85 000 familles en bénéficiaient en 2015, pour un montant moyen des prestations d'environ 720 lei (€ 33). Au cours des cinq premiers mois de 2016, plus de 66 000 familles ont perçu une aide d'un montant moyen de 900 lei (€ 41).

Le Comité relève dans le rapport que plus de 50 % des familles qui ont bénéficié de l'assistance sociale sur la période 2009 – 2015 avaient au moins un enfant. Le rapport déclare qu'il existe une corrélation étroite entre le montant de l'assistance sociale, le nombre de personnes qui composent un ménage et les revenus déclarés par la famille. D'autre part, plus de 55 % des familles ayant introduit une demande en 2015 comptaient au moins une personne âgée, et plus de 26 % des demandeurs étaient des personnes âgées. Environ 84 % des bénéficiaires vivaient dans les zones rurales et près de 43 % des familles comptaient au moins une personne handicapée. Le Comité relève dans le rapport qu'une moyenne de 256 lei (€11,6) a été versée à des personnes seules.

S'agissant des prestations complémentaires, l'aide versée pour les mois d'hiver est forfaitaire ; elle cible les familles dont le revenu global est inférieur à 1440 lei (€ 66). En 2015, plus de 182 000 familles ont touché cette prestation.

Niveau des prestations

- Prestation de base : le Comité note que le salaire minimum mensuel garanti était de 900 lei (€ 41) en 2015.
- Prestations supplémentaires : l'aide mensuelle pour les mois d'hiver s'élevait à 315 lei (€ 14,5).
- Aide médicale : dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a réservé sa position concernant l'assistance médicale aux nécessiteux. Il a notamment demandé des éclaircissements sur les catégories de personnes non couvertes par le régime de l'assurance-maladie, leur nombre et en quoi consistent les « soins pré-hospitaliers » et les « soins primaires » (c'est-à-dire la nature de l'assistance médicale fournie dans le cadre de ces formes de soins). Le Comité note que le rapport ne contient aucune information sur ces points. Le

Comité note dans une publication de l'OMS (Panorama de la santé et du bien-être) qu'une préoccupation majeure est la part très élevée (44,6 %) des frais de santé acquittés directement par les ménages privés. Cela porte atteinte au principe d'équité dans l'accès aux soins de santé, en particulier pour les plus démunis. Pour garantir une couverture médicale universelle, il sera sans doute nécessaire non seulement de poursuivre la hausse du niveau général d'investissement mais également de veiller à ce que chacun, et en particulier les personnes vulnérables, bénéficie d'un accès rapide à des services de santé abordables, efficients, efficaces et de qualité. Le Comité rappelle à cet égard qu'en vertu de l'article 13§1 de la Charte toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes doit pouvoir obtenir gratuitement les soins nécessités par son état. Ce droit à l'assistance médicale ne saurait être limité aux situations d'urgence. Le Comité considère que le droit à l'assistance médicale n'est pas garanti à toutes les personnes sans ressources au sens de cette disposition.

- Seuil de pauvreté : le Comité note qu'en 2016, d'après le Bureau national des statistiques, le seuil de subsistance s'élevait en moyenne à 1799,2 lei par mois, soit 3,8 % de plus que l'année précédente. Le Comité constate par conséquent que le seuil de subsistance était de 1 734 lei (€79) en 2015.

Dans la mesure où la République de Moldova n'a pas accepté l'article 23 de la Charte (droit des personnes âgées à la protection sociale), le Comité examine le montant des pensions non contributives payées à une personne âgée seule et sans ressources au titre de cette disposition. À cet égard, il renvoie à sa conclusion au titre de l'article 12§1, dans laquelle il a considéré que le niveau minimum de la pension de vieillesse n'est pas suffisant car il est inférieur au seuil de pauvreté.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015) le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que le montant de l'assistance sociale et celui de l'aide sociale octroyée aux personnes âgées sans ressources est manifestement insuffisant. Le Comité constate à présent que malgré les nombreuses hausses du niveau de l'assistance sociale et la révision des conditions de ressources qui a permis à davantage de familles de bénéficier d'une aide, le niveau des prestations de base reste faible, et le total de l'assistance dont les personnes peuvent bénéficier est incompatible avec le seuil de pauvreté. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant le droit de recours et l'assistance judiciaire.

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 qu'en ce qui concerne l'assistance sociale et médicale d'urgence, les étrangers en situation irrégulière sur le territoire d'un État seront désormais aussi couverts 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 étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'Etats parties résidant légalement sur le territoire

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur l'égalité de traitement des ressortissants des autres Etats Parties qui résident légalement en République de Moldova en ce qui concerne les droits en matière d'assistance sociale et medicale.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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 (y compris un problème médical). 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 demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique répondent à ces critères.

Conclusion

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

- le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressource y compris les personnes âgées est insuffisant ;
- le droit à l'aide médicale n'est pas garanti à toutes les personnes sans ressource.

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 République de Moldova.

Le Comité constate que le rapport ne contient aucune information sur l'article 13§2.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que l'article 54 de la Constitution interdit d'adopter une loi restreignant les droits de l'homme et les libertés fondamentales des citoyens, et dispose que l'exercice des droits et des libertés ne peut être soumis à d'autres restrictions que celles prévues par la loi, correspondant aux normes du droit international généralement admises et nécessaires pour préserver la sécurité nationale, l'intégrité du territoire, la prospérité économique du pays et l'ordre public. Le Comité a demandé que le prochain rapport confirme que, dans la pratique également, aucune restriction ne s'applique aux droits sociaux et politiques des bénéficiaires de l'aide sociale.

Le Comité rappelle qu'aux termes de l'article 13§2 de la Charte, toute discrimination en matière de jouissance des droits sociaux et politiques à l'encontre des personnes bénéficiant d'une assistance sociale et médicale qui pourrait résulter – directement ou indirectement – d'une disposition légale explicite doit être éliminée. Le Comité demande si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques ou sociaux bannissent toute discrimination dans la jouissance de ces droits fondée sur le versement d'une assistance sociale ou médicale. Il demande également si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques ou sociaux sont interprétées, dans la pratique, de manière à prévenir la discrimination dans la manière dont les personnes bénéficient de l'assistance sociale ou médicale. Le Comité considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 République de Moldova.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note de la réorganisation du réseau de services sociaux et a demandé que le rapport suivant fournisse des informations supplémentaires sur le fonctionnement effectif des services ciblant les personnes ne disposant pas de ressources suffisantes au sens de l'article 13§3 de la Charte.

Le Comité prend note des informations détaillées concernant les travailleurs sociaux, les services sociaux primaires, l'aide à domicile et les cantines sociales. Il prend également note des activités des services spécialisés pour les familles en difficulté, les centres sociaux pour réfugiés et demandeurs d'asile et les services intégrés pour les personnes âgées. Il prend également note de la création de la base de données de l'assistance sociale. Il constate que ces services ne sont pas couverts par l'article 13§3, mais plutôt par l'article 14, que la République de Moldova n'a pas accepté.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne exclusivement l'assistance sociale et médicale sous forme de conseils et d'aide personnelle en faveur des personnes qui ne disposent pas, ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. En effet, l'article 13§3 est une disposition spéciale plus spécifique que l'article 14§1, qui concerne l'organisation de services de protection sociale en général. Le Comité considère qu'il est important de souligner cette distinction afin que les rapports nationaux relatifs à l'article 13§3 fournissent des informations sur les services sociaux et médicaux sous forme de conseils et d'aide personnelle en faveur des personnes qui ne disposent pas, ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Ces services doivent remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Entre autres choses, l'article 13§3 exige des Etats de fournir des conseils et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits.

Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations tenant compte de ces clarifications.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 16 - Droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations soumises par les autorités moldaves en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'il existait, d'une part, une protection adéquate pour les femmes victimes de violences domestiques, et, d'autre part, une égalité de traitement des étrangers en matière de prestations familiales.

S'agissant des violences domestiques à l'encontre des femmes, le Comité note, d'après le rapport, que les Ministères de l'Intérieur, de la Santé et du Travail, de la Protection Sociale et de la Famille ont approuvé toute une série d'ordres, principalement axés sur l'organisation et la coordination des autorités et institutions impliqués dans la prévention et la lutte contre la violence familiale. Le Comité note également qu'un projet de loi, ayant notamment pour objectif de mettre en œuvre les recommandations de 2013 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) ainsi que les droits et principes consacrés par le Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence domestique, est en cours d'élaboration. Le Comité prend note de ces informations mais considère néanmoins que la situation n'est toujours pas en conformité avec la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe une protection adéquate pour les femmes victimes de violences domestiques.

S'agissant de l'égalité de traitement des étrangers et des apatrides en matière de prestations familiales, le Comité note, d'après le rapport, que, conformément au droit interne en vigueur, les ressortissants étrangers titulaires d'un droit de séjour, qu'il soit permanent ou provisoire, ainsi que les apatrides, les réfugiés et les personnes qui bénéficient d'une protection humanitaire ont les mêmes droits et obligations dans le domaine des assurances sociales obligatoires que les citoyens de la République de Moldova. Toutefois, le Comité constate que les prestations familiales ne sont versées qu'aux seuls ressortissants d'États parties liés à la République de Moldova par un accord bilatéral. Le Comité se réfère, à cet égard, à sa conclusion relative à l'article 12§4 (Conclusions 2017, article 12§4) dans laquelle il a considéré la situation non-conforme à la Charte dans la mesure où l'égalité de traitement, en ce qui concerne les prestations familiales, n'est pas garantie pour tous les ressortissants des autres États parties à la Charte. Le Comité considère, dès lors, que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation en République de Moldova n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi qu'il existe une protection adéquate pour les femmes victimes de violences domestiques ;
- l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

MONTENEGRO

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne le Monténégro, qui a ratifié la Charte le 3 mars 2010. L'échéance pour remettre le 6e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et le Monténégro l'a présenté le 1er février 2017.

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).

Le Monténégro a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 30.

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

Les Conclusions relatives au Monténégro concernent 18 situations et sont les suivantes :

– 6 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§4, 13§2, 13§3, 14§1 et 14§2,

– 8 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 3§3, 11§1, 11§3, 12§1, 12§3, 13§1 et 23.

En ce qui concerne les 4 autres situations, relatives aux articles 11§2, 12§2, 12§4 et 13§4, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'examiner la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par le Monténégro en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§2

Le 25 juillet 2014, le Parlement du Monténégro a adopté la loi relative à la sécurité et à la santé au travail (Journal officiel n° 34/14), qui remplace la précédente loi du même nom (Journal officiel nos 79/04 et 26/10). Selon la nouvelle loi, l'employeur est tenu de prendre des mesures pour assurer la sécurité et la santé de tous ses salariés en prévenant, éliminant et contrôlant les risques présents sur les lieux de travail, en informant et en formant les salariés, en adoptant une organisation appropriée et en fournissant les ressources nécessaires. L'employeur doit tout particulièrement veiller à la santé et à la sécurité au travail des femmes enceintes, des jeunes de moins de 18 ans et des personnes handicapées.

Article 12§4

Au cours de la période de référence, le Monténégro a conclu des accords bilatéraux de sécurité sociale avec la Roumanie et la République slovaque.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22),

- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 – politique de plein emploi (article 1§1),
- droit au travail – orientation, formation et réadaptation professionnelles (article 1§4),
- droit à l'orientation professionnelle (article 9),
- droit à la formation professionnelle – apprentissage (article 10§2),
- droit à la formation professionnelle – formation et rééducation professionnelles des travailleurs adultes (article 10§3),
- 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),
- droit à la protection en cas de licenciement (article 24).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 26 décembre 2017. Les conclusions relatives aux articles concernées 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 du Monténégro.

Objectif général de la politique

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé des informations sur la teneur des textes de loi, politiques, stratégies et programmes applicables, ainsi que sur les compétences dévolues aux instances publiques concernées. Il a aussi demandé si l'objectif de la politique était de développer et de maintenir une culture de prévention des risques professionnels et si les politiques, les stratégies et les programmes étaient périodiquement évalués et revus en fonction de l'évolution des risques.

En réponse, le rapport précise que la Stratégie pour l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs au Monténégro a été adoptée pour la période 2010-2014. Elle a globalement pour objectif d'améliorer la santé des salariés et les conditions de travail afin de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles, de réduire au maximum leur survenance et d'éliminer les risques professionnels. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations plus complètes sur la manière dont la Stratégie pour l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail est actualisée à la lumière de l'évolution des risques, en concertation avec les partenaires sociaux. Il demande également des informations sur les activités mises en œuvre et les résultats obtenus dans le cadre de la stratégie nationale.

Le Comité relève dans le rapport que le 25 juillet 2014, le Parlement du Monténégro a adopté la loi relative à la santé et à la sécurité au travail (Journal officiel n° 34/14), qui remplace la précédente loi du même nom (Journal officiel nos 79/04 et 26/10). La nouvelle loi met l'accent sur la prévention à tous les niveaux d'activité. De plus, le rapport indique que la sécurité au travail est un principe constitutionnel consacré par l'article 64§3 et §4 de la Constitution du Monténégro. Le rapport présente également le cadre juridique en vigueur dans ce domaine.

D'après le rapport, la Direction du travail (une unité organisationnelle du Ministère du Travail et de la Protection sociale) a créé un Service de la sécurité au travail en 2013. Ce service exerce notamment des activités liées au contrôle, à l'étude et à la promotion de la santé et de la sécurité au travail, élabore la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail, veille à l'application des conventions ratifiées et des directives de l'UE dans ce domaine, formule des avis concernant l'application de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail, collecte et analyse des données sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et encourage le développement d'une culture de la sécurité au travail par l'éducation et la formation des salariés, des employeurs, des professionnels chargés de la sécurité au travail, des inspecteurs et autres. Le Comité prend note de la liste, présentée dans le rapport, des autres institutions et organisations qui exercent des activités dans les domaines de la santé et de la sécurité.

De plus, au deuxième trimestre 2015, le Parlement du Monténégro a adopté la loi portant ratification de la Convention n° 187 de l'OIT sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, par laquelle il accepte les obligations imposées par la ratification de ce texte. La Convention n° 187 a été ratifiée le 18 septembre 2015.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé des informations sur l'organisation de la prévention des risques professionnels, et notamment sur le cadre des droits, obligations et structures pour la prévention des risques professionnels au niveau national, sur les mesures de prévention des risques professionnels au niveau de l'entreprise (évaluation des risques liés au travail, adoption de mesures de prévention adaptées à la nature des risques, information et formation des travailleurs) et sur l'obligation faite à l'Inspection du travail de partager la connaissance sur les risques professionnels et la prévention du risque acquise lors des contrôles et des enquêtes, dans le cadre de ses activités de prévention (information, éducation, prévention).

En réponse, le rapport précise que depuis le 1er juin 2012, le Service de l'Inspection du travail, précédemment rattaché au ministère du Travail et des Affaires sociales, a été transféré vers l'Administration chargée des inspections. Au sein du Service de l'Inspection du travail, le Groupe de la santé et de la sécurité au travail assure le suivi de la mise en œuvre de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, de ses règlements d'application et des mesures techniques et autres mesures liées à la protection de la santé et de la sécurité déployées par les inspecteurs du travail, sauf si la loi assigne à d'autres instances la responsabilité du suivi de textes réglementaires régissant des activités spécifiques.

En ce qui concerne l'évaluation des risques au travail, le rapport précise que l'employeur est tenu de publier un document d'évaluation des risques pour tous les lieux de travail, qui définit comment éliminer les risques, quelles sont les mesures à prendre et comment les mettre en œuvre. Dans le document, l'employeur doit indiquer quels sont les postes exposés à des risques accrus, quelles prescriptions de santé doivent être respectées par les travailleurs affectés à certains travaux ou quelle utilisation doit être faite de certaines ressources, selon l'évaluation effectuée par un expert de l'organisme agréé de protection de la santé des salariés. Le document d'évaluation des risques repère et répertorie les dangers présents sur les lieux de travail et indique quels emplois sont exposés aux risques recensés, quelle est la probabilité de survenance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, si le risque est acceptable et quelles mesures doivent être prises pour réduire les risques inacceptables. L'employeur doit aussi veiller à ce que les salariés prennent connaissance du document d'évaluation des risques.

Le Comité demande comment les employeurs, notamment les petites et moyennes entreprises, s'acquittent, dans la pratique, de leurs obligations en matière d'évaluation initiale des risques spécifiques aux postes de travail et d'adoption de mesures préventives ciblées. Il demande que le prochain rapport indique comment le Gouvernement veille à ce que des lois et règlements en matière de santé et de sécurité soient adoptés et maintenus en vigueur sur la base d'évaluations des risques professionnels.

D'après le rapport, l'employeur doit prendre des mesures de protection en prévenant, supprimant et contrôlant les risques au travail, en informant et en formant les travailleurs, tout en assurant une organisation appropriée et en fournissant les ressources nécessaires, mettre en place des mesures de sécurité et choisir des méthodes de travail et de production susceptibles d'améliorer ou d'accroître le niveau de protection de la santé et de la sécurité au travail. L'employeur doit aussi assurer la formation en matière de sécurité de tout salarié nouvellement embauché ou réaffecté à un autre poste, ou à l'occasion de l'introduction d'une nouvelle technologie ou de nouveaux instruments de travail, ou en cas de modification d'un processus de travail nécessitant de rajuster les mesures de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ou après une absence de plus d'un an.

En outre, l'employeur doit informer par écrit le salarié ou son représentant des risques concernant sa santé et sa sécurité, ainsi que des mesures à prendre et des actions à exécuter pour chaque type de lieu de travail et/ou de poste en vue d'assurer sa protection. L'employeur doit aussi informer le représentant des travailleurs des droits et obligations de ces derniers en matière de santé et de sécurité, et leur donner accès au document d'évaluation des risques indiquant à quels risques spécifiques sont exposés certaines catégories de travailleurs, quelles sont les mesures à prendre pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs et, le cas échéant, quels moyens et équipements de protection individuelle doivent être utilisés. Les représentants des travailleurs doivent également avoir accès aux registres et rapports sur les accidents du travail ayant entraîné une absence de plus de trois jours ouvrés.

Le Comité note que des mesures de prévention des risques ont été prises au niveau des entreprises. Toutefois, aucune information n'a été fournie en ce qui concerne l'Inspection du travail. Le Comité souligne que les inspecteurs sont tenus de partager les connaissances qu'ils ont acquises en matière de risques et de prévention des risques au fil des inspections et enquêtes menées dans le cadre de leurs activités de prévention (information, éducation, par exemple). Il réitère ses questions et considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation du Monténégro soit conforme à l'article 3§1 de la Charte à cet égard.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé des informations sur l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail. Il a notamment demandé si les pouvoirs publics s'investissaient dans la recherche (connaissances scientifiques et techniques) portant sur la santé et la sécurité au travail, dans des activités touchant à ce domaine (analyse des risques sectoriels, élaboration de normes, établissement de directives, publications, séminaires, formation), dans la formation (professionnels qualifiés) et dans l'élaboration de modules de formation (comment travailler, comment minimiser les risques pour soi et pour autrui) et de dispositifs de certification.

En réponse, le rapport précise que les pouvoirs publics s'investissent dans des activités de recherche et dans la sécurité au travail, puisqu'ils se sont fixés pour objectif stratégique de sensibiliser les acteurs concernés à la nécessité d'introduire progressivement des programmes portant sur la santé et la sécurité au travail dans le système éducatif du Monténégro. Il est également prévu de sensibiliser les élèves du primaire et du secondaire à ces questions dans le cadre d'une matière optionnelle axée sur la santé et la sécurité au travail.

D'après le rapport, l'Institut de recherche et développement en matière de sécurité au travail a été créé afin de mener des recherches dans ce domaine et de concevoir des méthodes de travail appropriées. Il s'agit d'un établissement public doté de la capacité juridique conférée à une personne morale. Le Comité prend note des activités de l'institut, telles que décrites dans le rapport.

Le Ministère du Travail et de la Protection sociale a mis en place un examen professionnel pour les personnes exerçant des activités dans le domaine de la sécurité au travail et, à cette fin, a défini les conditions, le programme et les modalités de passage de l'épreuve. À l'issue de l'examen, l'entrepreneur ou la personne morale se voir délivrer par le ministère un agrément l'autorisant à exercer certaines activités dans le domaine de la santé de la sécurité au travail pendant une durée de trois ans, renouvelable sous les mêmes conditions.

Par ailleurs, le nouveau Service de la sécurité au travail a pour mission d'organiser les examens professionnels permettant d'obtenir un titre professionnel dans le domaine de la sécurité au travail, de délivrer des licences d'exploitation aux organismes agréés dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail qui exercent leurs activités avec l'accord du ministère, de tenir un registre desdits organismes et de superviser leurs travaux et de tenir

un registre des personnes qui ont réussi l'examen professionnel permettant d'obtenir le titre susmentionné.

En outre, le rapport indique que les pouvoirs publics s'investissent également dans la formation en matière de santé et de sécurité des fonctionnaires, par le biais du Service de gestion des ressources humaines, conformément aux tendances et aux objectifs définis dans le cadre du processus d'adhésion du Monténégro à l'Union européenne, principalement dans le domaine du renforcement institutionnel.

Le Comité constate l'existence d'un système visant à améliorer la sécurité et la santé au travail par la recherche, le développement et la formation. Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées, étayées d'exemples concrets, sur les travaux de recherche (analyse de risques sectoriels, normes élaborées, recommandations formulées, publications) et les formations (programmes de certification, formation de professionnels qualifiés, dispositifs de formation) organisés au cours de la période de référence.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé des informations sur la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs, et plus précisément sur le cadre de consultation entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux (organes, compétences, participants, fréquence, questions abordées) en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi que sur les mécanismes de consultation au niveau de l'entreprise (organes, compétences, participants, fréquence, questions abordées) en matière de santé et de sécurité au travail.

D'après le rapport, les partenaires sociaux et les organisations non-gouvernementales sont associés à toutes les étapes de l'élaboration de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Le rapport souligne que les employeurs, les salariés, les représentants des salariés et les syndicats définissent ensemble les droits, les obligations et les responsabilités dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, notamment en ce qui concerne les données relatives à l'évaluation des risques et aux mesures de protection, les décisions relatives aux mesures de protection à prendre, équipements de protection individuelle compris, les registres et les rapport sur les accidents du travail, la planification et l'organisation des formations et la vérification des capacités dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des exemples concrets témoignant de la participation des organisations d'employeurs et de travailleurs à la conception de la politique en matière de santé et de sécurité dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Monténégro 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 éléments fournis dans le rapport du Monténégro, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§2 de la Charte.

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

Le Comité rappelle que l'obligation première de l'État en vertu de l'article 3 de la Charte consiste à garantir le droit à des normes de sécurité et de santé au travail les plus élevées possible. Cette obligation implique, en vertu du paragraphe 2, d'édicter des règlements de santé et de sécurité au travail assurant prévention et protection sur le lieu de travail contre les risques reconnus par la communauté scientifique et réglementés aux niveaux communautaire et international. Ces règlements doivent être spécifiques dans le sens où ils doivent fixer des prescriptions de manière suffisamment précise pour permettre leur application effective et efficace. Ils doivent en outre couvrir la majorité des risques énumérés aux Conclusions XIV-2.

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé des informations sur les points suivants : si la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail couvraient la majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 et si cette couverture était spécifique en ce sens que la réglementation définissait des prescriptions suffisamment précises pour permettre leur application effective et efficace.

Le rapport présente le cadre juridique existant dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail : la loi relative à la sécurité et à la santé au travail (Journal officiel (JO) n° 34/14), le code du travail (JO n^{os} 49/08, 59/11, 66/12 et 31/14), la loi relative à l'assurance pension et invalidité (JO n^{os} 66/12, 38/13, 61/13, 60/14, 10/15 et 44/15), la loi relative à l'Inspection du travail (JO n° 79/08), la loi relative aux forces armées (JO n^{os} 88/09, 75/10 et 32/14), la décision relative aux normes monténégrines et aux documents connexes (JO n° 58/15), la loi relative à la sécurité de la navigation (JO n^{os} 62/13, 6/14 et 47/15), la loi relative à la protection contre les radiations ionisantes et à la sûreté radiologique (JO n^{os} 56/09 et 58/09), la loi relative à l'exploitation minière (JO n^{os} 65/08 et 74/10) et la loi relative au Conseil social (JO n^{os} 16/07, 20/11 et 61/13).

Le rapport précise que le 25 juillet 2014, le Parlement du Monténégro a adopté la loi relative à la sécurité et à la santé au travail (Journal officiel n^{o} 34/14), qui remplace la précédente loi du même nom (Journal officiel n^{os} 79/04 et 26/10). Selon la nouvelle loi, l'employeur est tenu de prendre des mesures pour assurer la sécurité et la santé de tous ses salariés en prévenant, éliminant et contrôlant les risques présents sur les lieux de travail, en informant et en formant les salariés, en adoptant une organisation appropriée et en fournissant les ressources nécessaires. L'employeur doit tout particulièrement veiller à la santé et à la sécurité au travail des femmes enceintes, des jeunes de moins de 18 ans et des personnes handicapées. Cependant, le Comité a besoin d'informations plus précises sur le contenu de la législation et notamment de connaître quels risques sont couverts par la loi relative à la sécurité et à la santé au travail. Il demande que le prochain rapport décrive le système de protection contre les risques professionnels mis en place en application de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail.

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 note qu'un cadre législatif général en matière de santé et de sécurité au travail a été mis en place depuis l'entrée en vigueur de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail (Journal officiel nº 34/14). Il constate toutefois que les règlements existants ne couvrent qu'une partie restreinte des risques identifiés aux Conclusions XIV-2, et négligent la protection contre des risques importants tels que les lourdes charges, l'amiante, la pollution de l'air, les bruits et les vibrations, les agents chimiques, physiques et biologiques, ou des secteurs exposés tels que les manutentions portuaires et l'agriculture.

Niveaux de prévention et de protection

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé si l'évaluation des risques sur le lieu de travail était obligatoire et si l'obligation de remédier aux risques identifiés était assortie de délais. En réponse, le rapport précise que l'employeur est tenu d'établir un document d'évaluation des risques pour tous les lieux de travail, de définir les mesures à prendre pour éliminer les risques et de veiller à leur mise en œuvre (voir aussi l'examen au titre de l'article 3§1, Conclusions 2017). Cependant, le rapport ne contient pas d'informations concernant la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail.

Le Comité note que, selon la base de données NORMLEX de l'OIT, les conventions de l'OIT nº 119 sur la protection des machines (1963) et nº 148 concernant la protection des travailleurs contre les risques professionnels dus à la pollution de l'air, au bruit et aux vibrations sur les lieux de travail (1979) sont en vigueur. Les conventions de l'OIT nº 120 sur l'hygiène (commerce et bureaux) (1964) et nº 127 sur le poids maximum (1967) ne le sont pas.

Étant donné le caractère général de ces informations, le Comité n'est pas en mesure d'examiner si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation de l'article 3§2 de la Charte, selon laquelle les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation en ce qui concerne la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail doivent être alignés sur les niveaux retenus par les normes internationales de référence. Il demande que le prochain rapport indique quels règlements et lois définissent les niveaux de prévention et de protection contre les risques professionnels spécifiques à la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail. Le Comité demande également des informations plus détaillées sur la mise en œuvre de mesures préventives axées sur la nature des risques, sur les activités d'information et de formation des travailleurs, ainsi que sur le calendrier de mise en conformité.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les dispositions spécifiques prévoyant une protection contre les risques d'exposition au benzène.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé si les limites d'exposition étaient alignées sur celles retenues par les normes internationales de référence et, le cas échéant, par l'acquis communautaire. En ce qui concerne l'amiante, il a demandé si les travailleurs bénéficiaient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé par la Directive 83/477/CEE du Conseil du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail telle que modifiée par la Directive 2003/18/CE du Parlement européen et du Conseil

du 27 mars 2003, ainsi que par la Convention de l'OIT n° 162 sur l'amiante (1986), et si l'utilisation sur les lieux de travail de l'amiante dans ses formes reconnues comme étant les plus nocives (fibres amphiboles) était interdite.

Le rapport ne fournit aucune information sur les niveaux de prévention et de protection en ce qui concerne l'amiante.

En l'absence d'informations dans le rapport, le Comité n'est pas en mesure d'examiner si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation de l'article 3§2 de la Charte, selon laquelle le niveau de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation en ce qui concerne l'amiante doit être aligné sur le niveau retenu par les normes internationales de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la législation et la réglementation régissant le niveau de prévention et de protection contre l'amiante, et sur leur application dans la pratique. Il demande en particulier des informations sur les valeurs limites d'exposition et sur l'interdiction de la production et de la mise sur le marché de l'amiante ou de produits en contenant. Enfin, il demande des informations sur les mesures spécifiques qui auraient été prises en vue de dresser l'inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés par l'amiante.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé, en ce qui concerne les radiation ionisantes, si les travailleurs bénéficiaient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé par les Recommandations (1990) de la Commission internationale de protection contre les radiations (CIPR, publication n° 60) ou, le cas échéant, par la Directive 96/29/EURATOM du Conseil du 13 mai 1996 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants.

Le rapport précise que les travailleurs sont protégés par la réglementation portant sur les radiations ionisantes et note que la loi relative à la protection contre les radiations ionisantes et à la sureté radiologique (JO nos 56/09 et 58/09) a été adoptée. D'après le rapport, environ 80 % de la Directive 96/29/EURATOM, aujourd'hui dépassée, ont été transposés dans la législation nationale.

Le Comité prend note de ces informations mais, compte tenu de leur caractère général, il n'est pas en mesure d'examiner si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation générale de l'article 3§2 de la Charte, selon laquelle le niveau de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation en ce qui concerne les radiations ionisantes doit être au moins équivalent à celui retenu par les normes internationales de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations plus complètes sur la législation et la réglementation régissant le niveau de prévention et de protection contre les radiations ionisantes, et sur leur application dans la pratique. 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 a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé si tous les travailleurs (y compris les travailleurs temporaires, les travailleurs intérimaires et les travailleurs sous contrat à durée déterminée), exerçant sur tous les lieux de travail (y compris les travailleurs à domicile, les employés de maison et les travailleurs indépendants) et dans tous les secteurs d'activité (quels que soient l'importance des risques ou le nombre de salariés) étaient couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

D’après le rapport, un « salarié » est une personne qui a été embauchée par un employeur, ou qui a conclu un contrat de travail avec un employeur, ou qui exécute un travail pour un employeur dans le cadre d’une formation, ou qui exécute un travail pour un employeur sur quelque base juridique que ce soit. Les dispositions de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail ne s’appliquent à toute personne qui prend part au processus de travail d’une entreprise, quel qu’en soit le cadre juridique.

Le rapport ajoute que les dispositions de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail s’appliquent à toutes les personnes employées sur le territoire du Monténégro par des personnes morales ou entreprises de tous secteurs d’activité, par des organes gouvernementaux, par des organes de l’administration publique ou par des collectivités locales, ainsi qu’aux salariés détachés à l’étranger si la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail de l’État d’accueil est moins favorable que la loi précitée, sauf dispositions contraires d’un texte de loi spécifique.

Le Comité relève dans le rapport que les dispositions de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail ne s’appliquent ni aux personnes qui travaillent à domicile pour le compte d’un employeur, ni aux personnes embauchés par un employeur pour effectuer des travaux domestiques. Le Comité conclut donc que la situation n’est pas conforme à la Charte au motif que les travailleurs domestiques ne sont pas protégés par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

Rappelant que les États parties se sont engagés à ce que tous les travailleurs, tous les lieux de travail et tous les secteurs d’activité soient couverts par la législation et la règlementation en matière de sécurité et de santé au travail, le Comité demande que le prochain rapport indique, par des exemples concrets, comment il est fait en sorte que les travailleurs temporaires, les travailleurs intérimaires et les travailleurs sous contrat à durée déterminée bénéficient d’informations sur les risques, de formations sur les méthodes de travail sûres et d’examens médicaux lorsqu’ils sont réembauchés ou affectés à de nouvelles tâches. Il demande également des informations, étayées d’exemples concrets, sur l’accès de ces travailleurs à la représentation au travail. Enfin, il demande si des restrictions sont prévues en fonction du nombre de salariés, et si des mesures ont été prises pour assurer le suivi de l’application de ces lois et règlements dans la pratique.

Consultation des organisations d’employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé des informations sur la consultation des organisations d’employeurs et de travailleurs, et, plus précisément, sur le cadre de consultation entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux (organes, compétences, participants, fréquence, questions abordées) en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi que sur les mécanismes de consultation au niveau de l’entreprise (organes, compétences, participants, fréquence, questions abordées) en matière de santé et de sécurité au travail.

Le Comité relève dans le rapport que lorsqu’il prévoit d’introduire et introduit de nouvelles technologies, l’employeur est tenu de consulter les salariés ou les délégués à la santé et à la sécurité au travail sur les questions relatives aux changements d’outils de travail, de conditions de travail, d’environnement de travail et à leurs conséquences pour la santé et la sécurité. L’employeur doit veiller à ce que les salariés affectés à des postes présentant des conditions de travail particulières ou des risques accrus aient les capacités requises pour occuper de tels postes sans que cela nuise à leur sécurité ou à leur santé. Les mesures de protection de la sécurité des travailleurs répondent aux principes suivants : éviter les risques, évaluer les risques, éliminer les risques à la source, adapter le travail et le lieu de travail au travailleur, en particulier lors de la conception du lieu de travail, choisir les outils de travail et les méthodes de travail et de production de façon à réduire leurs effets sur la santé et à éviter que le travail ne soit monotone ou son rythme trop rapide, s’adapter aux progrès techniques, remplacer les situations dangereuses par des situations moins ou pas

dangereuses, élaborer une politique complète de protection de la santé et de la sécurité, intégrant les technologies, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations interpersonnelles et les facteurs liés à l'environnement de travail, privilégier les mesures de protection collective par rapport aux mesures de protection individuelle et donner des instructions et des informations appropriées (voir aussi examen au titre de l'article 3§1, Conclusions 2017).

Le Comité confirme qu'il existe une coopération entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux au niveau de l'entreprise.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation en ce qui concerne la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail soient alignés sur les niveaux fixés par les normes internationales de référence ;
- il n'est pas établi que les niveaux de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes soient suffisants ;
- les travailleurs domestiques ne sont pas protégés 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 éléments fournis dans le rapport du Monténégro, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§3 de la Charte.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé des données statistiques sur le nombre d'accidents du travail, le taux moyen d'incidence des accidents du travail pour 100 000 travailleurs, le nombre d'accidents mortels, le taux moyen d'incidence des accidents mortels pour 100 000 travailleurs, le nombre de cas de maladies professionnelles, le taux moyen d'incidence des maladies professionnelles pour 100 000 travailleurs, le nombre de cas de maladies professionnelles mortelles et le taux moyen d'incidence des maladies professionnelles mortelles pour 100 000 travailleurs.

Le rapport précise que, selon les informations fournies par la Caisse d'assurance maladie, le nombre d'accidents du travail était de 907 en 2012, de 815 en 2013 et de 897 en 2014. Le rapport ajoute que le développement du secteur du bâtiment a entraîné une augmentation du nombre d'accidents mortels du travail. Le Comité constate que les taux d'incidence normalisés des accidents du travail et des accidents mortels du travail ne figurent pas dans le rapport. Par conséquent, il demande que le prochain rapport fournisse cette information.

D'après le rapport, les principales causes d'accidents du travail sont la non-application des mesures de protection de la santé et de la sécurité, ce qui peut conduire le travailleur, par exemple, à glisser, à faire une chute de hauteur ou en profondeur, ou à être heurté/écrasé par une poutre, le recrutement de personnes non formées pour travailler en toute sécurité aux postes qu'elles occupent et qui n'ont pas passé de visite médicale pour vérifier leur aptitude physique, le mauvais état des ressources employées pour travailler et leur utilisation sans avoir été préalablement inspectées et testées et sans avoir été expertisées par un organisme agréé de protection de la santé et de la sécurité au travail.

Le Comité constate que le rapport ne fournit pas de données statistiques ou de chiffres pertinents sur le nombre de maladies professionnelles et considère par conséquent que pendant la période de référence, les maladies professionnelles n'ont pas fait l'objet d'un suivi adéquat. Il que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

Le Comité considère que les données chiffrées fournies ne permettent pas d'établir que les accidents du travail et les maladies professionnelles fassent l'objet d'un suivi efficace. Il rappelle que l'application conforme de la Charte ne peut être atteinte par le seul effet de la législation si l'application de celle-ci n'est pas effective et rigoureusement contrôlée, et que la fréquence des accidents du travail et leur évolution sont déterminantes dans le contrôle du respect effectif du droit consacré à l'article 3§3 de la Charte. Entre-temps, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les accidents du travail et les maladies professionnelles soient suivis de manière efficace.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Le rapport ne contenant pas de réponse à la question qu'il a précédemment posée sur ce point (Conclusions 2013), il demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2013) et a demandé des informations sur le cadre et le fonctionnement des services de l'Inspection du travail (organes compétents, attributions, moyens d'investigation, pouvoirs de sanction), sur les activités des services de l'Inspection du travail (nombre d'inspecteurs, fréquence des visites de contrôle, proportion de travailleurs couverts par les inspections rapportée à l'ensemble de la population active) et sur les mesures prises et les sanctions infligées par les services de l'Inspection du travail (nombre d'infractions, types de sanctions et mesures, nombre et montant des amendes, nombre de suspensions d'activité et nombre de poursuites engagées).

Le rapport précise qu'il existe 39 postes permanents d'inspecteur du travail, dont douze sont spécialisés dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. 34 postes d'inspecteurs sont actuellement pourvus, dont neuf sont affectés à la santé et à la sécurité au travail.

D'après le rapport, le suivi de la mise en œuvre de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, de l'application des règlements adoptés dans le cadre de cette loi et des mesures techniques et autres mesures de protection de la santé et de la sécurité est assuré par les inspecteurs chargés de la santé et de la sécurité au travail, sauf si la loi assigne à d'autres instances la responsabilité du suivi de textes réglementaires régissant des activités spécifiques.

Les inspecteurs chargés de la santé et de la sécurité au travail, outre leurs tâches et prérogatives établies par la loi, ont le droit et l'obligation d'enquêter sur les accidents du travail graves, collectifs et mortels. Selon les données fournies par l'Administration chargée des inspections, le nombre d'enquêtes sur site menées par des inspecteurs de la santé et de la sécurité au travail à la suite d'accidents du travail a diminué. En effet, il est passé de 49 en 2012 (dont sept accidents mortels) à 36 en 2015 (dont neuf accidents mortels).

Le rapport ajoute que l'Inspection du travail a procédé à 2 656 visites de contrôle dans le domaine de la santé et de la sécurité au cours de la période de référence et a constaté 2 622 infractions. Elle a adressé 169 décisions et 583 conclusions enjoignant de remédier aux irrégularités observées et a dressé 859 procès-verbaux d'infraction (pour absence de mesures de protection des salariés) assortis d'amendes d'un montant total de 263 870 €. Quatre requêtes ont été introduites en vue d'engager une procédure pénale dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Le Comité prend note des informations fournies, qui ne lui suffisent cependant pas pour se prononcer sur la conformité à ce volet de l'article 3§3 de la Charte. Il réitère par conséquent ses précédentes questions sur la proportion de travailleurs concernés par les visites de contrôle et sur le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'une visite de contrôle portant sur la santé et la sécurité au cours de la période de référence. En attendant, le Comité réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que les accidents du travail et les maladies professionnelles fassent l'objet d'un suivi efficace.

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 du Monténégro.

Il rappelle qu'en vertu de l'article 3§4, les États doivent promouvoir, en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, l'institution progressive de services de médecine du travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement préventives et de conseil. Il peut s'agir de services communs à 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'État « 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).

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion et a demandé des informations plus précises sur le cadre entourant les services de santé au travail (législation, mission, organisation, programmes, stratégies, plans d'action), sur l'existence, dans l'hypothèse où toutes les entreprises ne seraient pas dotées de services de santé au travail, d'une stratégie élaborée à cet effet en consultation avec les partenaires sociaux, sur les conséquences du refus par l'employeur de permettre aux salariés d'avoir accès à des services de santé au travail lorsque ceux-ci ne sont pas obligatoires, sur le nombre de travailleurs bénéficiant d'une prise en charge médicale par les services de santé au travail et sur la proportion d'entreprises proposant, seules ou conjointement avec d'autres entreprises, des services de santé au travail.

En réponse, le rapport précise que selon la loi relative à la sécurité et à la santé au travail (Journal officiel n° 34-14), l'employeur doit promouvoir la sécurité et la santé au travail. Aux termes de l'article 11 de cette loi, il est tenu de d'organiser des visites médicales préalables et périodiques pour les salariés. Le règlement relatif au champ d'application des contrôles médicaux concernant les salariés (Journal officiel n° 44/06) mentionne l'obligation d'organiser des contrôles médicaux à l'intention des salariés. Le rapport ajoute qu'aux termes de la loi relative aux soins de santé (Journal officiel n° 3/16 et 39/16, adoptée hors période de référence) les employeurs doivent, dans l'exercice de leurs activités, développer et utiliser des technologies respectueuses de la santé et de l'environnement, et prendre des mesures pour prendre soin de la santé des salariés. Le règlement relatif aux conditions à respecter par les personnes morales pour pouvoir contrôler la santé des salariés (Journal officiel n° 60/16, adopté hors période de référence) précise les conditions à respecter par les personnes morales pour être habilitées à pratiquer des contrôles médicaux spécifiques sur les salariés.

Le rapport indique que les services de médecine du travail sont dispensés dans des centres médicaux. Afin d'assurer la protection de la santé et de la sécurité au travail, des contrôles médicaux peuvent être immédiatement effectués à titre de soins de santé primaires (des établissements médicaux privés, des centres médicaux publics ou d'autres structures privées). Des examens préalables ou périodiques du personnel sont également effectués dans le cadre de la médecine du travail. L'accès à la médecine du travail est obligatoire pour tous les salariés, et les employeurs qui en refusent l'accès à leurs salariés sont passibles de sanctions par les services de l'inspection compétents.

De plus, le rapport précise que le principe de sécurité au travail est promu par la Stratégie pour l'amélioration de la médecine du travail au Monténégro 2015-2020 et son plan d'action. Cette stratégie vise à faire en sorte que des services de médecine du travail adaptés, d'un

coût abordable et de bonne qualité soient accessibles à tous les travailleurs, quel que soit leur secteur d'activité, leur type d'emploi, la taille et les caractéristiques de l'entreprise et sa situation géographique. Afin de pouvoir répondre à tous les besoins des travailleurs sur le plan de la santé, dans le prolongement du processus de réforme du système de santé, une étude sur la création d'un institut de médecine du travail, chargé de promouvoir la santé des travailleurs est en préparation. Le Comité demande que le prochain rapport indique quel est l'impact de cette stratégie sur le développement de services de santé dans les petites entreprises et les microentreprises.

Le Comité constate que la loi relative à la sécurité et à la santé au travail exige des employeurs qu'ils organisent des contrôles médicaux à l'intention des salariés. Compte tenu du caractère progressif de l'obligation prévue par l'article 3§4 de la Charte, le Comité renouvelle sa demande d'information concernant le pourcentage de travailleurs couvertes par les services de médecine du travail.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Monténégro 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 du Monténégro.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité relève que, d'après l'OMS, l'espérance de vie moyenne à la naissance (pour les deux sexes) était de 76,1 ans en 2015 (contre 75,6 an 2009) et reste donc inférieure à la moyenne des autres pays européens, qui était de 80,6 ans en 2015 pour les 28 États membres de l'Union européenne.

Le taux de mortalité était de 10 décès/1 000 habitants en 2015 selon la Banque Mondiale (contre 9,29 en 2011).

Le Comité a précédemment relevé que les maladies chroniques non transmissibles constituent les principales causes de maladie, de handicap et de mort prématurée (avant 65 ans). Les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébro-vasculaires, le cancer du poumon, les troubles affectifs (dépression unipolaire) et le diabète sont la cause de près de deux décès sur trois. Le Comité a demandé à être tenu informé des mesures mises en œuvre pour lutter contre ces causes de mortalité (Conclusions 2013). Le rapport indique que le nouveau Plan global de développement du système de santé pour 2015-2020 a pour priorité stratégique première de prévenir la mortalité précoce, de faire baisser la morbidité des principales maladies chroniques, d'améliorer la qualité de vie et d'éviter les handicaps liés. Le Gouvernement a adopté un Plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie de prévention et de surveillance des maladies chroniques non transmissibles en 2016-2017. Les différentes mesures et activités directement ou indirectement liées à la surveillance et à la prévention des maladies chroniques non transmissibles sont présentées dans d'autres documents stratégiques nationaux et les Plans d'action pour leur mise en œuvre (Plan d'action pour la nutrition, Plan d'action pour la promotion de la santé mentale, Plan d'action pour la santé des personnes diabétiques, Plan d'action pour réduire la consommation nocive d'alcool, etc.). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre et l'impact de ces plans et initiatives pour lutter contre les principales causes de décès.

Le Comité relève dans Eurostat que le taux de mortalité infantile est passé de 5,7 décès pour 1000 naissances vivantes en 2009 (précédente période de référence) à 4,4 en 2011 et même à 2,2 en 2015 (durant la période de référence), alors que la moyenne dans les 28 pays de l'UE était de 3,6 pour 1000 naissances vivantes.

Le Comité note également que, d'après les données de l'OMS, le taux de mortalité maternelle est passé à 7 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des chiffres à jour sur le taux de mortalité et les principales causes de décès, ainsi que sur les taux de mortalité infantile et maternelle.

Accès aux soins de santé

Le Comité a précédemment pris note des réglementations et des textes juridiques en matière de santé et a demandé des informations sur les structures administratives responsables de la mise en œuvre adaptée du cadre réglementaire (Conclusions 2013). Le rapport indique que le ministère de la Santé et les établissements de santé à tous les niveaux du système sont responsables du fonctionnement du système de santé conformément au Plan global de développement du système de santé pour 2015-2020.

Le Comité relève dans le Rapport 2016 de la Commission européenne que le Plan global de développement du système de santé pour 2015-2020 et la loi sur la santé, en partie conforme à l'acquis communautaire, ont été adoptés fin 2015. Le travail des autorités de

santé publique a continué de subir les effets de l'austérité fiscale et de la viabilité budgétaire, tandis que les programmes et les interventions sont restés marqués par une surconsommation de médicaments. En relation avec la politique d'alignement des prix, les modifications relatives aux critères pour les prix de vente maximum des médicaments ont été adoptés. Le ministère de la Santé a publié un guide pour l'analyse régulière du contrôle de la prescription des médicaments. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les dépenses de santé à la charge des patients (en pourcentage des dépenses totales de santé).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé à être tenu informé de toute réforme du système de santé (Conclusions 2013). Le rapport informe que le document stratégique « Plan des réformes structurelles du système de santé du Monténégro et Plan d'action 2015 » prévoyait des mesures prioritaires pour réformer le système de santé, lesquelles devraient être mises en œuvre en 2016 et en 2017 (en dehors de la période de référence). Ces mesures incluent notamment la formation continue du personnel médical et la baisse du nombre de lits dans les hôpitaux, et prévoient de limiter l'aiguillage des patients vers des structures de soins tertiaires lorsqu'il n'est pas nécessaire. La réforme structurelle prévoit une mesure visant à redistribuer les heures de travail, à augmenter le nombre et à renforcer les compétences des médecins au niveau primaire, afin de soulager les niveaux secondaires et tertiaires du système. Le Comité demande à être informé de ces réformes ou de toute autre réforme engagée dans le secteur de la santé.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que la Stratégie-cadre de la Santé pour tous de l'OMS établit des valeurs fondamentales pour l'élaboration de politiques de santé. Celles-ci doivent reposer sur le principe de l'égalité, en permettant l'égalité d'accès aux services de santé à la population et en portant une attention spéciale aux groupes défavorisés et marginaux/vulnérables. Le Comité demande que le prochain rapport indique comment cette stratégie se traduit dans la pratique, notamment si les groupes défavorisés (chômeurs, personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté, etc.) ont droit à une assistance médicale, et précise l'éventail des services de santé publique proposés (Conclusions 2013).

S'agissant des groupes vulnérables (chômeurs, personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, etc.), le rapport indique que le cadre législatif du système de santé est conforme aux objectifs stratégiques, à savoir que tous les citoyens et usagers des services de santé bénéficient des mêmes droits. L'article 5 de la loi sur les soins de santé (Journal officiel du Monténégro, n° 16/03 et n° 39/16) dispose que, dans l'exercice de leur droit aux soins de santé, tous les citoyens sont égaux, indépendamment de leur nationalité, race, sexe, identité de genre, orientation sexuelle, âge, handicap, langue, religion, éducation, situation sociale ou de toute autre caractéristique personnelle, conformément à la loi. Le Comité note cependant dans le Rapport 2016 de la Commission de l'Union européenne que l'accès à la protection de la santé doit être amélioré pour les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les enfants et les toxicomanes (mineurs et adultes), les détenus, les prostituées, les personnes LGBTI, les personnes déplacées internes et les Roms. Le Comité souhaite recevoir les commentaires du gouvernement sur ce point.

Le Comité rappelle que le droit à l'accès aux soins de santé exige que les modes d'accès aux soins n'entraînent pas des retards indus dans la fourniture des soins. Il a par conséquent demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les règles applicables à la gestion des listes d'attente, ainsi que des statistiques sur les délais d'attente moyens (Conclusions 2013). Le rapport indique qu'en vertu de l'article 52 de la loi relative à l'assurance maladie (Journal Officiel du Monténégro, n° 16/06), les établissements médicaux doivent fournir des services de santé en temps opportun, selon le type de services de santé et l'urgence du cas à traiter. Une liste d'attente peut être établie pour certains services dans le domaine du diagnostic et du traitement qui n'ont pas de caractère d'urgence. Les soins de santé sont dispensés dans l'ordre de la liste d'attente. L'assuré est inscrit sur une liste d'attente uniquement si le service de santé est le meilleur moyen ou le seul capable de

traiter l'assuré. Le Comité demande des informations et des exemples concrets en relation avec les délais d'attente moyens pour les soins primaires et les soins spécialisés, ainsi que pour les interventions chirurgicales.

Le Comité a noté dans sa conclusion précédente que le Monténégro manque de professionnels de santé, en particulier de médecins ; il a demandé si des mesures ont été prises à cet égard et si les besoins actuels de travailleurs de santé ont été évalués/suivis (Conclusions 2013). Le rapport indique que le Plan des ressources humaines dans le secteur de la santé pour 2013-2022 met en place une répartition homogène du personnel de santé (25 % des effectifs dans les régions du Nord et du Sud et 50 % dans la région centrale). Vu l'aggravation des problèmes sanitaires et la nécessité de renforcer la promotion, la prévention et l'amélioration de la santé, les besoins de personnel au niveau des soins primaires seront révisés après 2017 (en dehors de la période de référence). L'objectif fixé par le Plan des ressources humaines est d'atteindre 260 médecins pour 100 000 habitants d'ici à 2022 ; la tâche qui attend le Monténégro est énorme, mais l'estimation réaliste. Dans ce contexte, le rapport informe de l'adoption en juin 2015 du document sur les Réformes structurelles dans le système de santé du Monténégro et le Plan d'action pour sa mise en œuvre en 2015-2017.

Le Comité relève que, d'après l'Indice européen des consommateurs de soins de santé (Euro Health Consumer Index – EHCI) qui évalue la performance des systèmes de santé nationaux dans 35 pays européens sur la base de 48 indicateurs, dont les droits des patients, l'accessibilité aux soins, la prévention et les résultats obtenus, le Monténégro arrive dernier du classement, avec seulement 484 points (les Pays-Bas sont en tête, avec 916 points).

Le Comité note en outre dans les données de la Banque mondiale que les dépenses de santé publique en pourcentage du PIB du Monténégro a chuté de 5,2 en 1995 à 3,3 en 2014, ce qui est nettement inférieur aux autres pays européens et à la moyenne de l'OCDE, qui était de 8,9 % en 2013.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations complètes sur la mise en œuvre des réformes structurelles mentionnées dans le rapport et leur impact concret sur le système de soins de santé. Entre-temps, notant que les principales réformes devraient être mises en œuvre en 2016 et en 2017 (hors de la période de référence), le Comité considère que la situation n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que des mesures adaptées n'ont pas été prises pour garantir efficacement le droit d'accès aux soins de santé.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé s'il existait des structures de réadaptation pour les toxicomanes et quel était l'éventail des possibilités et traitements offerts (Conclusions 2013). Le rapport indique qu'en vertu de l'article 12 de la loi sur la prévention de la toxicomanie (Journal Officiel du Monténégro, n° 28/11) un toxicomane ayant suivi un sevrage doit être pris en charge dans un établissement spécialisé dans la réadaptation et la réinsertion. Le service de psychiatrie d'un hôpital spécialisé de Kotor, le centre clinique du Monténégro et le centre de réadaptation Kakaricka Montenegro de Podgorica fournissent des services destinés aux consommateurs de drogues et d'autres produits psychoactifs. Le Comité prend note de l'information contenue dans le rapport 2016 de la Commission européenne sur la prévention de la toxicomanie, selon laquelle des mesures sont nécessaires pour développer et étendre les programmes de prévention, de réadaptation et de réintégration sociale des toxicomanes. La même source indique que la Commission des drogues, mise en place en mai 2016, se compose de quatre psychiatres, d'un représentant des organisations de la société civile et de deux représentants du ministère de la Santé. Le Comité demande à être informé des progrès accomplis. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de services de soins de santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures de rétablissement.

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 dépenses de santé à la charge des patients).

Concernant le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a précédemment reçu de l'ILGA (International Lesbian and Gay Association) (Région Europe) un document dans lequel elle affirme que le Monténégro fait partie des pays qui subordonnent la reconnaissance juridique de l'identité de genre à une stérilisation. Le Comité demande des informations à ce sujet, en particulier si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que des mesures adaptées n'ont pas été prises pour garantir efficacement le droit d'accès aux soins de santé .

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité a précédemment rappelé qu'en vertu de l'article 11§2, les États parties doivent montrer par des mesures concrètes qu'ils mettent en œuvre des politiques d'éducation à la santé en faveur de la population en général et des populations concernées par des problèmes spécifiques. Le Comité a par conséquent demandé que le prochain rapport contienne des informations sur l'ensemble des activités entreprises par les services publics de santé ou d'autres organes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (Conclusions 2013). Le rapport indique que le Centre pour la promotion de la santé de l'Institut de la santé publique du Monténégro suit les caractéristiques socio-économiques, culturelles, environnementales, politiques et autres de la population, ainsi que les comportements, croyances et attitudes qui, directement ou indirectement, affectent la santé des personnes. Le Centre est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes nationaux de santé publique et des stratégies nationales de promotion, de prévention et de protection de la santé publique. Les activités du Centre sont axées principalement sur l'éducation des citoyens, ainsi que sur l'information relative à l'influence des facteurs nocifs liés au milieu de vie et à l'environnement de travail, qui peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé. Le Centre développe également des programmes nationaux pour protéger les groupes vulnérables et contrôle leur mise en œuvre.

Le Comité rappelle que l'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de la politique en matière de santé publique. Des mesures doivent être prises pour prévenir les modes de vie nuisibles pour la santé (tabac, alcool, drogue) et pour développer le sens de la responsabilité individuelle (alimentation saine, éducation sexuelle, environnement). Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur les campagnes menées sur les sujets susmentionnés dans les médias, les établissements scolaires, les institutions publiques etc.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a rappelé que l'éducation à la santé doit être assurée tout au long de la scolarité et inscrite dans les programmes scolaires. Il a demandé que le prochain rapport indique si l'éducation à la santé à l'école est obligatoire, comment elle s'inscrit dans les programmes scolaires (matière à part entière ou intégrée dans d'autres matières) et quel est le contenu de l'éducation à la santé (Conclusions 2013). Le rapport indique que dans le primaire et le secondaire, les thèmes liés à la santé sont abordés dans différentes matières comme la biologie, l'éducation civique, une 'hygiène de vie saine', l'éducation à la citoyenneté et 'l'individu au sein du groupe'. Par ailleurs, l''hygiène de vie saine', au programme de l'enseignement primaire et secondaire, aborde des sujets tels que : la santé mentale et émotionnelle, le système de défense immunitaire, les maladies infectieuses et le VIH/sida, la santé génésique et l'éducation sexuelle, ainsi que la prévention des infections sexuellement transmissibles, la prévention de la violence physique et psychologique, l'impact des produits psychoactifs sur la santé (dont la prévention de l'alcoolisme). Le rapport précise que l'Institut national de l'éducation a approuvé l'introduction de matières optionnelles dans les cours d''hygiène de vie saine' de l'enseignement secondaire. Les conclusions d'une étude menée sur l'impact du thème 'hygiène de vie saine' sur les connaissances, les valeurs et les compétences sociales des élèves des écoles primaires sont utilisées pour élaborer les cours d''hygiène de vie saine pour les élèves du secondaire'. Le Comité demande si ce dernier thème a été inscrit au programme des écoles secondaires.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment rappelé qu'en vertu de l'article 11§2, les États parties doivent offrir des consultations et dépistages gratuits et réguliers pour les femmes enceintes et les enfants sur l'ensemble du territoire. Il a demandé que le prochain rapport fournisse des informations à ce sujet en précisant quelle est la fréquence des examens médicaux à l'école, leurs objectifs, la proportion d'élèves concernés et les ressources en personnel (Conclusions 2013). Concernant les contrôles médicaux des élèves, le rapport indique qu'ils ont lieu régulièrement. Les visites médicales systématiques incluent un examen complet des enfants et des contrôles sont organisés en deuxième, quatrième, sixième et huitième année de l'enseignement primaire (6-14 ans), ainsi qu'au cours des première et troisième années de l'enseignement secondaire (15-19 ans). En huitième, les élèves sont soumis à un examen physique et vaccinés contre la polio, la diphtérie et le tétanos ; en quatrième et en dernière année du secondaire, ils passent un contrôle médical et sont vaccinés contre la diphtérie et le tétanos.

Le rapport ne contient pas d'informations sur les programmes de consultation et de dépistage pour les femmes enceintes. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à ce sujet. Dans l'attente des informations demandées, il réserve sa position sur ce point.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a rappelé qu'en vertu de cet article, des dépistages des maladies responsables des taux élevés de mortalité prématurée dans le pays doivent être organisés, si possible systématiquement et a demandé des informations sur les programmes de dépistage disponibles dans le pays, leur fréquence et leur accessibilité (Conclusions 2013). Le rapport indique que le Monténégro a adopté, en 2011, un Plan national de dépistage du cancer, le Programme national de dépistage précoce du cancer du sein, le Programme national de dépistage précoce et le Programme national de dépistage précoce du cancer du côlon. Il a également adopté une Stratégie de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles (2008). Le Comité souhaite être informé sur l'impact / résultat de ces programmes en pratique. Le programme de dépistage précoce du cancer du côlon est en cours d'élaboration. Le rapport précise que les Lignes directrices européennes relatives à la mise en œuvre de programmes de dépistage sont utilisées et que des campagnes médiatiques sont également menées.

Le Comité relève dans le Rapport 2016 de la Commission européenne que l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile en Europe de l'OMS a été lancée en mai et juin 2016 et que les résultats officiels ne sont pas encore connus. Il demande que le prochain rapport contienne des informations à ce sujet.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 du Monténégro.

Environnement sain

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur les lois, les règlements et les mesures adoptés en vue de réduire les risques environnementaux, en particulier dans le domaine de la qualité de l'air, de la gestion de l'eau, du bruit ambiant, des radiations ionisantes, de l'amiante et de la sécurité alimentaire, ainsi que sur les structures institutionnelles chargées de la bonne mise en œuvre de la législation sur l'environnement. Il a également demandé des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique, la contamination de l'eau potable et les intoxications alimentaires pendant la période de référence, afin d'évaluer si la tendance est à l'augmentation ou à la baisse (Conclusions 2013).

Le Comité prend note, dans le rapport, des règlements et mesures adoptés en matière de sécurité alimentaire et d'évaluation de la qualité de l'air. Le rapport fournit des informations précises sur les principaux polluants atmosphériques et indique que l'air, évalué en termes des indicateurs globaux de dioxyde de soufre (SO2) est de bonne qualité, sauf dans la zone urbaine de Pljevlja où, durant la période de référence, des écarts ont été enregistrés par rapport aux normes fixées pour la qualité de l'air. Les concentrations élevées de particules fines (PM 10 et PM 2.5) sont les principales responsables de la mauvaise qualité de l'air. Des concentrations élevées ont été enregistrées quotidiennement à Pljevlja, Nikšić et Podgorica. Le Comité demande à être tenu informé de toutes les autres mesures qui pourraient être arrêtées afin de réduire la pollution atmosphérique dans les zones problématiques.

Le Comité renouvelle sa demande d'information sur la contamination de l'eau potable et la gestion de l'eau, la gestion des déchets, le bruit environnemental, les radiations ionisantes et l'amiante. Le Comité souligne que, dans l'hypothèse où le prochain rapport ne fournirait pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que la législation antitabac s'applique dans certains lieux publics comme les institutions de soins de santé, les établissements éducatifs, les universités et les institutions gouvernementales. Cependant, les bars, les restaurants, les pubs, les transports publics ou les bureaux ne sont pas soumis à la législation antitabac. Le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur l'état des lois concernant les environnements sans tabac, les mises en garde sanitaires figurant sur les paquets de tabac, ainsi que la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac (Conclusions 2013.

Le rapport indique que conformément à la loi relative à la limitation de la consommation des produits tabagiques, des mesures ont été prises en relation avec les marques et les avertissements sur les emballages, l'interdiction de la vente de produits tabagiques aux mineurs, la réglementation de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac. Le Comité relève dans le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2017) que les bureaux et les lieux de travail fermés, les restaurants, les cafés, les pubs et les bars, ainsi que les transports publics ne sont pas soumis à la législation antitabac.

S'agissant du tabagisme, le Comité rappelle que les mesures antitabac sont particulièrement pertinentes du point de vue de la conformité avec l'article 11, étant donné que le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans les pays développés. Pour être efficace, toute politique de prévention doit restreindre l'offre de tabac par une réglementation de la

production, de la distribution, de la publicité et des prix (Conclusions XVII-2 (2005), Malte). Doivent notamment être prévues l'interdiction de vendre du tabac aux jeunes (Conclusions XVII-2, Portugal), l'interdiction de fumer dans les lieux publics (Conclusions 2012, Andorre), y compris les transports, et l'interdiction de la publicité par voie d'affichage et dans la presse écrite (Conclusions XV-2 (2001), Grèce). Le Comité apprécie l'efficacité de ces mesures à la lumière des statistiques de la consommation de tabac.

Le Comité relève dans la Fiche d'information sur la lutte contre le tabagisme en Europe de l'OMS que la prévalence des fumeurs était de 31,0 % chez les adultes (20 ans et plus) en 2012 (hommes : 35,0 % ; femmes : 27,0 %). Il demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'évolution de la consommation des produits tabagiques (chez les adultes et les jeunes). Entre-temps, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte, au motif que les les mesures prises pour assurer des environnements sans tabac dans les lieux publics sont insuffisantes.

Le Comité a précédemment demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les politiques relatives à la consommation d'alcool (en particulier à partir de quel âge l'achat de boissons alcoolisées est autorisée) et de drogue (Conclusions 2013). Le rapport indique que la loi sur le tourisme (Journal Officiel du Monténégro, n° 61/10) interdit la vente d'alcool aux mineurs et qu'en vertu de l'article 104, *« l'entreprise, la personne morale ou l'entrepreneur privé n'a pas le droit de servir des boissons alcoolisées aux mineurs (moins de 18 ans) et a l'obligation d'apposer une affiche à l'intérieur de l'établissement, de manière à être immédiatement visible »*. Le rapport indique que, d'après les estimations de l'OMS, la consommation d'alcool est de 13,02 l par habitant et par an au Monténégro, dont 4,7 l d'alcool illicite ou produit par le secteur informel. Le Comité prend note, dans le rapport, des données sur la consommation d'alcool chez les jeunes révélés par l'enquête ESPAD 2015 de l'Institut de la santé publique. Le Monténégro a adopté la Stratégie nationale de prévention de la consommation nocive d'alcool et des troubles liés à l'alcool pour 2013-2020, qui fixe les objectifs de la lutte contre l'alcoolisme. Le Plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie en 2015-2016 définit les activités liées à la création et à l'activité régulière du Conseil national de coordination pour l'alcool, qui sera composé de représentants des organisations gouvernementales pertinentes. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'impact de la Stratégie et du plan d'action, en particulier chez les jeunes.

Le rapport indique en outre qu'en vertu de la loi sur les médicaments, les psychotropes / traitements de substitution sont délivrés uniquement sur ordonnance. Le Monténégro a adopté un document stratégique sur la consommation rationnelle des médicaments. Le Comité prend note des mesures prises en vue de réduire la consommation d'alcool ; il demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les mesures prises pour réduire la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que sur les tendances observées dans l'évolution de la consommation d'alcool.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité a précédemment demandé que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les taux de couverture de la vaccination (Conclusions 2013). Le rapport indique que le taux de couverture de la vaccination obligatoire des enfants contre les maladies infectieuses en 2015 était de 64 % (vaccin MMR1 – rougeole, rubéole et oreillons) à 88,4 % (BCG), le taux de couverture de la revaccination allant de 70,6 % (polio en deuxième année) à 95,6 % (DT et polio avant l'entrée en première année de l'école primaire). Les taux de couverture pour les autres vaccins sont les suivants : DT AP (diphtérie, tétanos et coqueluche acellulaire), HIB (*Haemophilus influenzae* de type B) et Polio 3 : 89,2 %, hépatite B : 81,6 %. Le rapport indique également que le taux d'incidence de la tuberculose était de 12,1 pour 100 000 habitants en 2015 (contre 19,1 en 2009) et l'incidence des nouvelles infections par le VIH/sida de 3,06 pour 100 000 habitants.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les taux de couverture de la vaccination.

Accidents

Le Comité a précédemment demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures ou initiatives prises pour prévenir les accidents, ainsi que sur les tendances en la matière (Conclusions 2013). Le rapport informe de l'adoption d'une Stratégie pour améliorer la sécurité routière en 2010-2019, qui établit des mesures et des activités en vue de réaliser des actions et des campagnes de prévention, de renforcer le niveau de sensibilisation et de faire baisser le nombre d'accidents de la route.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 11§3, les États parties sont tenus de prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principaux accidents couverts sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents à l'école et les accidents pendant les loisirs, y compris ceux causés par des animaux. Le Comité demande des informations sur la mise en œuvre et l'impact des stratégies susmentionnées pour réduire le nombre d'accidents et les tendances en la matière.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour assurer des environnements sans tabac dans les lieux publics sont insuffisantes.

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 du Monténégro.

Pour ce qui concerne les **prestations familiales** et les **prestations de maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives aux articles 16 et 8§1 respectivement (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses précédentes conclusions pour une description du système monténégrin de sécurité sociale. Il constate que ledit système continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail/maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants) et repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (employeurs, salariés) et par le budget de l'Etat.

Le Comité rappelle que l'article 12§1 de la Charte garantit le droit à la sécurité sociale à tous les travailleurs et leurs ayants droit, y compris les travailleurs indépendants, et que les Etats doivent y veiller en se dotant d'un régime de sécurité sociale qui soit établi par la loi et fonctionne dans les faits. Le régime des soins de santé ne doit pas couvrir seulement les personnes engagées dans une relation de travail et doit bénéficier à un pourcentage significatif de la population. De plus, le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population active pour ce qui est des prestations versées en remplacement des revenus – prestations de maladie, de maternité et de chômage, et prestations versées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, par exemple.

Le Comité a précédemment noté que le régime des **soins de santé** était obligatoire et couvrait les salariés, les travailleurs indépendants, les agriculteurs, les bénéficiaires de l'assistance sociale, les titulaires de pensions dans les conditions fixées par la réglementation relative à l'assurance pension et invalidité, les prêtres et employés de l'Eglise, les chômeurs inscrits et les prisonniers, ainsi que les membres de leur famille. En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), le rapport précise que l'assuré participe aux coûts des services de santé à hauteur de 20 %. D'après le rapport, cette participation est minime et sert exclusivement à couvrir les frais administratifs liés auxdits services. Le Comité note que le régime obligatoire d'assurance de soins de santé ne couvre pas seulement les personnes engagées dans une relation de travail, mais aussi les membres de la famille de l'assuré qui sont à sa charge, faute de pouvoir vivre et travailler de manière indépendante ; il comprend, à la lecture des informations disponibles, qu'une proportion significative de la population semble ainsi protégée par cette assurance. Le rapport ne fournissant toutefois par les informations requises, il demande à nouveau que le prochain rapport donne des précisions sur le pourcentage d'assurés sur l'ensemble de la population.

Afin de pouvoir apprécier la couverture de la population, le Comité a précédemment demandé des données actualisées, pour chaque branche de la sécurité sociale, sur le pourcentage de personnes assurées par rapport à la population active totale, précisant qu'en l'absence de ces informations, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à la Charte. Il note à cet égard que, selon l'Office monténégrin des statistiques, la population active s'établissait à 267 600 personnes fin 2015 (dont 219 800 salariés et 47 800 chômeurs), pour une population totale estimée à 622 218 habitants. Le rapport indique qu'en juillet 2016 (hors période de référence), 185 659 personnes étaient couvertes contre les risques de **maladie**, soit 69,3 % de la population active. D'après la base de données Missceo, le régime d'assurance maladie couvre les salariés, les fonctionnaires, les civils effectuant leur service militaire ou travaillant dans des unités et institutions militaires, les personnes exerçant des fonctions électives, les chefs d'entreprise et les travailleurs indépendants. Il englobe également l'incapacité de travail à court terme consécutive à un

accident du travail ou une maladie professionnelle des salariés, travailleurs indépendants et agriculteurs, ainsi que des personnes qui suivent une formation, accomplissent un travail obligatoire ou participent à des opérations de secours ou de défense. L'incapacité de longue durée (avec une perte de la capacité de travail au moins égale à 75 %) relève quant à elle du régime d'assurance pension (**vieillesse**) et **invalidité**, quelle qu'en soit la cause. Des prestations de **survivants** sont également servies par le même régime d'assurance. Le rapport indique qu'en juillet 2016 (hors période de référence), 124 487 personnes percevaient une pension de vieillesse et d'invalidité, mais ne précise pas le nombre d'assurés. Les salariés et les travailleurs indépendants sont obligatoirement affiliés à un régime d'assurance contre le **chômage** et, selon le rapport, 6 521 personnes recevaient des prestations à ce titre fin 2015. Toutefois, en l'absence des données requises concernant le pourcentage de la population active couverte, le Comité n'est pas en mesure de déterminer si ce champ d'application personnel est suffisant. Il demande que le prochain rapport donne des informations à jour sur la population totale, la population active, le nombre de personnes assurées pour les soins de santé, la maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la vieillesse, l'invalidité, le décès ainsi que le chômage. Dans l'attente, il considère qu'il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale en place couvrent un pourcentage significatif de la population.

Caractère suffisant des prestations

En l'absence d'indicateur Eurostat sur le revenu médian ajusté, le Comité relève dans les statistiques officielles que le seuil national de pauvreté absolue était fixé à 186,45 € par mois en 2013. Le rapport indique qu'au regard du code du travail, le salaire minimum ne peut être inférieur à 30 % du salaire moyen perçu au cours des six derniers mois. En 2013, le salaire minimum s'établissait à 193 €. En 2015, selon le rapport, le salaire moyen net était de 489 €. Au vu des informations fournies, le Comité comprend que le salaire minimum ne peut être inférieur à 342 €, mais aucune information n'est disponible quant au seuil de pauvreté à cette date.

Concernant les indemnités de **maladie**, le Comité a précédemment noté que le montant des prestations correspondait à 70 % de l'assiette de calcul (salaire moyen perçu par la personne concernée au cours des trois mois précédant la survenue de l'incapacité temporaire de travail) et à 100 % en cas d'**accident du travail ou de maladie professionnelle**. Selon la base de données Missceo, ces prestations sont servies au maximum pendant dix mois en cas d'incapacité de travail ininterrompue et pendant douze mois s'il y a eu des interruptions. Au vu des informations disponibles concernant le seuil de pauvreté et le salaire minimum en 2013, le Comité considère que le niveau des prestations servies en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle était suffisant, mais que le niveau des indemnités de maladie, calculé sur la base de 70 % du salaire minimum, était largement inférieur au seuil de pauvreté et donc insuffisant.

Le Comité note dans la base de données Missceo que peuvent prétendre aux prestations de **chômage** les personnes âgées de 15 à 67 ans qui sont inscrites auprès de l'agence pour l'emploi, sont aptes au travail et sont activement à la recherche d'un emploi, dès lors qu'elles ont été assurées au moins douze mois au cours des dix-huit derniers mois. Le rapport confirme que les prestations en espèces cessent d'être dues si le demandeur d'emploi refuse de participer à une mesure d'activation ou refuse une offre d'emploi convenable là où il réside. Conformément à la loi relative à l'emploi, une offre d'emploi est réputée convenable si elle correspond au type et niveau de formation de l'intéressé et/ou à son emploi précédent. Le Comité demande que le prochain rapport indique quelles voies de recours juridiques permettent de contester une décision tendant à suspendre le droit aux indemnités de chômage. Le Comité a précédemment estimé que la durée de service de ces prestations était trop brève et que leur niveau n'était pas suffisant. Il note que la situation n'a pas évolué sur ce point : un assuré qui a cotisé moins de dix ans ne peut obtenir des indemnités de chômage que pendant trois à quatre mois, jusqu'à une durée maximale de douze mois s'il

compte plus de 25 années de cotisation (d'ultérieures prolongations étant possibles dans certains cas). Le niveau des prestations, fixé à 40 % du salaire minimum, s'établissait, selon le rapport, à 77 € net et 96 € brut, sauf pour les travailleurs handicapés, pour lesquels les prestations sont calculées, depuis 2014, sur la base du montant le plus faible de la pension d'invalidité (121,92 € en 2016, hors période de référence). La situation n'ayant pas changé en ce qui concerne le niveau des indemnités de chômage et leur durée de service, le Comité conclut une nouvelle fois que le niveau des prestations est manifestement inférieur au seuil de pauvreté et la durée de service trop brève pour une personne ayant cotisé moins de dix ans.

En ce qui concerne les pensions de **vieillesse** – dont le niveau avait précédemment été considéré insuffisant (Conclusions 2013) – le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 23, dans laquelle il a constaté que le niveau restait insuffisant.

S'agissant des pensions d'**invalidité**, le Comité relève d'après le rapport que le montant minimum de la pension en cas de perte totale de la capacité de travail était de 100,40 € en 2012, 2013, 2014 et 2015. Ce montant étant inférieur au seuil de pauvreté, le Comité maintient que le niveau minimum des pensions d'invalidité est insuffisant.

Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations complètes et à jour sur le seuil national de pauvreté absolue, le salaire minimum et les montants minima des prestations versées en remplacement des revenus (maladie, accident du travail et maladie professionnelle, chômage, vieillesse et invalidité). Les informations statistiques requises devront concerner la période de référence prise en compte pour la prochaine appréciation.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population ;
- le niveau des indemnités de maladie est insuffisant ;
- le niveau des prestations de chômage est insuffisant ;
- la durée de service des prestations de chômage pour les personnes ayant cotisé moins de dix ans est trop brève ;
- 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 du Monténégro.

Le Comité note que le Monténégro n'a pas ratifié le Code européen de sécurité sociale. Par conséquent, faute de pouvoir prendre en considération d'autres sources, telles que les résolutions du Comité des Ministres sur l'application du Code, il lui faut faire sa propre évaluation en se fondant sur les informations fournies dans le rapport.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum), soit au moins six des neufs parties du Code, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux et la vieillesse pour trois).

Le Comité note que le Monténégro a ratifié la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum) et en a accepté les parties II à VI, VIII et X, qui concernent respectivement les soins médicaux, les indemnités de maladie, les prestations de chômage, les prestations de vieillesse, les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les prestations de maternité et les prestations de survivants. La partie VI ne lui est plus applicable du fait de sa ratification de la Convention de l'OIT n° 121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le Comité rappelle qu'afin de pouvoir déterminer si le système de sécurité sociale est maintenu à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code, il lui faut apprécier les informations relatives aux branches couvertes, au champ d'application personnel et au niveau des prestations versées.

Le Comité renvoie à son appréciation relative à l'article 12§1 qui considère que le système de sécurité sociale monténégrin continue de couvrir les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail/maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Il se réfère à sa conclusion de non-conformité relative à l'Article 12§1 disant qu'il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population, ainsi qu'à sa demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour dans ce contexte.

Le Comité se renvoie également à son appréciation relative à l'Article 12§1 qui considère que le niveau des indemnités de maladie et de chômage ainsi que le niveau minimum des pensions d'invalidité sont insuffisants, et il se réfère à sa demande relative à l'Article 12§1 que le prochain rapport fournisse des informations complètes et à jour sur le seuil national de pauvreté absolue, le salaire minimum et les montants minima des prestations versées en remplacement des revenus. En ce qui concerne les pensions de vieillesse – dont le niveau avait précédemment été considéré insuffisant (Conclusions 2013) – le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 23 dans laquelle il constate que le niveau reste insuffisant.

Le Comité prend note des informations fournies à la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT (CEACR) concernant l'application de la Convention 102, et la réponse à la Demande directe de la CEACR publiée en 2013. Il prend note de ces informations que le calcul de la pension de vieillesse indique le taux de remplacement à 40.75 %, ce qui paraît conforme au Code, et il souhaite recevoir la confirmation à l'égard de ces chiffres, ainsi que des données actualisées dans le prochain rapport. Le Comité note que le Rapport 2017 de la CEACR ne mentionne aucune observation ni demande directe à l'intention du Gouvernement concernant les Conventions n^{os} 102 et 121.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 du Monténégro.

Le Comité renvoie à ses précédentes conclusions pour une description du système monténégrin de sécurité sociale. Pour ce qui concerne les prestations familiales et les prestations de maternité, il renvoie à ses conclusions relatives aux articles 16 et 8§1 respectivement. S'agissant des autres branches de la sécurité sociale, le rapport ne donne pas d'information sur les améliorations intervenues durant la période de référence.

Le rapport indique au contraire que la revalorisation des pensions (vieillesse et invalidité) a été suspendue durant toute la période de référence, et n'a été reprise qu'en 2016, hors de ladite période. Le Comité rappelle qu'une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3 et dépend de la nature des modifications, des raisons avancées pour les justifier dans le cadre de la politique sociale et économique dans lequel elles s'inscrivent, de leur importance, de l'existence de mesures d'assistance sociale pour ceux qui se trouvent dans le besoin du fait de ces modifications et des résultats obtenus par les modifications. Même si des mesures restrictives prises isolément sont conformes à la Charte, leur effet cumulé peut être de nature à entraîner une dégradation significative du niveau de vie et des conditions de vie de certains groupes de la population, ce qui ne serait pas conforme à l'article 12§3 de la Charte. Ainsi, les mesures visant à consolider les finances publiques peuvent être considérées comme un moyen de contribuer à la sauvegarde et à la pérennité du système de sécurité sociale. Toutefois, aucune évolution ne doit porter atteinte à la protection sociale effective de tous les membres de la société contre les risques sociaux et économiques, ni faire du système de sécurité sociale un simple dispositif d'assistance minimale (Réclamation n° 76/2012, Fédération des pensionnés IKA –ETAM *c.* Grèce, décision du 7 décembre 2012).

Tout en prenant note du fait que, selon le rapport, la suspension de la revalorisation des pensions (vieillesse et invalidité) s'était avérée nécessaire en raison de la mauvaise conjoncture économique, le Comité constate que le rapport n'explique pas quelles mesures concrètes ont été prises pour éviter une dégradation significative du niveau de vie et des conditions de vie de certains groupes de la population, ni quel en a été l'impact. Il ne précise pas notamment si, et à quel point, l'adoption en 2013 d'une nouvelle loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance, régissant l'aide sociale apportée aux catégories vulnérables de la population, a contribué à atténuer l'incidence du gel des pensions (vieillesse et invalidité). Sur la base des critères susmentionnés concernant les restrictions apportées au droit à la sécurité sociale, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à l'article 12 §3 au motif que, durant la période de référence, aucune mesure n'a été prise pour porter le système de sécurité sociale à un plus haut niveau. A cet égard, le Comité relève également dans les Observations finales 2014 concernant le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels que le Comité des Nations Unies s'est dit « *préoccupé par l'insuffisance des moyens dont disposent les institutions de l'Etat pour appliquer efficacement la loi [relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance] ». Il a également noté « avec préoccupation que les prestations d'assistance sociale, y compris pour les chômeurs, les personnes âgées et les personnes handicapées, [étaient] insuffisantes pour permettre aux bénéficiaires et aux membres de leur famille d'avoir un niveau de vie décent » et qu'un « pourcentage croissant de la population [vivait] en-dessous du seuil de pauvreté absolue* ».

Le rapport fait état d'autres mesures dont l'impact sur le champ d'application personnel et le niveau des prestations ne semble pas clair. Le Comité note en particulier l'adoption, en juin 2015, de réformes structurelles du système de santé monténégrin et d'un plan d'action pour leur mise en œuvre sur la période 2015-2017. Il demande que le prochain rapport donne des informations sur les modifications apportées au système de sécurité sociale, en précisant l'effet qu'elles ont eues sur le champ d'application personnel du système et le niveau

minimum des prestations servies en remplacement des revenus. Ces informations doivent figurer automatiquement sous la rubrique des changements intervenus durant la période de référence, afin que le Comité puisse apprécier la conformité de la situation au regard de l'article 12§3. Le Comité rappelle à cet égard que l'article 12§3 exige des Etats parties qu'ils améliorent leur système de sécurité sociale, par exemple en élargissant les régimes, en offrant une protection contre de nouveaux risques ou en relevant le niveau des prestations. Les améliorations devraient porter progressivement le régime de sécurité sociale du pays concerné au-dessus du niveau résultant de la Convention internationale du travail n° 102 (Observation interprétative de l'article 12§3, Conclusions III (1973)).

Le rapport mentionne en outre des textes entrés en vigueur hors période de référence, comme la nouvelle loi relative aux soins de santé (Journal officiel du Monténégro n° 3/16 et 39/16) et la loi sur l'assurance maladie (Journal officiel du Monténégro n° 6/16). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre et l'impact de ces textes.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 12§3 de la Charte au motif que, durant la période de référence, aucune mesure n'a été prise pour porter le système de sécurité sociale à un plus haut niveau.

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 du Monténégro.

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, soit par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux, soit par le biais de mesures unilatérales.

S'agissant des accords conclus avec les autres États parties, le rapport ne fournit aucune information.

S'agissant des mesures unilatérales prises par Monténégro, le Comité observe que les ressortissants étrangers et les apatrides ont, conformément aux termes de l'article 9 de la loi relative à l'assurance pension et invalidité, accès au régime d'assurance pension et invalidité dans les mêmes conditions que les citoyens monténégrins. Le Comité relève dans le rapport que les ressortissants étrangers résidant légalement sur le territoire du Monténégro, qu'ils soient titulaires d'un titre de séjour permanent ou temporaire, bénéficient des droits conférés par la loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance, dans les mêmes conditions que les nationaux, et ce conformément à l'article 5 de ladite loi. Il note, d'après le rapport de 2016 du Réseau européen des experts juridiques en matière d'égalité des genres et de non-discrimination sur le Monténégro, la nouvelle loi relative aux étrangers adoptée par le Monténégro en 2014 a posé les conditions permettant, entre autres, aux ressortissants étrangers titulaires d'un titre de séjour temporaire ou permanent, aux réfugiés et aux apatrides de pouvoir jouir des mêmes droits que les citoyens monténégrins, à l'exclusion du droit de vote. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations complémentaires sur l'impact de cette nouvelle loi.

Le Comité note cependant, d'après la base de données MISSCEO, que le versement des prestations de chômage est accordé aux seuls ressortissants monténégrins. Le Comité demande que le prochain rapport confirme que le versement des prestations de chômage est subordonnée à une condition de nationalité.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 (Conclusions XVIII-1 (2006), Chypre).

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé s'il existait au Monténégro une « condition de résidence de l'enfant » et, dans l'affirmative, si des accords bilatéraux ou multilatéraux ont été conclus avec les États qui appliquent un principe différent. Le rapport indique que le Monténégro applique une « condition de résidence de l'enfant » et que les accords bilatéraux conclus en matière de sécurité sociale couvrent, entre autres, l'accès aux prestations familiales. Il ne donne toutefois aucune précision sur l'existence d'accords de cette nature qui auraient été passés avec les États appliquant un principe différent, de sorte que le Comité réitère ses questions.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle que les prestations d'invalidité, de vieillesse ou de survivants, d'accident du travail ou de maladie professionnelle acquise au titre de la législation d'un État et dans

les conditions d'octroi fixées par cette législation sont maintenues même dans l'hypothèse où le bénéficiaire se déplace entre les territoires. En ce qui concerne la conservation des avantages acquis (exportabilité), les obligations contractées par les États parties doivent être remplies indépendamment de tout autre accord multilatéral éventuellement applicable en matière de sécurité sociale. Cela signifie que les États peuvent choisir entre un accord bilatéral ou toute autre mesure, qu'elle soit unilatérale, législative ou administrative.

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), demandé si le droit au maintien des avantages acquis au Monténégro par des ressortissants d'États parties non liés par un accord bilatéral avec ce pays est garanti et, dans l'affirmative, dans quelles conditions. Il a également demandé, outre des informations sur les accords envisagés, pourquoi aucun accord n'avait été passé avec certains États parties.

Selon le rapport, le Monténégro est lié par des accords bilatéraux de sécurité sociale avec 23 États parties à la Charte. Le rapport ajoute que le Monténégro a, au cours de la période de référence, conclu des accords de ce type avec la Roumanie et la République slovaque, et entamé des négociations avec l'Albanie, la Grèce et l'Ukraine.

Le rapport ne répondant pas aux questions posées par le Comité, il les réitère ; il demande également que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur les États parties liés au Monténégro par des accord bilatéraux de sécurité sociale ainsi que sur les principes inscrits dans ces accords.

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

Le Comité rappelle que le fait d'aller travailler dans un autre pays où n'ont pas été acquises les périodes d'emploi ou d'assurance exigées par la législation nationale pour avoir droit à certaines prestations ne saurait entraîner un traitement moins favorable. Cela exige, au besoin, de procéder à la totalisation des périodes d'emploi ou d'assurance effectuées sur le territoire d'un autre État partie et, pour les prestations de longue durée, l'application du principe de *prorata* pour l'admission au bénéfice, le calcul et le versement de ces prestations.

Les États parties ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : conventions multilatérales, accords bilatéraux ou mesures unilatérales, législatives ou administratives. Les États parties qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait des efforts suffisants pour garantir la conservation des droits en cours d'acquisition.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé si et comment le droit à la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi était garanti aux ressortissants des États parties non liés par un accord bilatéral avec le Monténégro. Il a également demandé, outre des informations sur les accords envisagés, pourquoi aucun accord n'avait été conclu avec certains États parties. Le rapport indique que le droit à la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi est garanti par l'application des accords bilatéraux de sécurité sociale. Le Comité en conclut qu'un tel droit n'est pas assuré aux ressortissants des États parties non liés par de tels accords. Il demande que le prochain rapport confirme cette compréhension.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 du Monténégro.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité prend note des réformes mises en œuvre après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance en juin 2013, qui a créé une base pour la décentralisation de la protection sociale et de la protection de l'enfance**.**

D'après le rapport, la loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance couvre toutes les catégories de personnes qui ont besoin d'assistance, que ce soit des enfants, des personnes handicapées ou des personnes âgées. Le Comité relève à cet égard dans la base de données du MISSCEO que le bénéficiaire des prestations peut être une famille ou le membre d'une famille se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- personne dans l'incapacité de travailler ;
- parent ayant un enfant à charge ou exerçant un droit parental prolongé, conformément à la loi régissant les relations familiales ;
- personne ayant achevé sa scolarité dans le cadre d'un programme d'éducation adapté avec une assistance spécialisée ou d'un programme éducatif spécial ;
- personne de plus de 18 ans scolarisée dans l'enseignement secondaire jusqu'à expiration de la limite fixée pour ce cycle d'enseignement.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quelles étaient plus précisément les catégories de personnes admises au bénéfice d'une assistance sociale en vertu de la loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance. En particulier, il a demandé si une assistance était disponible pour les personnes qui n'entraient pas dans les catégories susmentionnées.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13, le système d'assistance sociale doit être universel, c.-à-d. que toute personne doit pouvoir obtenir des prestations au seul motif qu'elle est en situation de besoin. Le texte de l'article 13§1 indique clairement que ce droit à l'assistance sociale constitue un droit individuel d'accès à l'assistance sociale dès lors que l'une des conditions premières pour en bénéficier est remplie, ce qui est le cas lorsque l'intéressé n'a pas d'autre moyen de se procurer un revenu minimum conforme à la dignité humaine. Cela n'empêche pas que des prestations spécifiques soient prévues pour les catégories vulnérables de la population, pourvu que les personnes n'appartenant pas à ces catégories aient droit à une assistance appropriée dès lors qu'elles en ont besoin. Le Comité considère que l'assistance sociale n'est pas octroyée en tant que droit subjectif reconnu à tout individu, qu'il soit en mesure ou non de travailler ou qu'il appartienne ou non à une catégorie vulnérable, au seul motif qu'il se trouve sans ressources et ne peut subvenir à ses besoins par d'autres moyens. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si le refus injustifié d'une offre d'emploi ou de formation pouvait entraîner la suppression totale des moyens de subsistance de la personne. D'après le rapport, le refus injustifié d'une offre d'emploi ou de formation peut entraîner la déchéance des droits. Selon la base de données du MISSCEO, est admise au bénéfice de prestations familiales en espèces la personne qui n'a pas refusé d'offre d'emploi ou de formation professionnelle, de formation de reconversion ou de formation complémentaire, conformément à la loi**.** Le Comité demande une nouvelle fois si la suppression de l'assistance sociale pour refus d'une offre d'emploi peut revenir à priver l'intéressé de tout moyen de subsistance.

Le Comité prend note de la baisse du nombre de bénéficiaires d'aides financières. Il constate qu'en 2016, 8 077 familles ont exercé leur droit à l'assistance sociale, pour un montant total de 751 915 €, contre 14 747 familles en 2013, pour un montant total de 1,34

millions d'euros. Le Comité demande que le prochain rapport explique les raisons d'une telle baisse.

Le Comité relève dans la base de données du MISSCEO que les bénéficiaires de prestations d'assistance sociale en espèces ont accès aux soins de santé.

Niveau des prestations

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que le montant des prestations d'assistance sociale servies à une personne seule et sans ressources était manifestement insuffisant. Le Comité relève dans le rapport que le montant des prestations servies aux personnes seules et aux familles ne dépend pas de leurs besoins, mais des capacités budgétaires de l'État. Or, une hausse des prestations versées aux personnes seules entraînerait une hausse des prestations versées aux familles. Le rapport souligne que les salaires perçus dans le secteur public ou privé ne sont pas calculés en fonction des besoins du travailleur, mais en fonction des recettes de l'employeur.

Le Comité rappelle que l'article 13 rompt avec la notion traditionnelle de l'assistance, qui se confondait avec le devoir moral de charité. Il ne s'agit plus pour les Parties contractantes d'une simple faculté d'accorder l'assistance dont elles pourraient faire usage de manière discrétionnaire, mais d'une obligation dont le respect peut être réclamé devant les tribunaux.

Le Comité tient compte, pour apprécier le niveau de l'assistance sociale au cours de la période de référence, des éléments suivants :

- Prestations de base : le Comité relève dans la base de données du MISSCEO que le montant des prestations en espèces servies à une famille d'une personne était de 63,50 € par mois en 2013.
- Prestations complémentaires : dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé quel était le montant des prestations complémentaires que pouvaient obtenir les personnes sans ressources. Le rapport précise que les bénéficiaires de l'assistance sociale peuvent aussi prétendre à d'autres types de prestations, telles que, notamment, des aides financières exceptionnelles, des soins et une assistance en cas de maladie, des avantages dans les transports et des aides pour les dépenses d'électricité et de logement. D'après le rapport, les bénéficiaires peuvent également percevoir d'autres prestations, selon leur situation, en provenance de l'État, des collectivités locales, des entreprises, du secteur non-gouvernemental, d'organisations religieuses et d'autres sources. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le montant moyen des prestations supplémentaires versées à une personne seule bénéficiaire de l'assistance sociale.
- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat) : en l'absence de cet indicateur, le Comité se base sur le seuil national de pauvreté. Il relève dans une source de données statistiques officielles que le seuil de pauvreté national s'élevait à 186,45 € en 2013.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que le niveau de l'assistance sociale était manifestement insuffisant. Il constate que le rapport n'indique toujours pas quel est le montant moyen de toutes les prestations complémentaires dont peut bénéficier une personne seule sans ressources, en sus des prestations d'assistance sociale.

Le Comité considère que le niveau de l'assistance sociale est manifestement insuffisant, au motif que le montant total des aides pouvant être obtenues (63,50 €) est inférieur au seuil de pauvreté.

Droit de recours et assistance judiciaire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le prochain rapport confirme l'existence d'une aide juridique pour les personnes sans ressources qui contestent une décision relative à leur droit à l'assistance sociale et médicale.

D'après le rapport, dans le système de protection sociale et de protection de l'enfance, aucun frais n'est demandé pour déposer un recours dans le cadre d'une procédure de deuxième instance. Les services de conseil relevant de la compétence des centres d'action sociale sont gratuits pour les personnes sans ressources. De plus, en application de la loi relative à l'aide juridique gratuite, les bénéficiaires d'une assistance financière ont accès à l'aide juridique gratuite proposée par les tribunaux.

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 leur 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 ;
- une assistance sociale et médicale d'urgence aux ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'autres États parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le prochain rapport précise quels types d'assistance sociale et médicale étaient accessibles, et dans quelle mesure, aux ressortissants étrangers, en particulier aux ressortissants d'États parties ayant le statut de résident au Monténégro. Il a demandé si, au-delà de l'aide d'urgence, ces personnes avaient aussi accès à une assistance médicale sur un pied d'égalité avec les nationaux.

En réponse, le Comité relève dans le rapport qu'aux termes de la loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance, tout étranger titulaire d'un titre de séjour permanent ou temporaire au Monténégro jouit des mêmes droits que les nationaux.

Le rapport ajoute qu'en vertu de la loi relative à l'assurance sociale, l'assurance maladie couvre les étrangers travaillant pour des personnes morales de droit privé ou public au Monténégro sur la base de contrats et d'accords spécifiques d'assistance technique internationale ainsi que les étrangers employés par des organisations et des institutions internationales ou d'autres organismes étrangers de droit privé..

Le Comité comprend que les ressortissants des autres États parties qui résident légalement ou travaillent régulièrement au Monténégro bénéficient d'une assistance sociale et médicale sur un pied d'égalité avec les nationaux. Il demande que le prochain rapport confirme qu'il en est bien ainsi.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

En ce qui concerne l'assistance médicale d'urgence, dans sa précédente conclusion relative à l'article 13§4 (Conclusions 2015), le Comité a considéré que la situation était conforme

aux prescriptions de cette disposition. Le Comité relève dans le rapport qu'en vertu de l'article 12 de la loi relative aux soins médicaux, les étrangers ont accès aux soins de santé conformément à cette loi et aux accords internationaux. Les établissements médicaux et les professionnels de santé sont tenus de fournir aux étrangers une assistance médicale d'urgence. Le coût de l'assistance médicale d'urgence et des autres soins prodigués est facturé aux étrangers selon la tarification de l'établissement médical**.** Le Comité demande si les personnes sans ressources sont dispensées de ces frais.

S'agissant de l'assistance sociale d'urgence, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a pris note du cadre juridique applicable aux ressortissants étrangers en situation irrégulière. La situation des ressortissants étrangers illégalement présents sur le territoire national et tenus de quitter le pays est régie par la loi n° 56/2014 relative aux étrangers, qui dispose qu'ils doivent être placés, dans l'attente de leur expulsion, dans un « foyer pour étrangers », et ce pour une durée maximale de 90 jours (des exceptions étant prévues par les articles 104 et 106). Les autorités peuvent réclamer le remboursement des frais engagés à cette occasion (article 115).

Le Comité relève dans le rapport qu'en ce qui concerne l'assistance sociale d'urgence octroyée aux personnes se trouvant en situation irrégulière sur le territoire, même si la loi ne leur reconnaît pas expressément un droit à la protection sociale, les centres d'action sociale peuvent leur fournir des conseils ainsi qu'une aide financière. Une assistance peut aussi être accordée dans le cadre de la protection des mineurs, des personnes handicapées ou des personnes âgées. Afin d'offrir une assistance à ces personnes, les centres d'action sociale coopèrent avec les autorités en charge de la santé, des affaires intérieures, de la police et, le cas échéant, d'autres organismes.

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique respectent ces prescriptions.

Conclusion

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

- l'assistance sociale n'est pas octroyée en tant que droit subjectif reconnu à toute personne se trouvant sans ressources ;
- le niveau de l'assistance sociale est manifestement insuffisant.

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 du Monténégro.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé confirmation que les bénéficiaires d'une assistance sociale et médicale ne subissaient aucune restriction de leurs droits politiques ou sociaux.

Le rapport indique en réponse que tous les citoyens exercent leurs droits sociaux et civils dans des conditions d'égalité indépendamment de leur identité de genre, de leur affiliation politique, de leur race, de leur couleur, de leur handicap ou de toute autre caractéristique.

L'article 7 de la nouvelle loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance interdit la discrimination des bénéficiaires à raison de la race, du genre, de l'âge, de l'origine sociale, de l'orientation sexuelle, de la religion, de l'affiliation politique, syndicale ou autre, du patrimoine, de la culture, de la langue, du handicap, de l'appartenance à un groupe social particulier ou d'une autre caractéristique.

Le Comité demande si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques ou sociaux sont interprétées en pratique de manière à éviter toute discrimination à l'encontre des bénéficiaires d'une assistance sociale ou médicale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Monténégro 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 du Monténégro.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations exhaustives sur les services de conseil et d'aide personnelle aux personnes sans revenus, visant à prévenir, à abolir ou à alléger l'état de besoin d'ordre personnel ou familial.

D'après le rapport, des services de conseil dépendant des centres d'action sociale fournissent des services gratuits aux personnes en situation de besoin concernant leurs droits. Les services de conseil sont accessibles aux ressortissants étrangers sans ressources qui ont le statut de résident temporaire ou permanent.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne exclusivement les services sociaux de conseil et d'aide personnelle destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Par conséquent, l'article 13§3 est une disposition spéciale, plus précise que l'article 14§1, qui concerne les services de protection sociale en général.

Le Comité répète que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la manière dont ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Monténégro 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 du Monténégro.

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

Dans ses Conclusions 2015 relatives à l'article 13§4, le Comité a considéré qu'il n'était pas établi qu'une assistance sociale d'urgence était garantie à tous les ressortissants étrangers non-résidents. Il relève dans le rapport qu'en ce qui concerne les catégories de personnes se trouvant légalement sur le territoire (par exemple les touristes et les personnes en transit), même si la loi ne leur garantit pas expressément le droit à une protection sociale, les centres d'action sociale peuvent leur apporter des conseils ainsi qu'une aide financière exceptionnelle en cas de besoin. Le Comité demande si l'octroi d'une assistance sociale et médicale d'urgence est laissé à l'appréciation des centres d'action sociale.

Le Comité 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 (Réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §171).Le Comité demande que le prochain rapport confire que ces obligations sont respectées.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1, dans laquelle il a réservé sa position concernant l'assistance sociale d'urgence apportée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les ressortissants étrangers présents légalement sur le territoire et réserve entre-temps sa position.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 du Monténégro.

Organisation des services sociaux

Le Comité note que le rapport ne fournit pas aucune information sur l'organisation globale des services sociaux.

Le Comité demande que le prochain rapport présente un exposé détaillé de l'organisation et des activités des services sociaux dont l'exécution est assurée par des institutions publiques, des prestataires privés ou d'autres types d'organismes.

Accès égal et effectif

Dans sa conclusion précédente (2013), le Comité a demandé si les ressortissants des autres États parties qui résident légalement ou travaillent régulièrement au Monténégro jouissent des mêmes droits d'accès aux services sociaux que les ressortissants du Monténégro et, dans la négative, quelles restrictions leur sont applicables.

Le rapport indique que, conformément à la législation nationale, ces droits peuvent être exercés par tout citoyen monténégrin résidant de façon permanente sur le territoire de l'Etat. Les droits à la protection sociale et à la protection de l'enfance déterminés en vertu de cette loi et des accords internationaux passés en la matière sont ouverts aux ressortissants étrangers possédant un titre de séjour temporaire ou permanent, en application de la loi sur les étrangers. Les ressortissants étrangers qui souhaitent exercer leurs droits à la protection sociale et à la protection de l'enfance doivent remplir les mêmes conditions que les nationaux (situation personnelle, biens, revenus, etc.), sans aucune restriction. Les services de consultation que propose le centre de services sociaux sont gratuits et ouverts à toute personne qui en fait la demande. Les activités des services dispensés par les centres de services sociaux sont gratuites.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des précisions sur le nombre de personnel et sa qualification, sur la participation des usagers aux décisions et sur le mécanisme mis en place pour vérifier le caractère adéquat des services, tant publics que privés.

Dans sa réponse, le rapport indique qu'en vertu des articles 122 et 123 de la nouvelle loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance, les prestataires doivent confier les différentes tâches à des travailleurs qualifiés – travailleurs sociaux, psychologues, pédagogues, spécialistes de la formation des adultes, pédagogues spécialisés, juristes, sociologues, enseignants spécialisés, éducateurs spécialisés, thérapeutes ou médecins – et à des équipes de professionnels – personnes diplômées de l'enseignement supérieur. Les travailleurs qualifiés doivent passer un examen d'aptitude professionnelle et avoir un agrément. De même, les prestataires de services doivent eux aussi demander un agrément. Les droits à la protection sociale et à la protection de l'enfance peuvent être exercés sur l'ensemble du territoire national. Le gouvernement monténégrin a mis en place des centres de services sociaux (unités indépendantes ou unités régionales) dans chaque commune. Les personnes qui sont dans l'incapacité de protéger leurs droits et leurs intérêts de façon indépendante sont d'office prises en charge par les centres des services sociaux. Les dispositions des articles 162 à 166 de la nouvelle loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance portent sur le contrôle du respect de la loi. Elles indiquent que les activités professionnelles des prestataires sont supervisées par le ministère du Travail et de la Protection sociale (contrôle du respect des procédures techniques prescrites, notamment l'évaluation, la planification, l'examen des retombées des activités mises en œuvre, etc.). Un

contrôle est effectué par l'Inspection de la protection sociale et de l'enfance, qui dépend des Services d'inspection. Le Comité demande que le prochain rapport indique le ratio effectifs / usagers ainsi que la répartition géographique des services sociaux.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Monténégro 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 du Monténégro.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé que le rapport suivant fournisse des données statistiques relatives aux subventions accordées par le Gouvernement et les collectivités locales aux organisations bénévoles prestataires de services sociaux. Il a également demandé que le rapport suivant décrive toutes les autres formes de soutien envisageable aux organisations bénévoles, comme, par exemple, les avantages fiscaux.

Le rapport indique en réponse que les organisations non gouvernementales (ONG) ont été créées en vertu de la loi relative aux ONG, qui n'a pas prévu que leurs activités soient financées par l'État. Les fonds alloués par l'État à leurs projets et programmes le sont dans le cadre de procédures d'adjudication publique. Le rapport ajoute que des appels d'offres sont lancés une fois par an et que les subventions sont ensuite réparties entre les secteurs concernés, notamment pour la protection sociale et la protection de l'enfance. L'État apporte par ce biais un soutien non négligeable au secteur des ONG, qui s'occupe essentiellement, en matière de protection sociale et de protection de l'enfance, de proposer des services aux enfants, aux personnes handicapées, aux personnes âgées, aux victimes de violences et autres. Lorsque des organisations non gouvernementales financent des projets sur la base d'accords internationaux, elles sont exonérées de taxes et de droits de douane sur les produits et services visés par l'accord. Le rapport mentionne, à titre d'exemple, un appel d'offre public lancé hors période de référence dans le but de répondre aux besoins des personnes handicapées, dans le cadre duquel 1 214 237,18 € ont été répartis entre différents projets et programmes.

Dans sa précédente conclusion (2013), le Comité a demandé si et comment le Gouvernement veillait à l'efficacité des services gérés par le secteur privé et vérifiait qu'ils soient accessibles à tous, sans discrimination à raison de la race, de l'origine ethnique, de la religion, du handicap, de l'âge, de l'orientation sexuelle et des opinions politiques.

Par ailleurs, le Comité rappelle que les États parties doivent s'assurer que les services publics et privés soient correctement coordonnés et que leur efficacité ne pâtisse pas du nombre de prestataires concernés. Afin de veiller à la qualité des services et de garantir les droits des usagers ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés fondamentales, un mécanisme de contrôle effectif en termes de prévention et de réparation est nécessaire. Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé de clarifier la situation à cet égard.

Le rapport précise que les articles 162 à 166 de la nouvelle loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance portent sur le contrôle de l'application de la législation. Aux termes de ces dispositions, le contrôle des activités des prestataires de services est assuré par le ministère du Travail et de la Protection sociale (contrôle de l'application des procédures techniques, évaluation, planification et examen des incidences des activités mises en œuvre, etc.). Les visites de contrôle sont confiées au Service d'inspection de la protection sociale et de la protection de l'enfance, qui dépend de l'Administration en charge des inspections. Le service de l'inspection sociale contrôle les activités des institutions mises en place par l'État ou les collectivités locales, ainsi que les activités déployées par le secteur privé.

Le rapport souligne que les règlements d'application ont été mis en conformité avec la nouvelle loi relative à la protection sociale et la protection de l'enfance pour ce qui concerne l'homologation des programmes de formation destinés aux prestataires de services. Les procédures d'homologation débuteront courant 2017, de sorte qu'il n'existe à ce jour aucun prestataire de services agréé, ni aucun fondement juridique permettant de déterminer si les prestataires respectent les procédures prescrites ou si les services sont dispensés par des professionnels qualifiés. Les prestataires privés peuvent faire enregistrer leurs activités sur la base d'autres textes réglementaires ou exercer sans licence. Malgré l'intérêt suscité par

les possibilités d'homologation, la procédure ne débutera, comme indiqué précédemment, que courant 2017. Le Comité constate que les activités décrites ci-dessus se situent hors période de référence. Par conséquent, il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre de la nouvelle loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance, et plus précisément pour ce qui concerne l'homologation des programmes de formation destinés aux prestataires de services et si cela s'applique à tous les services sociaux.

Le rapport souligne que le mécanisme de contrôle a été institué en application de la loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance, comme indiqué dans de précédentes réponses, et précise que le Défenseur des droits de l'homme et des libertés du Monténégro peut également être saisi en cas de problème rencontré dans le domaine des services sociaux. En outre, les particuliers, les associations et d'autres organisations ont la possibilité de se renseigner sur le fonctionnement des services mis en place par l'État, de faire des propositions d'amélioration et de formuler une réclamation s'ils estiment que les procédures prévues pour la prestation des services ou les droits des usagers n'ont pas été respectées, ou pour d'autre raisons similaires.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Monténégro 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 du Monténégro.

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 a précédemment demandé (Conclusions 2013) s'il existait une législation anti-discriminatoire (ou un cadre juridique équivalent) visant à protéger les personnes âgées contre les discriminations en dehors de l'emploi, ou s'il était envisagé de légiférer en ce sens. Le Comité constate que la nouvelle loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance, entrée en vigueur en 2013 repose, conformément à son article 7§2, sur différents principes, y compris celui de l'interdiction de la discrimination fondée sur l'âge. Il relève également dans le rapport du Réseau européen d'experts juridique sur l'égalité de genre et la non-discrimination relatif au Monténégro que la loi sur l'interdiction de la discrimination de 2010, telle qu'amendée en 2014, proscrit toute discrimination fondée sur les motifs expressément énoncés par son article 2, à l'instar de l'âge, dans de nombreux domaines. L'article 4 de la loi sur la Santé se réfère, par ailleurs, à l'âge comme motif possible de discrimination prohibé.

Le Comité note, cependant, d'après ce même rapport, qu'en dépit de ce cadre législatif, la discrimination fondée sur l'âge est très répandue, qu'elle se produit surtout dans le domaine de l'emploi mais pas seulement. Il demande ce que fait le Monténégro en pratique pour lutter contre ce type de discrimination en dehors de l'emploi.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a précédemment demandé si une telle procédure a été mise en place. Le rapport indique qu'une personne âgée peut, si elle y a consenti préalablement au cours d'une procédure d'autorisation, se faire représenter par un tiers. Le Centre du travail social est alors tenu d'informer en détail la personne âgée sur ses droits. Une personne âgée peut également, lorsqu'elle n'est plus en mesure de veiller à ses intérêts, être placée sous curatelle après décision de justice. Le rapport précise, à cet égard, que le curateur est, en principe, un parent choisi par le Centre du travail social sur ordre de la Cour. Le curateur a l'obligation d'informer le Centre du travail social de ses activités. Il ne peut céder les biens de la personne dont il a la charge, décider de son placement en institution, ni entreprendre aucune autre action ou activité sans le consentement préalable du Centre du travail social. Le Comité demande que davantage d'informations lui soient fournies sur la procédure d'autorisation et la curatelle. Il demande également si les représentants de fait ou de droit font l'objet d'une supervision ou inspection régulière par le Centre du travail social et, dans ce contexte, quelles sont les mesures qui lui sont permises de prendre à l'encontre d'un représentant qui n'aurait pas respecté ses obligations ou aurait abusé, d'une quelconque manière que ce soit, de la personne âgée dont il a la charge. Il demande enfin s'il est possible au Centre du travail social de nommer un tiers curateur, en lieu et place d'un parent et quels sont les obligations imposées aux curateurs.

Ressources suffisantes

Aux fins d'examiner le caractère suffisant des ressources des personnes âgées en vertu de l'article 23 , le Comité prend en compte l'ensemble des mesures de protection sociale garanties aux personnes âgées et visant à maintenir leurs ressources à un niveau suffisant pour leur permettre de mener une existence décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. En particulier, le Comité examine les pensions, contributives

ou non contributives, ainsi que les autres prestations pécuniaires complémentaires offertes aux personnes âgées. Ces ressources sont alors comparées au revenu médian ajusté. Cependant, le Comité rappelle que sa mission consiste à évaluer non seulement la législation, mais également la conformité de la pratique avec les obligations découlant de la Charte. À cette fin, le Comité tient également compte des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes de 65 ans et plus.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé des informations actualisées sur les conditions d'octroi de la pension de vieillesse. Le rapport indique que la pension de vieillesse était, en 2015, versée de plein droit aux personnes qui ont atteint l'âge de 67 ans (hommes et femmes) et cotisé 15 annuités, atteint l'âge de 65 ans et 4 mois (hommes) ou 60 ans et 6 mois (femmes) et cotisé 15 annuités ou cotisé 40 annuités sans condition d'âge (hommes et femmes).

Le Comité a également demandé si les pensions minimales contributives et non-contributives, ainsi que les prestations pécuniaires complémentaires et les suppléments disponibles, garantissent au bénéficiaire un revenu supérieur au seuil de pauvreté. Selon le rapport, le montant moyen de la pension de vieillesse s'établissait à 249 € en 2015 et le montant minimum était de 100,40 € en 2012, 2013, 2014 et 2015.

Le rapport ne fournit aucune information quant au montant de la prestation supplémentaire spéciale, il indique cependant que les personnes âgées de plus de 67 ans ont le droit à une subvention sur leur facture d'électricité. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur ces points. Il réitère en outre sa demande d'informations sur le seuil de risque de pauvreté pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

En l'absence de données sur le seuil de risque pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté, le Comité se réfère au seuil national de pauvreté absolue qui, selon MONSTAT, l'Office Statistique du Monténégro, s'élevait en 2013 à 186,45 € par mois. Le montant minimum de la pension de vieillesse étant inférieur à ce seuil, le Comité constate qu'il est insuffisant.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé ce qui était fait pour évaluer l'ampleur du problème et faire prendre conscience de la nécessité d'éradiquer la maltraitance et le délaissement des personnes âgées. Le rapport indique que l'article 8 de la nouvelle loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance interdit toute forme de violence et d'abus quel qu'il soit à l'égard des personnes âgées, perpétrés dans une institution par un prestataire de service ou leurs employés.

Le Comité prend note de ces informations mais constate que rien n'indique dans le rapport que les autorités publiques évaluent l'ampleur du problème ou tentent de sensibiliser l'opinion publique à cet égard.

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 a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), premièrement, demandé des informations sur la mise en œuvre des projets de services de soins à domicile et d'accueil des personnes âgées en journée. Le rapport indique que le projet pilote a conduit à la création d'un projet d'"Assistance à domicile pour personnes âgées". Le Comité relève que ledit projet a débuté hors de la période de référence.

Le Comité a, deuxièmement, demandé si, d'une manière générale, l'offre de services d'aide à domicile pour les personnes âgées correspond à la demande, comment s'opère le contrôle de leur qualité, et si la possibilité d'introduire une réclamation concernant les services existe. Le rapport indique que les services d'aide à domicile pour les personnes âgées réalisés, en partie par les ONGs, ne permettent pas de répondre à l'offre, en particulier dans les zones rurales. Le rapport précise à cet égard que les Centres de travail social effectuent des visites périodiques afin de fournir une assistance appropriée. Le rapport indique, par ailleurs, que les services, les procédures d'accréditations des travailleurs sociaux, des prestataires de services ainsi que les programmes de formation accréditées sont définis par la nouvelle loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance et précisées par règlements. L'article 164 de ladite loi confie à l'inspecteur de la protection sociale et de l'enfance, une autorité indépendante, le soin d'inspecter le travail fourni par les prestataires de services sociaux. Le rapport précise que chaque bénéficiaire a droit, s'il s'estime lésé, de s'adresser aux services de l'inspection, afin de faire examiner sa plainte et/ou sa réclamation.

Le Comité a, troisièmement, demandé si l'importance de l'offre varie en fonction des municipalités et si certains de ces services sont payants. Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet, de sorte que le Comité réitère sa demande.

Le Comité a, quatrièmement, demandé des informations sur les services et facilités auxquels peuvent faire appel les familles qui s'occupent de personnes âgées, en particulier très dépendantes, ainsi que les services spécialement destinés aux patients souffrant de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Le rapport indique qu'il est possible de placer les personnes fortement dépendantes dans des familles d'accueil, cependant, eu égard aux soins importants que nécessitent ces personnes, peu le sont. Elles sont principalement placées en institution. Une institution spécialisée dans l'accueil et le traitement des personnes, y compris âgées, atteintes de troubles mentaux a été ouvert à Podgorica.

Le Comité a, cinquièmement, demandé à connaître les loisirs et activités culturelles et éducatives offertes aux personnes âgées. Le rapport indique que de nombreuses activités ont été entreprises pour améliorer le quotidien des retraités.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le Comité demande que le prochain fournisse des informations à ce sujet.

Logement

Le rapport indique que les problèmes de logement des personnes âgées relèvent de la compétence des associations de retraités (ONGs) et des collectivités locales. Ces associations financent la construction de logements et fournissent, en coopération avec les collectivités locales, des infrastructures. Les appartements sont proposés à un prix nettement inférieur à celui du marché et les modalités de paiement sont adaptées aux retraités. Les collectivités locales adoptent, conformément à la loi relative au logement social, des plans annuels spécifiques aux logements des personnes vulnérables. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet.

Soins de santé

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé des informations concernant les services et programmes spécialement destinés aux personnes âgées. Le rapport indique que la Stratégie 2008-2012 pour le développement de la protection sociale des personnes âgées au Monténégro a notamment permis l'ouverture de quatre centres de soins pour les personnes âgées dans les municipalités de Niksic et Danilovgrad.

Le Comité a également demandé des informations relatives à toutes nouvelles mesures prises pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins gériatriques et des soins de longue durée et pour mieux coordonner les services sociaux et les services de santé dispensés aux personnes âgées. Le Comité note, d'après le rapport, que la nouvelle

stratégie menée par le Monténégro pour l'amélioration de la situation des personnes âgées comprend un volet consacré aux soins de santé. Le Comité demande à recevoir, dans le prochain rapport, davantage d'informations à ce sujet : il cherche à savoir en particulier, si et comment ce volet améliore l'accessibilité et la qualité des soins gériatriques et des soins de longue durée ainsi que la coordination des services sociaux et des services de santé dispensés aux personnes âgées.

Soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé si les établissements de prise en charge sont agréés, s'ils font l'objet de contrôles, quelle est l'autorité ou l'instance compétente chargée de l'inspection des maisons de retraite et des résidences pour personnes âgées, et si des procédures de recours ont été prévues concernant la qualité des soins et des services offerts ou concernant les éventuels mauvais traitements. Le rapport indique que les établissements, prestataires de services et programmes de formation sont soumis à une procédure d'agrément depuis l'adoption de la nouvelle loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance. Les processus d'agréments débuteront en 2017. Le rapport souligne que les prestataires de services sont, à l'instar de ce que qui a été mentionné précédemment, inspectés par l'administration des inspections.

Le Comité constate, dès lors, qu'il n'y avait pas, au cours de la période de référence, de procédure en vigueur et que, à cet égard, aucune base légale ne permet de contrôler la conformité des services fournis aux normes de qualité, ni de s'assurer que le personnel dispose de qualification adéquate. Il considère, par conséquent, que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité a également demandé si le nombre de places disponibles en établissement correspond à la demande. Le rapport indique que les structures d'hébergements pour personnes âgées existantes n'ont pas la capacité de répondre à la demande. Pour cette raison, le Monténégro a initié la construction de deux foyers de jours pour personnes âgées. Le Comité demande à être informé de tout fait nouveau en la matière dans le prochain rapport.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de Monténégro n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des pensions de vieillesse est manifestement insuffisant ;
- les structures d'hébergement pour personnes âgées ne sont ni soumises à une procédure d'accréditation, ni inspectées par un organe indépendant.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

PAYS-BAS

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne les Pays-Bas, qui ont ratifié la Charte le 3 mai 2006. L'échéance pour remettre le 10e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et les Pays-Bas l'ont présenté le 31 octobre 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 était un rapport simplifié ne concernant que le suivi donné aux décisions sur le bien-fondé de réclamations collectives. Les constats du Comité à cet égard sont disponibles sous www.coe.int/socialcharter, ainsi que dans la base de données HUDOC.

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet de la conclusion de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations au sujet du droit des enfants et des adolescents à la protection – contrôle médical régulier (article 7§9).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté une conclusion de non-conformité concernant cet article.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

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

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 9 - Contrôle médical régulier

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par les Pays-Bas en réponse à la conclusion selon laquelle il n'a pas été établi que les jeunes travailleurs soient soumis à un contrôle médical régulier dans les faits.

Dans ses Conclusions 2015, le Comité a rappelé que, en application de l'article 7§9, la loi doit prévoir un examen médical complet obligatoire à l'embauche et des contrôles à intervalles réguliers par la suite (Conclusions XIII-1 (1993), Suède). Les intervalles entre les contrôles ne doivent pas être trop longs. À cet égard, le Comité a considéré qu'un intervalle de deux ans était excessif (Conclusions 2011, Estonie). Compte tenu de l'absence de données sur l'usage que font les jeunes travailleurs de la possibilité de passer des visites médicales ainsi que sur les intervalles entre les contrôles, le Comité a maintenu son constat de non-conformité au regard de l'article 7§9 de la Charte, au motif qu'il n'est pas établi qu'un suivi médical régulier soit garanti dans les faits aux jeunes travailleurs.

Le Comité relève à présent que, selon le rapport, les jeunes travailleurs âgés de 16 et 17 ans peuvent théoriquement être amenés à effectuer des tâches potentiellement dangereuses ou insalubres. Ce n'est toutefois pas le cas dans les faits. Cette catégorie est composée en grande majorité de jeunes encore scolarisés pour lesquels un emploi rémunéré n'est qu'un travail à temps partiel qu'ils exercent en complément de leurs études ou qui s'inscrit dans le cadre de leur formation professionnelle (ils alternent cours théoriques et travaux pratiques durant la semaine). Quelle que soit la nature de l'emploi, il s'agit par principe d'un emploi à temps partiel, effectué durant un nombre d'heures hebdomadaires limité.

D'après le rapport, en application du décret relatif aux conditions de travail (*Arbobesluit*), plusieurs types de travail ne peuvent être effectués par les jeunes travailleurs âgés de moins de 18 ans, comme par exemple un travail comportant l'utilisation de composés toxiques. Dans d'autre cas, le décret exige que le travail exécuté fasse nécessairement l'objet d'une supervision. En outre, lorsque des jeunes travailleurs de 16 et 17 ans sont employés, l'employeur est tenu de réaliser une analyse supplémentaire des risques, axée sur les risques spécifiquement liés à cette classe d'âge, comme les risques découlant d'un manque de connaissances ou d'expérience. Si l'analyse met en lumière ce genre de risques, le décret Arbobesluit impose qu'une supervision exercée par des collègues plus âgés et plus expérimentés soit mise en place afin de prévenir tout danger. Si cela n'est pas possible, le travail ne pourra pas être effectué. Enfin, selon le rapport, si une supervision suffisante est assurée pour permettre l'exécution du travail, l'employeur est tenu de proposer un suivi médical approprié. Le rapport indique par ailleurs qu'aucun cas d'activité professionnelle susceptible de nuire à la santé ou à la sécurité des jeunes de moins de 18 ans n'a été signalé depuis longtemps.

Le Comité note toutefois que le rapport ne fournit aucune information sur l'usage que les jeunes travailleurs font de la possibilité de passer des visites médicales ni sur les intervalles entre les contrôles. Le Comité considère dès lors que rien dans les informations portées à sa connaissance ne permet d'établir que dans les faits les jeunes subissent des contrôles médicaux à intervalles réguliers. Le Comité réitère sa conclusion précédente de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation des Pays-Bas n'est pas conforme à l'article 7§9 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi qu'un suivi médical régulier soit garanti dans les faits aux jeunes travailleurs.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

PORTUGAL

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne le Portugal, qui a ratifié la Charte le 30 mai 2002. L'échéance pour remettre le 12e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et le Portugal l'a présenté le 16 janvier 2017.

Conformément à la procédure adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196e réunion des Délégués les 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).

Le Portugal 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 au Portugal concernent 19 situations et sont les suivantes :

– 9 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 3§4, 11§2, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3 et 30,

– 5 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 12§1, 12§4, 13§1 et 14§1.

En ce qui concerne les 5 autres situations, relatives aux articles 11§1, 11§3, 13§4, 14§2 et 23, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par le Portugal en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 3§2

L'arrêté ministériel n° 40/2014 du 17 février 2014 a fixé les normes applicables au retrait en bonne et due forme des matériaux contenant de l'amiante et à l'emballage, au transport et à la gestion des déchets issus des travaux de construction et de démolition, dans le but de protéger l'environnement et la santé humaine.

Article 3§4

La loi n° 42/2012, qui a modifié la loi n° 102/2009, a approuvé les dispositifs d'accès et d'exercice des professions de responsable et de spécialiste de la sécurité au travail et abrogé l'article 100 de la loi n° 102/2009, en vertu duquel l'employeur pouvait commettre une grave infraction administrative en embauchant un spécialiste qui ne satisfaisait pas aux critères énoncés à l'article 100(1).

Article 12§3

- S'agissant des prestations de chômage, la durée d'affiliation minimale a été abaissée de 450 à 360 jours durant les 24 mois précédant la fin du contrat de travail. De nouvelles règles ont par ailleurs été introduites pour étendre le bénéfice des prestations à certaines catégories de travailleurs indépendants (décret-loi n° 65/2012 du 15 mars 2012, arrêté ministériel n° 12/2013 du 25 janvier 2013) ;
- S'agissant des prestations de l'assurance maladie, la couverture a été élargie à la suite d'une modification du mode de calcul de la rémunération de référence : est désormais prise en compte l'intégralité de la période d'assurance, du début de la période de référence au jour où est survenue l'incapacité de travail (décret-loi n° 133/2012 du 27 juin 2012) ;

- Les droits à pension d'invalidité ont été élargis à la suite de l'adoption de nouvelles règles (décret-loi nº 246/2015 du 20 octobre 2015) qui prennent en compte l'incapacité de travail permanente objective de l'intéressé, indépendamment des causes (avant l'adoption de cette loi, seule l'invalidité résultant de maladies faisant l'objet d'une liste spécifique était reconnue comme telle) ;
- Le délai de cinq ans imparti pour demander une pension de survivant a été supprimé.

Article 12§4

L'accord de sécurité sociale passé avec l'Ukraine est entré en vigueur en 2012.

* * *

*

Le prochain rapport que doit soumettre le Portugal 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 à la formation professionnelle – chômeurs de longue durée (article 10§4),
- droit à la formation professionnelle – pleine utilisation des moyens disponibles (article 10§5),
- droit à l'exercice d'une activité lucrative sur le territoire des autres Parties contractantes – application des règlements existants dans un esprit libéral (article 18§1).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

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 du Portugal.

Objectif général de la politique

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé si les politiques mises en œuvre étaient révisées régulièrement à la lumière de l'évolution des risques. En réponse, le rapport indique que la Stratégie nationale de sécurité et de santé au travail 2015-2020, intitulée « Pour un travail sain, sûr et productif », a été adoptée par la résolution du Conseil des ministres n° 77/2015 du 18 septembre 2015. Le nouveau texte fait suite à la Stratégie nationale de sécurité et de santé au travail 2008-2012 et pose le cadre politique général de la prévention des risques professionnels et de la promotion du bien-être au travail. Il définit trois objectifs stratégiques : (1) promouvoir la qualité de la vie professionnelle et la compétitivité des entreprises, en privilégiant notamment le développement d'une culture de prévention ; (2) faire baisser de 30 % le nombre absolu et le taux d'incidence des accidents du travail et (3) réduire les facteurs de risque associés aux maladies professionnelles. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les activités menées et les résultats obtenus dans le cadre de la Stratégie nationale.

Les informations demandées au sujet de l'autorité publique compétente en matière de sécurité et de santé au travail pour les régions autonomes des Açores et de Madère (Conclusions 2013) ne figurent pas dans le rapport. Le Comité relève toutefois dans la plateforme OSHWiki que la Direction régionale du travail dans la région autonome de Madère a pour mission de contribuer à l'amélioration des conditions de travail et à l'accord sur les relations professionnelles au sein de la région autonome. Cet organisme possède une expertise dans les domaines du droit du travail, de la sécurité et de la santé au travail et de l'évaluation des conditions de travail, entre autres. L'Inspection générale du travail du gouvernement régional des Açores est de son côté chargée d'élaborer des méthodes consultatives et des activités et de réaliser des inspections dans les entreprises et autres organisations afin d'améliorer les conditions de travail.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 émergents. 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). D'après le rapport, l'Autorité pour les conditions de travail (ACT) et les partenaires sociaux ont mené des activités de sensibilisation et d'information dans le domaine des risques psychosociaux au cours de la période de référence. Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations plus détaillées sur les activités de recherche, de sensibilisation et de communication concernant les risques psychosociaux.

Le Comité constate l'existence d'une politique nationale dont l'objectif consiste à développer et préserver une culture de prévention en matière de sécurité et de santé au travail.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur le système national de prévention des risques professionnels, ainsi que sur la concrétisation dans les entreprises des obligations de prévention des risques, d'évaluation des risques sur le lieu de travail, d'adoption de mesures préventives liées à la nature des

risques identifiés, et d'information et de formation des travailleurs. Le rapport indique qu'en vertu de l'article 15(2)(c) de la loi n° 102/2009, l'employeur doit garantir la bonne évaluation des risques concernant la santé et la sécurité des travailleurs et veiller à ce qu'un plan de prévention cohérent couvre les nouveautés technologiques, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs environnementaux. Cela suppose notamment d'identifier les risques prévisibles dans toutes les activités de l'entreprise, de l'établissement ou du service, dans la conception ou la construction des infrastructures, des lieux et des processus de travail, ainsi que dans la sélection des équipements, des substances et des produits.

Il ressort du rapport que l'ACT a été créée par le décret-loi n° 47/2012 du 31 juillet 2012. Ce service de l'État central relève du ministère du Travail, de la Solidarité et de la Sécurité sociale. Sa mission est de promouvoir l'amélioration des conditions de travail en contrôlant le respect de la réglementation du travail et de la législation relative à la sécurité et à la santé au travail, et d'encourager les politiques de prévention des risques professionnels. L'ACT informe et conseille les travailleurs, les employeurs et leurs représentants sur le meilleur moyen de respecter la législation sur les conditions de travail. Chaque bureau décentralisé de l'ACT sur le continent donne des informations sur place aux visiteurs. Le Comité prend note d'une série de projets en faveur de la prévention des risques dans différents secteurs d'activité, qui ont été cofinancés par l'ACT et présentés par les partenaires sociaux pendant la période de référence (séminaires, ateliers, activités de sensibilisation et d'information, manuels d'appui à la formation, publications, etc.).

Le rapport indique également qu'une permanence téléphonique est assurée depuis 2014 exclusivement par des spécialistes et des inspecteurs de l'ACT (cinq jours par semaine), l'objectif étant de répondre aux besoins d'un plus grand nombre d'usagers bien que le service d'information sur place ait été réduit en 2015.

Les employeurs sont soumis à une obligation générale d'organiser ses services de sécurité et de santé au travail selon quatre modalités prévues à l'article 74 de la loi n° 102/2009. Les activités concernées englobent notamment l'évaluation des risques, l'adoption de mesures préventives, la formation des travailleurs et l'information. Le rapport indique que l'ACT a défini le contenu minimum des modules de formation servant de référence aux organismes de formation pour concevoir et dispenser les formations destinées aux spécialistes et aux responsables de la sécurité au travail, ainsi qu'aux services fournis soit par l'employeur soit par un travailleur désigné par ce dernier.

Le Comité considère que des mesures sont prises en matière de prévention des risques professionnels, de sensibilisation et d'évaluation des risques liés au travail, ainsi que d'information et de formation des travailleurs. Il relève également que l'ACT participe au développement d'une culture de la santé et de la sécurité au travail parmi les employeurs et les salariés et partage les connaissances concernant les risques professionnels et leur prévention acquises lors de ses activités d'inspection.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé si le Système national d'accréditation intégrait la vérification des conditions de sécurité et de santé au travail. En réponse, le rapport indique que le dispositif régissant la conduite d'activités industrielles approuvé par le décret-loi n° 209/2008 du 29 octobre 2008 contraint l'ACT à intervenir dans les procédures d'autorisation industrielle. Le rôle de l'ACT dans ce domaine est de rendre un avis formel lorsqu'elle est invitée à le faire par l'organe de coordination compétent, mais aussi de faire partie des équipes d'inspection conjointes aux côtés de l'organisme qui délivre l'autorisation et des autres participants éventuels. Les équipes visitent les établissements industriels avant leur mise en service et à la suite de modifications du processus de production, afin de s'assurer que la sécurité au travail a été prise en compte dans la phase de conception (approche intégrée de la sécurité). Le Comité

prend note du nombre d'avis formels rendus et de visites d'inspection réalisées par les inspecteurs du travail de l'ACT pendant la période de référence, dont les détails figurent dans le rapport.

En réponse à la question du Comité concernant la participation des autorités publiques à la recherche scientifique et technique en matière de sécurité et de santé au travail (Conclusions 2013), le rapport indique que le Système national d'accréditation est réglementé par l'Institut portugais d'accréditation. Ce système accrédite les organismes de certification ayant la responsabilité de mettre en œuvre des systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail dans les entreprises, en s'appuyant sur la norme OHSAS 18001. Il s'agit d'une démarche volontaire, mais si un système de gestion est mis en place, l'audit de contrôle réalisé par l'organisme de certification consiste notamment à vérifier si les conditions de sécurité et de santé sont réunies. Il existe par ailleurs un système de réglementation obligatoire pour les activités de sécurité et de santé au travail menées pour le compte d'entreprises par des services externes. Ce système relève de la compétence des autorités de réglementation nationales et permet notamment de vérifier les conditions de sécurité et de santé grâce à des visites de contrôle et d'audit dans les établissements des prestataires de services et chez leurs clients.

D'après le rapport, l'ACT représente aussi le Centre international d'informations de sécurité et de santé au travail (CIS) de l'OIT et sert de centre national du CIS au Portugal. Sa principale activité a trait à la publication d'analyses bibliographiques des documents qui sont produits à travers le monde au sujet de la sécurité et de la santé.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système de consultation des partenaires sociaux au niveau des autorités publiques. Il a également relevé le faible nombre de comités de sécurité au travail et de délégués à la sécurité et la santé dans le travail, et par conséquent demandé des informations sur la consultation des organes compétents en matière de sécurité et de santé dans le travail au sein des entreprises, notamment dans les petites et moyennes entreprises et/ou celles qui sont dépourvues de comité du personnel, de délégués du personnel ou de délégués à la sécurité et la santé dans le travail. Le rapport ne contenant pas de réponse à ces questions, il demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Le Comité note que, selon l'article 470 du Code du travail et l'article 8 de la loi n° 102/2009, les organisations d'employeurs et de travailleurs doivent être consultées avant l'adoption de projets de loi et pendant l'évaluation des mesures qui s'inscrivent dans les politiques de sécurité et de santé au travail.

D'après le rapport, les organisations d'employeurs et de travailleurs ont participé au processus général d'élaboration de la Stratégie nationale de sécurité et de santé au travail 2015-2020 et approuvé le projet de texte à l'unanimité. Le rapport indique toutefois également que le Conseil national pour l'hygiène et la sécurité au travail, qui était chargé d'évaluer la stratégie susmentionnée, a été supprimé par le décret-loi n° 126-C/2011 du 29 décembre 2011, lui-même modifié par le décret-loi n° 266/2012 du 28 décembre 2012. Le Comité note que, selon les informations provenant des commentaires et de la demande directe de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) de l'OIT publiés en 2015 (104e session de la Conférence internationale du travail) au sujet de la Convention (nº 155 de 1981) sur la sécurité et la santé des travailleurs, le décret-loi n° 126-C/2011 du 29 décembre 2011 a mis en place un Conseil national pour les politiques de solidarité, d'assurance sociale, de famille, de réhabilitation et de bénévolat. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes informations utiles à ce sujet.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Portugal 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 du Portugal.

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

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2013, 2009) que le champ des risques couverts de manière spécifique par les lois et les règlements était conforme à la Charte, et demandé des informations sur les mesures adoptées pour transposer l'acquis communautaire plus récent, notamment les directives suivantes : la Directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail ; la Directive 2008/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2008 modifiant la Directive 2004/40/CE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques) ; la Directive 2009/161/UE de la Commission établissant une troisième liste de valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle en application de la Directive 98/24/CE du Conseil et portant modification de la Directive 2000/39/CE, ainsi que la Directive 2009/127/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 modifiant la Directive 2006/42/CE en ce qui concerne les machines destinées à l'application des pesticides. Le Comité relève dans le rapport que toutes ces directives ont été transposées dans le droit interne.

La loi n° 102/2009, qui encadrait le régime juridique applicable à la promotion de la sécurité et de la santé au travail et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, a été modifiée par les lois n^{os} 42/2012 du 28 août 2012 et 3/2014 du 28 janvier 2014, par le décret-loi n° 88 du 28 mai 2015 et par la loi n° 146/2015 du 9 septembre 2015. La loi n^{o} 3/2014 a révisé le régime juridique instauré dans la loi n° 102/2009 et modifié les articles 41 (risques pour le patrimoine génétique), 53 (agents chimiques), 54 (agents interdits pour les travailleuses allaitantes), 59 (agents chimiques) et 64 (agents, substances et mélanges chimiques), qui ont ensuite été de nouveau modifiés par le décret-loi n° 88/2015 du 28 mai 2015. Ce dernier a révisé entre autres le décret-loi n° 141/95 du 14 juin 1995, qui définissait les prescriptions minimales concernant la signalisation de sécurité et de santé au travail, le décret-loi n° 24/2012 du 6 février 2012, qui avait consolidé les exigences minimales en matière de protection des travailleurs contre les risques pour leur sécurité et leur santé liés à une exposition à des agents chimiques pendant le transport, ainsi que le décret-loi n° 301/2000 du 18 novembre 2000, qui régissait la protection des travailleurs contre les risques découlant d'une exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations sur les mesures correctives au manquement constaté par la Cour de justice des Communautés européennes à la transposition de la Directive 2003/105/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2003 modifiant la Directive 96/82/CE du Conseil concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses (affaire C-375-06). Le rapport indique que la directive a été transposée dans le droit interne par le décret-loi n$^{\circ}$ 254/2007 du 12 juillet 2007, modifié par le décret-loi n$^{\circ}$ 42/2014 du 18 mars 2014. Ceux-ci ont ensuite été abrogés par le décret-loi n$^{\circ}$ 150/2015 du 5 août 2015, qui a instauré le cadre régissant la prévention des accidents graves impliquant des substances dangereuses et la limitation de leurs conséquences pour la santé humaine et l'environnement, transposant la Directive 2012/18/UE concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses, modifiant puis abrogeant la Directive 96/82/CE du Conseil.

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 Comité note que la loi n° 102/2009 mentionne les risques psychosociaux et dispose que l'employeur doit veiller à ce que l'exposition à ce type de risques soit limitée et que la sécurité et la santé des travailleurs ne soient pas menacées. Plusieurs campagnes sur les risques psychosociaux au travail ont d'ailleurs été menées au Portugal. D'après le rapport, les emplois entraînant une exposition à des menaces et agressions verbales potentielles constituaient le principal facteur de risque en 2014, suivis par les emplois entraînant une exposition à des menaces physiques potentielles et à des cadences de travail intenses.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a aussi demandé des précisions sur les lois et règlements régissant les risques dans les régions autonomes des Açores et de Madère. Le rapport ne contenant pas de réponse sur ce point, il demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Le Comité constate que l'acquis communautaire pertinent a été transposé dans sa majeure partie dans l'ordre juridique interne. Il considère dès lors que les lois et règlements en vigueur satisfont à l'obligation générale de l'article 3§2 de la Charte, qui veut que la grande majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 soient tout particulièrement couverts, selon les niveaux fixés par les normes internationales de référence.

Niveaux de prévention et de protection

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les lois et règlements qui régissent la détermination des niveaux de prévention et de protection contre les risques professionnels spécifiques à la mise en place, l'aménagement et l'entretien des postes de travail. D'après le rapport, l'arrêté ministériel n° 178/2015 du 15 juin 2015 a apporté la première modification à l'arrêté ministériel n° 1456-A/95 du 11 décembre 1995, qui énonçait les prescriptions minimales relatives à la mise en place et à l'utilisation de la signalétique en matière de santé et de sécurité au travail, et a transposé la Directive 92/58/CEE du Conseil du 24 juin 1992 concernant les prescriptions minimales pour la signalisation de sécurité et/ou de santé au travail. Cette dernière a elle-même été modifiée par la Directive 2014/27/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014, qui l'a adaptée au Règlement (CE) n° 1272/2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges. C'est cette adaptation qui est à l'origine de la modification de l'arrêté ministériel.

En réponse à une autre question du Comité, le rapport indique que le décret-loi n° 50/2005 du 25 février 2005 a été adopté afin de transposer 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.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Protection contre les substances et agents dangereux

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la transposition de la Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail. En réponse, le rapport indique que le décret-loi n° 88/2015 du 28 mai 2015 a transposé 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. Le décret-loi est entré en vigueur le 1er juin 2015.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé des indications sur les mesures adoptées pour intégrer la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm^3 introduite par la Directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. En réponse, le rapport indique que l'arrêté ministériel n° 40/2014 du 17 février 2014 a fixé les normes applicables au retrait en bonne et due forme des matériaux contenant de l'amiante et à l'emballage, au transport et à la gestion des déchets issus des travaux de construction et de démolition, dans le but de protéger l'environnement et la santé humaine. Le décret-loi n° 266/2007 du 24 juillet 2007 a transposé la Directive 2009/148/CE et établi à 0,1 fibre/cm^3 la valeur limite d'exposition à l'amiante.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le rapport indique que la Directive 97/43/EURATOM (abrogée par la Directive 2013/59/Euratom du Conseil du 5 décembre 2013 avec effet au 6 février 2018) a été transposée par le décret-loi n° 180/2002 du 8 août 2002, modifié par le décret-loi n° 215/2008 du 10 novembre 2008, posant le cadre juridique de la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'une exposition médicale radiologique, le décret-loi n° 279/2009 du 6 octobre 2009, posant le cadre juridique relatif à l'ouverture, à la modification et au fonctionnement de centres de santé privés, et le décret-loi n° 72/2001 du 16 juin 2001.

Le Comité conclut que les niveaux de prévention et de protection relatifs à l'amiante et aux radiations ionisantes sont conformes à l'article 3§2 de la Charte.

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a constaté que la législation prévoyait une information, formation et surveillance médicale adaptée au statut des travailleurs temporaires, intérimaires et employés à durée déterminée, et demandé des informations sur l'application des dispositions concernées dans la pratique. Il a aussi demandé des précisions sur les modalités d'organisation de la représentation de ces catégories de travailleurs. Le rapport ne contient pas d'informations nouvelles sur ce point. Les données concernant l'information, la formation et la surveillance médicale des travailleurs temporaires et employés à durée déterminée ne sont pas distinctes de celles concernant l'ensemble des travailleurs. Le Comité renouvelle ses questions afin de savoir si les travailleurs temporaires, intérimaires et employés à durée déterminée sont en droit d'être représentés sur leur lieu de travail.

Autres catégories de travailleurs

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2013, 2009 et XVI-2 (2003)) que la protection était conforme à la Charte et il a demandé des informations sur l'application des

dispositions de la loi n° 102/2009 aux employés de maison. En réponse, le rapport indique que les principes de cette loi sont applicables, dès lors qu'ils sont compatibles, aux employés de maison. Selon l'article 3(3), l'employeur doit prendre des mesures appropriées pour protéger les employés de maison contre les risques liés au lieu de travail et aux instruments et méthodes de travail. Le rapport indique également que l'article 26 du décret-loi n° 235/92 du 24 octobre 1992 sur le travail domestique, qui a été révisé, inclut une norme spéciale portant sur les obligations qui incombent à l'employeur dans le cadre d'un contrat d'employé de maison. Le rapport précise qu'il n'exclut pas les normes figurant dans les actes législatifs ayant transposé les directives spéciales de l'UE. En outre, la Convention n° 189 de l'OIT concernant le travail décent pour les travailleuses et travailleurs domestiques (2011) a été ratifiée par le Portugal le 17 juillet 2015.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

D'après le rapport, la loi exige que l'élaboration du droit du travail et des actes législatifs qui régissent les droits et les obligations des travailleurs, des employeurs et de leurs organisations (en particulier le contrat de travail), le droit collectif du travail, la sécurité et la santé au travail, les accidents professionnels et les maladies professionnelles, la formation professionnelle et les processus de travail puissent faire l'objet d'un examen public avant d'être discutés par les divers organes législatifs. Ce processus d'évaluation publique passe en particulier par une publication aux journaux officiels, comme le Journal de l'Assemblée de la République (*Diário da Assembleia da República*) et le Bulletin du travail et de l'emploi (*Boletim do Trabalho e Emprego*). L'objectif est d'encourager la participation active des syndicats et des associations d'employeurs, des acteurs économiques et de la société civile en général. Le législateur est juridiquement tenu de prendre en considération les positions exprimées par les uns et les autres au sujet des projets de loi et des lois existantes.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Portugal est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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 du Portugal.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions 2013, 2009 et XVI-2 (2003)) que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que le nombre d'accidents mortels était manifestement élevé. Le rapport souligne que les données s'inscrivent dans un contexte de crise économique, marqué par la mobilité de travailleurs qui sont employés dans d'autres secteurs que ceux auxquels ils étaient habitués. En outre, toujours d'après le rapport, les données sont liées à une réduction possible des investissements des entreprises dans les services de sécurité et de santé au travail, du fait des difficultés économiques que connaît actuellement le pays.

Le rapport indique que les inspecteurs du travail sont chargés d'enquêter sur les accidents du travail, en particulier ceux qui sont mortels, graves ou fréquents. Par ailleurs, l'Autorité pour les conditions de travail (ACT) peut être invitée à mener une « enquête sommaire urgente » sur un accident du travail donné, qui aidera ensuite les juridictions du travail dans leur rôle de garantes de la congruence du dispositif d'indemnisation pour ce type d'accident. Le Comité prend note de la définition de la notion d'accidents du travail (y compris les accidents pendant le trajet et les exclusions) détaillée dans le rapport.

Le rapport précise qu'il n'existe pas de données sur les accidents du travail non mortels pendant la période de référence, mais que l'ACT a enregistré le nombre de graves accidents du travail en 2014 et 2015 (308 et 417 respectivement).

En ce qui concerne les accidents du travail mortels, le rapport indique que l'ACT mène une enquête sur chaque cas qui lui est communiqué ou dont elle prend connaissance par un autre biais. L'ACT a recours à toute source d'information formelle et informelle, notamment les rapports obligatoires des employeurs sur les accidents, les rapports de police et les informations des médias. Le Comité note que les données présentées dans le rapport (par type d'accident et par activité économique) concernent les accidents du travail mortels qui ont fait l'objet d'une inspection de l'ACT : 147 en 2012 et 142 en 2015.

Les données Eurostat confirment la diminution du nombre d'accidents mortels pendant la période de référence (169 en 2012, 160 en 2014). Le taux d'incidence normalisé de ces accidents a également baissé (de 4,81 en 2012 à 4,72 en 2014), mais restait largement supérieur à la moyenne observée dans l'UE des 28 (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014). Le nombre d'accidents du travail non mortels ayant entraîné au moins quatre jours civils d'absence a augmenté pendant la période de référence (il est passé de 113 179 en 2012 à 130 153 en 2014). Le taux d'incidence normalisé d'accidents du travail non mortels était de 3 563,47 pour 100 000 personnes en activité en 2012 et de 3 582,19 en 2014. Le Comité observe que ce taux est nettement plus important que le taux moyen enregistré pour les 28 pays de l'UE (1 717,15 en 2012 et 1 642,09 en 2014).

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a pris note du faible nombre de cas attestés de maladies professionnelles et demandé des informations sur les mesures déjà prises ainsi que sur les mesures supplémentaires envisagées pour contrer les insuffisances dans la déclaration et la reconnaissance des cas de maladie professionnelle, notamment en clarifiant la loi n° 98/2009 du 4 septembre 2009 régissant le régime d'indemnisation des cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, y compris la réadaptation et la réintégration professionnelles prévues par l'article 284 du Code du travail. Il a également demandé des informations sur les cas de maladie professionnelle mortelle. Selon le rapport, le nombre de cas de maladies professionnelles attestées par le Centre national pour la protection contre les risques professionnels (CNPRP) a augmenté au cours de la période de référence (passant de 2 727 en 2012 à 3 659 en 2015). Le rapport présente

plusieurs articles de la Constitution, du Code du travail et de la loi n° 102/2009, qui précisent les droits des travailleurs à une indemnisation pour un préjudice causé par un accident ou une maladie professionnelle, ainsi que les obligations des employeurs à l'égard de ces travailleurs (suspension du contrat de travail, formation professionnelle, aménagement du poste, remboursement). Par contre, il ne donne aucune donnée chiffrée sur les cas mortels de maladies professionnelles. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

À la lumière des informations qui précèdent, le Comité attire de nouveau l'attention du Gouvernement portugais sur le fait qu'en acceptant l'article 3 il s'est engagé à garantir le droit à l'intégrité physique et mentale des individus au travail. Le Comité rappelle qu'il considère que l'application conforme de la Charte « ne peut être atteinte par le seul effet de la législation si l'application de celle-ci n'est pas effective et rigoureusement contrôlée » (réclamation 1/1998, Commission Internationale de Juristes c. Portugal, décision sur le bien-fondé, 9 septembre 1999, §32). Le Comité considère que, pour apprécier le respect effectif du droit consacré à l'article 3§3, le nombre et la fréquence des accidents mortels et leur évolution sont déterminants. Dans le cas du Portugal, il estime que même si le nombre total d'accidents mortels a diminué pendant la période de référence, les taux d'incidence normalisés des accidents mortels et non mortels restent trop élevés par rapport à la moyenne de l'UE des 28. Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte sur ce point.

Activités de l'Inspection du travail

Le rapport confirme que le nombre d'inspecteurs du travail a diminué au cours de la période de référence (de 359 en 2012 à 307 en 2015). Le nombre d'établissements ayant fait l'objet d'une visite de contrôle en matière de santé et de sécurité au travail a considérablement baissé pendant la période de référence (de 15 446 en 2012 à 3 949 en 2015), tout comme le nombre de travailleurs couverts par les visites de contrôle (de 137 283 en 2012 à 44 814 en 2015). Le Comité note que, selon les données chiffrées publiées par ILOSTAT, le nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10 000 salariés était de 0,9 en 2012 et de 0,7 en 2015, et que le nombre moyen de visites de contrôle par inspecteur du travail a diminué pendant la période de référence (de 140,5 en 2012 à 132,2 en 2015).

Le Comité prend note des opérations d'inspection visant à contrôler les conditions de sécurité et de santé sur les chantiers (6 577 entreprises visitées en 2012 et 3 852 en 2015), dans le secteur des mines et carrières (182 établissements visités et 1 678 travailleurs couverts en 2012, puis 81 et 1 832 respectivement en 2015), dans l'agriculture (750 établissements visités et 3 949 travailleurs couverts en 2012, puis 436 et 3 293 respectivement en 2015), dans la pêche (51 bateaux visités et 402 travailleurs couverts en 2012, puis 120 et 605 respectivement en 2015), dans le transport routier (369 injonctions de mesures correctives, 91 avertissements officiels et 421 infractions en 2012, puis 262, 83 et 199 respectivement en 2015).

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la mise en œuvre concrète de la loi n° 107/2009 et sur toute autre instance qui serait investie de pouvoirs d'inspection dans certains secteurs et/ou dans les régions autonomes de Madère et des Açores. Le rapport ne contenant pas de réponse à ces questions, il demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé des données sur les enquêtes relatives aux accidents du travail non mortels ; les injonctions de suspension d'activité ; les interdictions de poursuivre l'activité ; les interdictions de participer à des appels d'offres ; les poursuites pénales engagées ; le montant individuel et global des amendes infligées, et les peines prononcées dans les affaires transmises au parquet.

Le rapport explique que, lorsque les inspecteurs du travail de l'ACT se rendent sur des lieux de travail, ils ont recours à toute une série d'instruments – injonctions de mesures correctives (18 386 en 2012 et 12 449 en 2014), injonctions de suspension d'activité en cas de danger immédiat, amendes (888 en 2012 et 656 en 2015). Dans le cadre de la stratégie globale appliquée par les inspecteurs, ces instruments ont une nature préventive. Selon le rapport, l'utilisation de ces instruments se combine avec les pouvoirs importants des inspecteurs pour s'efforcer d'améliorer les conditions de travail et contribuer ainsi à faire baisser le nombre d'accidents du travail. L'application concrète de sanctions a un double objectif : prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles et garantir le principe général selon lequel la loi doit être respectée dans les faits.

Le rapport indique que le nombre d'injonctions de suspension d'activité adressées au titre de la directive concernant des chantiers temporaires ou mobiles a diminué pendant la période de référence, passant de 312 en 2012 à 303 en 2015. Par contre, l'ACT ne dispose pas de données sur la possibilité d'imposer la sanction annexe qui interdit de mener une activité économique et de participer à des contrats publics ou des appels d'offres.

Le rapport indique aussi le nombre de procédures pénales engagées et de plaintes déposées pendant la période de référence : 124 en 2012, 160 en 2013, 530 en 2013 et 141 en 2015. Toutefois, l'ACT ne dispose pas de données complètes sur les peines imposées par les tribunaux dans les recours contre les infractions administratives établies lors des procédures d'inspection.

Le Comité souligne qu'aux termes de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage l'Inspection du travail sur les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). D'après le rapport, l'un des objectifs de la Stratégie nationale de sécurité et de santé au travail 2015-2020 est de soutenir les entreprises dans la mise en œuvre de la santé et de la sécurité au travail, et particulièrement les très petites, petites et moyennes entreprises. Le Comité demande que le prochain rapport indique les résultats des activités menées pour atteindre cet objectif.

Le Comité conclut qu'en raison de la faiblesse des ressources humaines dont dispose le service d'inspection chargé de contrôler le respect de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail, le système d'inspection du travail ne peut être considéré comme efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte. Par conséquent, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif que le système d'inspection du travail ne dispose pas des effectifs suffisants pour le contrôle adéquat du respect de la législation concernant la sécurité et la santé au travail. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises afin de renforcer les effectifs de l'Inspection du travail et indique la proportion de travailleurs concernés par les visites de contrôle et le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'une visite de contrôle portant sur la santé et la sécurité au cours de la période de référence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Portugal n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents du travail sont insuffisantes ;
- le système d'inspection du travail ne dispose pas des effectifs suffisants pour le contrôle adéquat du respect de la législation concernant la sécurité et la santé au travail.

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 du Portugal.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé quel était le pourcentage d'entreprises et d'établissements qui, dans la pratique, donnent accès à des services externes ou interentreprises de sécurité, d'hygiène et de santé. Il a également demandé des informations sur les points suivants : les lois et règlements pertinents dans les régions autonomes de Madère et des Açores ; la teneur concrète des services de sécurité, d'hygiène et de santé au travail fournis par l'employeur ou son représentant désigné ; l'occurrence et la périodicité des visites médicales en droit et dans la pratique, ainsi que l'agrément et l'encadrement des fournisseurs externes de services de sécurité, d'hygiène et de santé.

En réponse, le rapport indique que la loi n° 42/2012, qui a modifié la loi n° 102/2009, a approuvé les dispositifs d'accès et d'exercice des professions de spécialiste principal et de spécialiste de la sécurité au travail et abrogé l'article 100 de la loi n° 102/2009, en vertu duquel l'employeur pouvait commettre une grave infraction administrative en embauchant un spécialiste qui ne satisfaisait pas aux critères énoncés à l'article 100(1).

En vertu de l'article 74(1) de la loi n° 102/2009, l'employeur est soumis à une obligation générale d'organiser ses services de sécurité et de santé au travail selon les modalités suivantes : (1) Services internes : ils font partie de la structure de l'entreprise et dépendent de l'employeur ; sont également considérés comme tels les services dispensés par une société à d'autres entreprises du groupe, dès lors qu'elles font partie d'un groupe de contrôle ; (2) Services externes : lorsqu'un employeur n'a pas les compétences nécessaires en interne pour garantir la prévention des risques professionnels et organiser le suivi médical de ses salariés, et sous réserve qu'il ne soit pas légalement tenu d'organiser des services internes, il peut faire appel à des organismes extérieurs pour assurer les services de santé et de sécurité au travail ; (3) Employeur / travailleur désigné : dans les entreprises comptant au maximum 10 salariés et dont l'activité ne présente pas de risque élevé, les activités touchant à la santé et à la sécurité peuvent être menées directement par l'employeur ou par un ou plusieurs salariés désignés qui doivent bénéficier d'une formation adéquate et disposer des moyens nécessaires à leur mission ; (4) Services interentreprises de sécurité et de santé au travail : ils sont établis dans le cadre d'un accord entre plusieurs entreprises ou établissements appartenant à des entreprises qui ne font pas partie d'un même groupe et qui ne sont pas tenus d'organiser des services internes. Leurs activités englobent notamment l'évaluation des risques, l'adoption de mesures préventives, la formation et l'information des travailleurs.

En 2012, 35 448 entreprises ont organisé leurs services de sécurité et de santé séparément et 150 993 conjointement. Le nombre de médecins et de spécialistes engagés dans ces services a augmenté : 10 888 spécialistes de la sécurité et de la santé et 2 410 médecins du travail en 2012, puis 12 737 et 2 456 respectivement en 2013.

La sécurité et la santé au travail reposent sur des spécialistes qualifiés – spécialistes et spécialistes principaux de la sécurité – qui doivent posséder une licence professionnelle. L'ACT réglemente l'accès à ces professions en vérifiant la conformité des qualifications professionnelles exigées par la loi (sur la période 2011-2015 ont été délivrées 2 227 licences professionnelles de spécialiste de la sécurité au travail et 10 715 licences professionnelles de responsable de la sécurité au travail).

Dans les entreprises ou ensemble d'établissements qui sont situées à 50 kilomètres maximum de celui de plus grande taille, qui comptent jusqu'à neuf salariés et dont l'activité ne présente pas de risque élevé, la sécurité et la santé au travail peuvent être assurées directement par l'employeur ou par un (ou plusieurs) salarié(s) désigné(s) par lui, dans certaines conditions (formation, temps, présence, ressources, etc.). Le bon fonctionnement

des services internes des entreprises est vérifié par des interventions de contrôle. Le respect des obligations des employeurs en matière de sécurité et de santé au travail peut être vérifié à l'aide d'un rapport unique, dans lequel doivent figurer toute une série d'informations que chaque employeur doit fournir chaque année conformément à l'article 32 de la loi n° 105/2009 du 14 septembre 2009. Celles-ci incluent les activités de ses services de sécurité et de santé au travail, identification et évaluation des risques, promotion de la santé, visites médicales, accidents du travail, maladies professionnelles, entre autres, selon l'arrêté ministériel n° 55/2010 du 21 janvier 2010. Le rapport indique également que la plupart des entreprises continuent d'opter pour des services externes. Les services externes sont régis par les organismes compétents – l'ACT pour la sécurité au travail et la Direction générale de l'emploi et du travail pour la santé au travail. La réglementation implique d'accorder ou de refuser l'autorisation d'exercer cette activité, et par la suite de réaliser des audits (96 en 2015) pour évaluer la qualité des services fournis aux entreprises clientes. En outre, la Stratégie nationale de sécurité et de santé au travail 2015-2020 prévoit plusieurs mesures concernant la supervision et le suivi des activités des services externes, tant dans le domaine de la sécurité au travail que dans celui de la santé au travail, l'élaboration et la disponibilité de kits visant à aider les nouveaux employeurs à s'acquitter de leurs obligations primaires dans ces domaines, la production et la diffusion de documents adaptés à différents secteurs et d'instruments conçus pour faciliter la mise en œuvre de la législation en matière de sécurité et de santé au travail.

Le Comité renouvelle sa demande d'informations sur les lois et règlements pertinents dans les régions autonomes de Madère et des Açores, ainsi que sur l'occurrence et la périodicité des visites médicales en droit et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Portugal 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 du Portugal.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance (moyenne des deux sexes confondus) était de 81,8 ans en 2015 (79,61 ans en 2009). Il constate que, d'après les estimations publiées par Eurostat, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 80,6 ans en 2015 pour les 28 pays de l'UE.

Le Comité note, d'après les données statistiques disponibles sur Pordata, que le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) a augmenté depuis la dernière période de référence (10,5 décès pour 1 000 habitants en 2015 contre 9,78 décès pour 1 000 habitants en 2011). Il a précédemment demandé quelles mesures de prévention avaient été mises en place pour ce qui concerne les huit domaines prioritaires définis dans le Plan sanitaire national (2011-2016), à savoir les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires, la santé mentale, le VIH/sida, la promotion d'une alimentation saine et la prévention du tabagisme, ainsi que des informations sur les autres grandes causes de mortalité (Conclusions 2013).

Le rapport contient des informations sur les mesures prises pour tenter d'empêcher les suicides, comme le programme national de prévention du suicide, ainsi que sur les mesures de prévention et de lutte contre le tabagisme. Il fournit également des données chiffrées sur le nombre de personnes ayant subi une intervention chirurgicale, y compris les patients atteints de cancer, ou ayant utilisé les services de consultations externes ou d'urgence. Le rapport indique que le délai d'attente moyen pour les patients ayant des tumeurs malignes a augmenté d'une journée en 2013 par rapport à 2012. Constatant la hausse du taux de mortalité, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les principales causes de décès prématuré au Portugal (y compris le cancer) et sur les mesures prises pour les combattre.

Le Comité relève dans les données Eurostat que le taux de mortalité infantile a légèrement baissé pendant la période de référence, passant de 3,4 en 2012 à 2,9 en 2013, puis est resté stable pendant les trois dernières années de la période de référence (2,9 décès pour 1 000 enfants nés vivants en 2013, 2014 et 2015).

Le Comité note que le taux de mortalité maternelle a augmenté depuis la dernière période de référence (7 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015, contre 5,2 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2011 selon Pordata). Il demande des informations sur les mesures prises pour réduire le taux de mortalité maternelle.

Accès aux soins de santé

Le Comité a noté précédemment qu'il est fait appel, pour les soins de santé relevant du Service national de santé (SNS), à des prestataires aussi bien publics que privés (Conclusions 2013). Il relève dans le rapport 2017 consacré au Portugal (*HiT Portugal*) de la série *Health Systems in Transition* [systèmes de santé en transition] que le système de santé portugais se caractérise par la coexistence de trois systèmes imbriqués les uns dans les autres : le système universel (SNS), des régimes spéciaux d'assurance maladie pour certains secteurs ou professions, notamment pour les fonctionnaires, les employés de banque ou ceux des compagnies d'assurances (sous-systèmes de santé), et des assurances maladies privées volontaires. Il ressort de la même source que les dépenses totales de santé représentaient 9,5 % du PIB en 2014. Le financement public du SNS représentait 66 % des dépenses totales de santé.Une part relativement importante du financement – environ 35 % des dépenses totales – est privée (la moyenne européenne est de l'ordre de 24 %). Il s'agit à plus de 80 % de paiements directs qui correspondent

principalement à la participation aux frais demandée aux patients dans le secteur privé – soins ambulatoires, médicaments, soins dentaires – et aux frais restant à la charge des patients dans le SNS (une grande partie de la population bénéficie cependant d'exonérations).

Le Comité a noté précédemment que priorité était donnée à la promotion de l'accès aux soins hospitaliers (chirurgie, consultations externes, traitement des cancers, chirurgie ambulatoire et amélioration des services d'urgence). Il a demandé à être tenu informé de la mise en œuvre des mesures prises dans ces domaines et de leurs résultats (Conclusions 2013).Il ressort des données chiffrées détaillées figurant dans le rapport que le plus faible délai d'attente pour une intervention chirurgicale a été obtenu en 2013 : 2,8 mois (soit moins de trois mois pour la première fois). S'agissant du recours aux soins de santé primaires, le taux le plus élevé de consultations médicales a été enregistré en 2013. À noter également une hausse sensible des visites à domicile (médecins et infirmiers), ainsi qu'une hausse des interventions chirurgicales portant sur les tumeurs malignes : jamais autant de patients n'avaient été opérés.Le rapport indique toutefois qu'en 2013, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous à l'hôpital était de 120,5 jours (122,9 jours en 2012), et qu'il fallait ensuite compter 80,8 jours en moyenne (81,5 jours en 2012) pour la prise en charge après la première consultation. Il ajoute que le délai d'attente pour la chirurgie du cancer a augmenté (d'une journée en 2013 par rapport à 2012). Le Comité demande à être informé des délais moyens réels pour les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, chirurgies comprises.

S'agissant des produits pharmaceutiques, le Comité a précédemment demandé des informations sur le niveau du ticket modérateur (Conclusions 2013). Le rapport donne des informations sur les quatre catégories de médicaments remboursées par l'État, à savoir les médicaments essentiels pour le traitement de maladies chroniques ou ceux qui peuvent sauver des vies, notamment en cas de cancer ou de diabète (catégorie A, taux de remboursement 90 %) et les médicaments essentiels à valeur thérapeutique utilisés pour le traitement de maladies graves, comme les médicaments contre l'asthme ou les médicaments cardiovasculaires (catégorie B, taux de remboursement 69 %). Pour les médicaments concernés par le système du prix de référence, le taux de remboursement général ne s'applique qu'au prix de référence (c.-à-d. le prix auquel le SNS rembourse le patient). Si le patient achète un médicament plus cher, il doit acquitter la différence entre le prix de référence et le prix de vente au détail de la pharmacie. Pour les retraités ayant des revenus modestes, le taux de remboursement est porté à 95 % pour les médicaments concernés par le système du prix de référence, quel que soit le taux de remboursement général, mais ce uniquement si le prix de vente au détail de la pharmacie est inférieur au prix de référence.

Le Comité relève dans *HiT Portugal* que les paiements directs constituent une importante source de financement du système de santé portugais. La même source indique que la participation financière des patients (c.-à-d. les frais restant à leur charge et les paiements directs au titre des services du secteur privé) représentait environ 26,8 % des dépenses totales de santé en 2014. D'après les données provisoires pour 2015, la participation financière des patients serait en hausse à 27,6 % des dépenses totales. Les pharmacies, les centres de soins ambulatoires, les cabinets médicaux, les hôpitaux et les structures de soins ou d'accueil résidentiel représentent environ 90 % des paiements directs des ménages pour les soins de santé. La plupart des soins dentaires sont à la charge des patients, tout comme beaucoup de consultations spécialisées dans les centres de soins ambulatoires privés. Le Comité demande que des informations actualisées sur le niveau des paiements directs figurent dans le rapport suivant.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et traitements dentaires (par exemple, qui a droit à des soins dentaires gratuits, coût des principaux traitements et proportion des paiements directs des patients).

Le rapport indique que le Plan sanitaire national 2020, qui a été révisé en 2015, fixe plusieurs grands objectifs, parmi lesquels une réduction des décès prématurés (avant 70 ans) d'au moins 20 %, une hausse de 30 % de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans et une réduction des facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles – principalement la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac, et l'obésité infantile. Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur les mesures prises pour atteindre ces objectifs et sur les résultats obtenus / leur mise en œuvre.

Le Comité relève que *HiT Portugal* pointe la faiblesse du ratio personnel infirmier-médecins en 2014 ; pendant la période de référence, l'un des enjeux du Portugal était l'inégale répartition des personnels de santé par rapport à la population. Du fait de leur concentration dans les principaux centres urbains et le long des côtes, l'arrière-pays est mal desservi. La même source indique que les inégalités face à la santé demeurent un problème majeur du SNS, déterminé à la fois par la géographie (les populations des régions de l'intérieur éprouvent davantage de difficultés à accéder aux services de santé), le revenu (il est beaucoup plus difficile, pour des personnes à revenus modestes, de payer les médicaments et d'accéder à des services de santé non couverts par le SNS, comme les soins bucco-dentaires) et les connaissances en matière de santé (l'accès à l'internet et, partant, à beaucoup d'informations sur la santé disponibles en ligne, est plus compliqué pour les populations plus âgées et pour les personnes ayant un faible niveau d'instruction). Le Comité demande que des informations sur les mesures prises pour remédier à ces problèmes figurent dans le prochain rapport.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations concernant l'existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes et l'éventail des possibilités et traitements offerts (Conclusions 2013). Le Comité prend note des informations détaillées figurant dans le rapport concernant les différents types de traitement et de structures de prise en charge des toxicomanes.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 du Portugal.

Education et sensibilisation de la population

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le rapport suivant contienne des informations actualisées sur les différentes campagnes d'information menées par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (Conclusions 2013).

Le rapport ne mentionne que quelques campagnes conduites dans le domaine de la prévention du tabagisme et un programme national pour la prévention du suicide. Notant que l'obésité infantile est l'un des grands volets du plan sanitaire national 2020, le Comité demande des informations sur les campagnes ou initiatives spécifiques lancées dans ce domaine.

Le Comité rappelle que l'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de la politique de santé publique. Les activités peuvent être plus ou moins développées selon les problèmes de santé publique les plus importants dans le pays (Conclusions 2007, Albanie). Les mesures prises doivent viser à prévenir les comportements nocifs – tabagisme, consommation excessive d'alcool et usage de drogues – et à encourager le développement du sens de la responsabilité individuelle au sujet notamment des questions d'alimentation saine, de sexualité, ou encore d'environnement (Conclusions XV-2, la République slovaque). Le Comité renouvelle donc sa demande d'informations sur des campagnes ou initiatives concrètes/spécifiques, comme les campagnes d'éducation et de sensibilisation, lancées par les services de santé publique ou d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a noté précédemment que le Service national de santé procède régulièrement à des campagnes de dépistage du cancer et du diabète au sein de la population. La mise en œuvre de ces campagnes, organisées au niveau régional, est confiée aux cinq administrations sanitaires régionales. Le Comité a pris note des programmes de dépistage existants pour le cancer et le diabète (Conclusions 2015).

Concernant la prise en charge hospitalière, le rapport indique qu'en 2015 un réseau de référence a été mis en place pour chacune des trois spécialités de l'oncologie : oncologie médicale, radiothérapie et hématologie clinique.

La mise en œuvre et les détails opérationnels des campagnes de dépistage du cancer (colorectal, col de l'utérus et sein) ont fait l'objet d'un suivi rigoureux. Le Comité prend note des informations concernant la couverture géographique des différents programmes de dépistage du cancer ainsi que des efforts réalisés en matière de diagnostic précoce pour ce qui concerne le cancer de la bouche.

Le Comité rappelle que des consultations et dépistages gratuits et réguliers doivent exister pour les femmes enceintes et les enfants et être répartis sur tout le territoire (Conclusions 2005, la République de Moldova). Il demande des informations à jour sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Portugal 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 du Portugal.

Environnement sain

Le Comité a précédemment demandé des informations à jour sur les principaux règlements et textes de loi en vigueur dans le domaine de la protection de l'environnement, notamment pour ce qui concerne la qualité de l'air, la salubrité de l'eau, le bruit, les rayonnements ionisants, l'amiante et la sécurité alimentaire. Il demande également des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique et sur les cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire survenus pendant la période de référence (Conclusions 2013).

Le rapport fournit des informations sur le cadre juridique relatif aux rayonnements ionisants, à l'amiante et à la qualité de l'air intérieur. Le Comité demande à nouveau que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les niveaux de pollution atmosphérique et sur les cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire, ainsi que sur les mesures prises dans ces domaines. Il souligne que si ces informations ne sont pas communiquées, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le rapport fournit des informations sur les activités et les campagnes entreprises dans le cadre du programme national de prévention et de contrôle du tabagisme (PNPCT) créé en 2012, qui s'inscrit dans le plan sanitaire national (2012-2016). Les principaux objectifs du PNPCT se déclinent comme suit : augmenter l'espérance de vie saine de la population portugaise par la réduction des maladies et de la mortalité prématurée associées à la consommation de tabac et à l'exposition à la fumée du tabac ; réduire la prévalence du tabagisme (quotidien ou occasionnel) dans la population de 15 ans et plus d'au moins 2 % d'ici à 2016 ; enfin, éliminer l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. Le rapport ajoute que pour assurer le suivi de cette problématique, un rapport sur la prévention et le contrôle du tabagisme au Portugal a été publié en 2014.

Le Comité rappelle que l'efficacité des politiques de lutte contre le tabagisme est appréciée sur la base des données statistiques sur l'évolution de la consommation de tabac (Conclusions XVII-2 (2005), Malte). Il demande par conséquent que le rapport suivant contienne des informations sur l'impact et le résultat des mesures prises contre le tabagisme ainsi que des données sur l'évolution de la consommation.

Le rapport ne contient aucune information au sujet de la consommation d'alcool et de drogues. Le Comité rappelle que l'approche susmentionnée vaut *mutatis mutandis* pour la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (Conclusions XVII-2 (2005), Malte). Il demande que le rapport suivant contienne des informations sur les mesures prises dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ainsi que sur l'évolution de la consommation.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Le Comité demande que le suivant contienne des informations à jour concernant les taux de couverture vaccinale pour les maladies couvertes par le programme national de vaccination.

Accidents

Le rapport indique que des projets visant à garantir la sécurité des enfants et adolescents et des programmes de prévention des accidents domestiques chez les personnes âgées ont été élaborés durant la période de référence.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les mesures prises pour prévenir les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents survenant durant les loisirs et les accidents à l'école, ainsi que sur la tendance observée en ce qui concerne le nombre de tels accidents.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 du Portugal.

S'agissant des prestations familiales et des prestations de maternité, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2011).

Le Comité constate l'adoption au cours de la période de référence d'un certain nombre d'aménagements législatifs concernant le système de sécurité sociale. Les changements ayant eu une incidence sur le montant des prestations et, de ce fait, sur leur caractère suffisant, seront examinés ci-après. Pour ce qui est des autres changements, le Comité renvoie à son appréciation au regard de l'article 12§3.

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale portugais. Il note que ce dernier continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'État.

Le Comité relève dans la base de données MISSOC que l'accès au Service national de santé est ouvert à tous les résidents, y compris les immigrés en situation irrégulière, les ressortissants de l'Union européenne et les ressortissants d'États non membres de l'UE. Pour ce qui est des branches de la sécurité sociale autres que les soins de santé, tous les salariés et travailleurs indépendants, y compris les employés de maison, sont couverts par la branche maladie d'un régime d'assurance sociale obligatoire (l'affiliation volontaire est possible pour certaines catégories de personnes non couvertes par un autre régime contributif obligatoire). Selon le rapport, en 2014, sur une population active de 5 195 200 personnes, 4 652 961 personnes étaient couvertes par l'assurance maladie (soit près de 90 %). Un régime d'assurance sociale obligatoire est également applicable à tous les salariés et travailleurs indépendants pour couvrir les risques invalidité-vieillesse-survivants, avec possibilité de cotisation volontaire pour certaines catégories de personnes. En 2014, 4 640 341 personnes étaient couvertes par l'assurance vieillesse (soit 89 % de la population active). Le Comité demande que le rapport suivant précise si le même pourcentage de la population est couvert pour les risques invalidité et survivants. Pour ce qui est du chômage, un régime d'assurance sociale obligatoire est applicable à tous les salariés (et à certaines catégories de travailleurs indépendants). En 2014, 4 358 058 personnes étaient couvertes par l'assurance chômage (84 % de la population active). Une assurance privée obligatoire est imposée à tous les salariés au titre du risque accidents du travail ; ils sont couverts par un régime d'assurance sociale obligatoire pour ce qui est des maladies professionnelles. Le Comité demande que le rapport suivant contienne des données actualisées concernant la proportion de personnes assurées contre tous les risques susmentionnés (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles) au regard de la population active totale.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 8 435 € par an en 2015, soit 703 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 4 218 € par an, soit 351 € par mois ; 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 281 € par mois. En 2015, la rémunération mensuelle minimale garantie (RMMG) était fixée à 505 € par mois et l'indice des aides sociales ou IAS (*indexante dos apoios sociais),* qui sert de référentiel d'indexation des prestations*,* à 419,22 €.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013), le Comité a estimé que le niveau minimum des prestations **maladie** était insuffisant. Il rappelle que pour avoir droit au bénéfice des prestations de maladie, un travailleur doit justifier de six mois d'affiliation ayant donné lieu à des salaires enregistrés, dont au moins 12 jours de travail effectif durant les quatre mois précédant la survenue de la maladie. Le Comité relève dans le rapport qu'à la suite de certains amendements adoptés en 2012 (voir aussi les Conclusions relatives à l'article 12§3), le montant de la prestation est maintenant égal à 55 % de la rémunération normale pour les 30 premiers jours d'incapacité temporaire, 60 % pour les 60 jours suivants, 70 % du 91e au 365e jour de maladie, et 75 % du salaire pour la période subséquente, lorsque l'incapacité temporaire se prolonge au-delà d'un an. Ces montants sont augmentés de 5 % pour les bénéficiaires dont la rémunération de référence est égale ou inférieure à 500 € par mois, pour ceux qui ont à charge au moins trois enfants de moins de 16 ans – ou de moins de 24 ans s'ils perçoivent des allocations familiales – et pour ceux qui ont des enfants ouvrant droit à une majoration en raison d'un handicap. S'agissant du montant minimum des prestations de maladie, la situation n'a toutefois pas changé, selon la base de données MISSOC : le montant minimum de l'indemnité correspond toujours à 30 % de l'IAS, à savoir 126 €, ou à la rémunération moyenne si celle-ci est inférieure à ce pourcentage. Le rapport explique à cet égard qu'un montant aussi bas n'est servi qu'à des personnes travaillant à temps partiel (moins de 50 % de la durée de travail à temps plein) et gagnant le salaire minimum, ou lorsque la période d'assurance n'est pas suffisamment longue pour pouvoir calculer la somme totale des rémunérations et qu'il faut procéder sur la base de périodes d'assurance cumulées. En pareil cas, les périodes de cotisation sont très courtes et les revenus peu élevés. Selon le rapport, à la suite des modifications apportées en 2012 en vue de réduire le plus possible les situations de cet ordre, le nombre de cas où le montant des prestations maladie est inférieur à 419 € n'a cessé de diminuer, passant de 6 557 en 2011 (1,3 % des bénéficiaires) à 2 993 en 2014 (0,8 % des bénéficiaires seulement). Tout en prenant note de ces explications, le Comité rappelle que lorsque des 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 être inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat. Lorsque le niveau de la prestation est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté (ou de l'indicateur du seuil de pauvreté), son cumul avec d'autres prestations ne peut pas rendre la situation conforme à l'article 12§1. Le Comité considère par conséquent que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité prend note des modifications apportées durant la période de référence au régime d'assurance **chômage** (voir aussi les Conclusions relatives à l'article 12§3). Il relève en particulier que la durée d'affiliation minimale a été abaissée de 450 à 360 jours durant les 24 mois précédant la fin du contrat de travail. La durée d'indemnisation a par ailleurs été réduite et se situe désormais entre 150 et 540 jours (270 et 900 auparavant) selon l'âge et la durée de cotisation du demandeur. En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), le rapport indique que les bénéficiaires des allocations de chômage peuvent perdre leur droit à ces prestations en cas de radiation par les services de l'emploi, ou encore en cas de refus d'un emploi convenable, d'un travail socialement nécessaire, d'une formation professionnelle, d'un projet personnalisé d'accès à l'emploi ou d'autres types de mesures actives en place en faveur de l'emploi. Les bénéficiaires ont le droit de refuser une offre ou la participation à l'un ou l'autre des dispositifs précités pendant une période qui ne peut excéder 30 jours par an. Le Comité demande que le rapport suivant précise les voies de recours ouvertes pour contester des décisions de suspension ou de retrait des allocations de chômage. Le rapport indique que le montant maximum des allocations a été réduit, de même que le montant de la prestation versée après six mois de chômage. Le montant minimum des allocations n'a toutefois pas changé et correspond à l'IAS, soit 419 €, ou à la rémunération de référence, si elle est inférieure. À cet égard, le rapport explique que le salaire minimum (RMMG) a toujours été supérieur à la valeur du IAS et que, par conséquent, le montant des prestations contributives n'est généralement inférieur à l'IAS

que lorsque le bénéficiaire travaille à temps partiel. Compte tenu de ces explications, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte.

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

Selon le rapport, en 2015, la pension contributive d'**invalidité** minimale s'élevait respectivement à 261,95 € pour une période contributive inférieure à 15 ans, à 274,79 € pour une période contributive de 15 à 20 ans, à 303,23 € pour une période contributive de 21 à 30 ans et à 379,04 € pour une période contributive supérieure à 31 ans. En cas d'invalidité totale, le minimum servi est celui correspondant à une période contributive de 40 ans, ce qui est un niveau conforme à la Charte.

Le Comité a précédemment noté (Conclusions 2006) que le montant des prestations servies par l'assurance **accidents du travail** et **maladies professionnelles** représentait 70 % du salaire de référence. Il relève dans les bases de données ISSA et MISSOC que cette situation n'a pas changé : les montants versés correspondent à 70 % du salaire de référence durant les 12 premiers mois d'incapacité et à 75 % par la suite. Compte tenu du niveau du salaire minimum, le Comité considère que le niveau des prestations est suffisant au regard du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Portugal n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que le montant minimal des prestations de maladie 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 du Portugal.

Le Comité note que le Portugal a ratifié le Code européen de sécurité sociale et son Protocole le 15 mai 1984, et en a accepté les parties II et VIII, ainsi que les parties III, IV, V, VII, IX et X, tel que modifié par le Protocole

Le Comité note que, d'après la Résolution CM/ResCSS(2016)14 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale et de son Protocole par le Portugal (période du 1 juillet 2014 au 30 juin 2015), le système de sécurité sociale du Portugal continue à donner effet aux Parties acceptées du Code (II et VIII) et du Protocole (III, IV, V, VII, IX et X) mais fonctionne, en grande partie, en dessous du seuil de pauvreté et n'est pas en mesure d'empêcher la propagation de la pauvreté parmi la majorité des personnes protégées.

Le Comité note également que, d'après la Résolution CM/ResCSS(2016)14, la question du caractère adéquat des prestations de la sécurité sociale conformément aux Parties acceptées du Code sera examinée sur la base des informations complètes fournies par le gouvernement.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Portugal 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 du Portugal.

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale portugais. S'agissant des prestations familiales et des prestations de maternité, il renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1. En ce qui concerne les autres branches de la sécurité sociale, le Comité prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence. Le rapport mentionne en particulier les améliorations suivantes :

- s'agissant des **prestations de chômage**, la durée d'affiliation minimale a été abaissée de 450 à 360 jours durant les 24 mois précédant la fin du contrat de travail ; dans le cadre du programme d'urgence sociale, le montant des allocations a en outre été temporairement augmenté (décret-loi (DL) nº 64/2012 du 15 mars 2012) dans certaines situations lorsque le bénéficiaire a des enfants à charge. Les chômeurs acceptant une offre d'emploi transmise par les services de l'emploi ou ayant trouvé eux-mêmes un emploi peuvent bénéficier d'une aide financière supplémentaire (arrêté ministériel nº 26/2015 du 10 février 2015). De nouvelles règles ont par ailleurs été introduites pour étendre le bénéfice des prestations à certaines catégories de travailleurs indépendants (décret-loi nº 65/2012 du 15 mars 2012, arrêté ministériel nº 12/2013 du 25 janvier 2013) ;
- s'agissant des **prestations de l'assurance maladie**, il ressort du rapport que la couverture a été élargie à la suite d'une modification du mode de calcul de la rémunération de référence : est désormais prise en compte l'intégralité de la période d'assurance, du début de la période de référence au jour où est survenue l'incapacité de travail (décret-loi nº 133/2012 du 27 juin 2012) ;
- s'agissant de l''incapacité de travail qui résulte d'une **maladie professionnelle** ou d'un **accident lié au travail**, les pensions servies ont été augmentées de 3,6 % en 2012, de 2,9 % en 2013 et de 0,4 % en 2014 ;
- les droits à **pension d'invalidité** ont été élargis à la suite de l'adoption de nouvelles règles (décret-loi nº 246/2015 du 20 octobre 2015) qui prennent en compte l'incapacité de travail permanente objective de l'intéressé, indépendamment des causes (avant l'adoption de cette loi, seule l'invalidité résultant de maladies faisant l'objet d'une liste spécifique était reconnue comme telle) ;
- le délai de cinq ans imparti pour demander une **pension de survivant** a été supprimé.

Le rapport reconnaît toutefois qu'en raison de la forte baisse des dépenses publiques et des diverses mesures d'austérité décidées entre 2011 et 2014 dans le cadre du programme d'ajustement économique, il a fallu réduire le budget de la sécurité sociale et recibler les aides. D'après le rapport, les autorités ont néanmoins veillé à garantir une protection sociale effective à ceux qui en ont le plus besoin.

Le Comité note en particulier l'adoption des mesures restrictives suivantes :

- le montant des allocations de **chômage** après six mois d'indemnisation a été réduit de 10 %. Les plafonds ont également été réduits (mais pas les minima). La durée de versement de la prestation, qui se situait dans une fourchette comprise entre 270 et 900 jours selon l'âge et la durée de cotisation du demandeur, a elle aussi été réduite et oscille désormais entre 150 et 540 jours. Des mesures transitoires ont toutefois été mises en place afin que les demandeurs qui justifiaient déjà au 31 mars 2012 d'une certaine durée de cotisation bénéficient de règles plus favorables ;
- pour ce qui est de l'indemnisation des arrêts **maladie**, le taux de remplacement pour les 90 premiers jours d'arrêt a été réduit (il est passé de 65 % à 55 % pour les 30 premiers jours et à 60 % pour les 60 jours suivants) ; une augmentation

de 5 % est néanmoins applicable à certains demandeurs qui se trouvent dans une situation plus vulnérable (décret-loi nº 133/2012 du 27 juin 2012). Depuis 2013, dans le secteur public, un délai de trois jours de carence est applicable en cas d'arrêts maladie répétés (sur de mêmes périodes ou de façon ponctuelle à chaque fois) (loi nº 66-B/2012 du 31 décembre 2012 – Budget de l'État pour 2013, LOE 2013) ;

- l'indice des aides sociales ou IAS, qui sert de référentiel d'indexation pour plusieurs prestations, n'a pas été revalorisé durant la période de référence. En conséquence, la valeur nominale des pensions de **vieillesse** a été gelée. Les pensions minimales prévues par le régime général de la sécurité sociale pour les assurés ayant cotisé moins de 15 ans, les pensions relevant du régime spécial des activités agricoles (RESSAA), du régime non contributif et d'autres régimes équivalents, de même que les pensions versées au titre d'autres régimes transitoires applicables aux ouvriers agricoles, ont cependant toutes été revalorisées à titre exceptionnel au nom du principe d'équité sociale, étant donné la nécessité de protéger les retraités aux revenus les plus modestes. La possibilité de départ en retraite anticipée (pour les plus de 55 ans justifiant d'au moins 30 ans de cotisation), qui avait été suspendue pendant la période de référence, a été réintroduite en 2015, mais en prévoyant des conditions plus strictes pour l'ouverture de ce droit (les bénéficiaires doivent avoir au moins 60 ans et justifier d'au moins 40 ans de cotisation) ;
- le montant de la pension de **survivant** a été limité dans certains cas (ex-conjoints, conjoints séparés judiciairement, personnes dont le mariage a été déclaré nul et non avenu ou annulé) au montant de la pension alimentaire perçue au moment du décès de l'assuré ; le montant de l'allocation servie en cas de décès a été plafonné à six fois l'IAS en 2012 et à trois fois l'IAS en 2013 (y compris dans le secteur public). Le montant maximal de remboursement des frais d'obsèques a également été limité et une nouvelle règle a été fixée prévoyant que, si une demande de pension de survivant est formulée plus de six mois après le décès de l'assuré, la pension ne sera pas versée rétroactivement (décret-loi nº 133/2012 ; décret-loi nº 13/2013 du 25 janvier 2013) ;
- la revalorisation annuelle des pensions servies au titre d'une incapacité permanente ou d'un décès résultant d'un **accident du travail** ou d'une **maladie professionnelle** a été suspendue en 2015.

Le Comité prend également note des mesures prises pour maintenir la viabilité du régime de pension vieillesse durant la période de référence, qui sont détaillées dans la partie du rapport consacrée à l'article 23 de la Charte. Il demande que le rapport suivant fournisse davantage de renseignements concernant la mise en œuvre et les effets de ces mesures.

Le Comité rappelle que l'appréciation des mesures restrictives se fait au regard des critères suivants : la teneur des modifications (champ d'application, conditions d'octroi des prestations, niveau de la prestation, durée de service, etc.) ; les motifs des modifications et le cadre de la politique sociale et économique dans lequel elles s'inscrivent ; l'importance des modifications (les catégories et le nombre de personnes affectées, le montant des prestations avant et après la modification) ; la nécessité de la réforme ; l'existence de mesures d'assistance sociale destinées aux personnes qui se trouvent dans le besoin du fait de ces modifications (ces informations peuvent être présentées au titre de l'article 13) ; les résultats obtenus par les modifications (Conclusions XVI-1 (2002), Observation interprétative de l'article 12§3).

Il relève dans le rapport que, bien que la revalorisation de certaines prestations ait été suspendue pendant la période de référence, la plupart de ces mesures ont été levées par la suite. Des mesures complémentaires ont en outre été prises entretemps pour atténuer les effets des restrictions sur les catégories les plus vulnérables de bénéficiaires. La couverture

de certaines prestations a par ailleurs été élargie. Au vu des informations disponibles, le Comité considère que la situation demeure conforme à l'article 12§3 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Portugal 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 du Portugal.

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 par le biais de mesures unilatérales.

Le Comité rappelle qu'en vertu de la législation de l'UE régissant la coordination des systèmes de sécurité sociale des États membres de de l'UE, fondée 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 assurent, en principe, l'égalité de traitement entre, d'une part, leurs nationaux et, d'autre part, les ressortissants des autres États Membres de l'UE ou de l'EEE, les apatrides, les réfugiés résidant sur le territoire d'un État Membre qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou plusieurs États Membres, les membres de leur famille et leurs survivants, ainsi que les ressortissants de pays tiers, les membres de leur famille et leurs survivants, à condition qu'ils résident légalement sur le territoire d'un État Membre et qu'ils se trouvent dans une situation dont tous les éléments ne se cantonnent pas à l'intérieur d'un seul État Membre.

Le Comité rappelle qu'en tout état de cause, les États membres de l'UE ou de l'EEE sont, au regard de la Charte, tenus de garantir aux ressortissants des autres États parties à la Charte de 1961 et à la Charte qui ne sont pas membres de l'Union européenne ou de l'EEE l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale pourvu qu'ils résident légalement sur le territoire de l'État Membre (Conclusions XVIII-1 (2006)). Pour ce faire, ils doivent, soit conclure avec eux des accords bilatéraux, soit prendre des mesures unilatérales.

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les autres États parties non membres de l'UE ou de l'EEE, le rapport indique que la Convention de sécurité sociale entre le Portugal et l'Ukraine est entrée en vigueur en 2012. Il ajoute que le Portugal a engagé des négociations avec la Fédération de Russie et la Turquie en vue de conclure de tels accords. Aucun accord n'est toutefois envisagé avec l'Albanie, l'Arménie, la Géorgie et la Serbie.

S'agissant des mesures unilatérales prises par le Portugal, le rapport indique que le principe d'égalité de traitement en matière de sécurité sociale est garanti aux nationaux comme aux ressortissants étrangers, si tant est qu'ils résident légalement au Portugal. Il précise cependant que certaines prestations non contributives, notamment la pension sociale, le revenu d'insertion sociale et le complément de solidarité pour personnes âgées font exception à cette règle. Le versement de la pension sociale est subordonné à la signature d'accords bilatéraux de sécurité sociale avec le Portugal. Le Comité note, à cet égard, qu'aucun accord bilatéral garantissant l'égalité de traitement n'a été signé avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine, la Croatie, la Géorgie, « l'ex-République yougoslave de Macédoine », la République de Moldova et la Serbie. Quant au revenu d'insertion sociale et au complément de solidarité pour personnes âgées, ils sont soumis à une condition de durée de résidence d'un an pour les nationaux et de six ans pour les ressortissants étrangers.

Le Comité rappelle que, s'agissant de prestations non contributives, l'annexe à l'article 12§4 admet que l'on impose aux étrangers une condition de durée de résidence, à condition que la durée de résidence requise soit proportionnée à l'objectif poursuivi (Conclusions XIII-4 (1996), Danemark).

Le Comité considère qu'une durée de six ans est excessive et n'est, dès lors, pas conforme à la Charte sur ce point.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 (Conclusions XVIII-1 (2006), Chypre).

Le Comité note, d'après la base de données MISSOC, que le Portugal subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant réside sur son territoire ou se trouve dans une situation assimilée à celle d'un résident selon la législation. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur ce qui constitue une situation assimilée à celle d'un résident.

Le rapport indique que l'accord de sécurité sociale conclu entre le Portugal et la Turquie couvre notamment les prestations familiales. Aucun accord de ce type n'a cependant été conclu avec l'Albanie, l'Arménie, la Géorgie et la Fédération de Russie durant la période de référence. Cela étant, le Portugal considère qu'en ce qui concerne le versement des prestations familiales, le principe d'égalité de traitement est garanti aux ressortissants étrangers qui résident légalement dans le pays.

Pour ces raisons, le Comité considère que l'égalité de traitement concernant l'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), considéré la situation conforme à la Charte pour ce qui concerne la conservation des avantages acquis par les ressortissants des autres États parties, conformément à l'article 7 de la loi n° 4/2007 du 17 janvier 2007 sur la sécurité sociale. La situation n'ayant pas changé au cours de la période de référence, le Comité réitère sa conclusion de conformité à la Charte sur ce point.

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

Le Comité rappelle avoir considéré la situation conforme à la Charte dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013) pour ce qui concerne le maintien des avantages acquis. La situation n'ayant pas changé à cet égard, il réitère sa conclusion de conformité à la Charte sur ce point.

Conclusion

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

- l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie 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 du Portugal.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité prend note des faits nouveaux intervenus sur le plan législatif durant la période de référence.

Le Comité relève dans le rapport que les personnes et les familles qui rencontrent de graves difficultés financières et ont besoin de soutien pour faciliter leur insertion sociale et professionnelle ont droit au revenu d'intégration sociale (RIS) sous certaines conditions. En 2012-2015, le montant de référence pris en compte pour l'évaluation des ressources et le montant de la prestation effectivement servie à une personne seule ont été réduits de 189,52 € à 178,15 € par mois.

Le Comité note que depuis l'entrée en vigueur du décret-loi n° 133/2012 le 27 juin 2012, la valeur de référence du RIS est désormais liée à celle de l'indice de l'aide sociale (IAS), et non plus au montant de la pension sociale, ce qui a conduit au gel du RIS, étant donné que l'IAS est gelé.

S'agissant des conditions d'admission au bénéfice du RIS, d'après le rapport, en 2015, la Cour constitutionnelle a déclaré inconstitutionnelle avec force obligatoire générale la disposition de l'article 6(1)(a) de la loi n° 13/2003 du 21 mai 2003 (et la disposition y relative du décret-loi n° 133/2012 du 27 juin 2012), selon laquelle les ressortissants portugais devaient avoir résidé légalement au Portugal pendant au moins un an avant d'avoir accès aux prestations (arrêt n° 141/2015 rendu le 16 mars 2015 par la Cour constitutionnelle). Le rapport explique que grâce à cette décision d'inconstitutionnalité, les travailleurs migrants portugais peuvent désormais conserver leurs droits sociaux lorsqu'ils quittent le pays pour des raisons professionnelles et y reviennent sans couverture sociale appropriée. Avant cet arrêt, les ressortissants portugais ne pouvaient bénéficier du RIS qu'une année après leur retour au Portugal.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quelles formes d'assistance sociale pouvaient être refusées aux personnes qui ne respectaient pas les programmes d'insertion, si l'aide était intégralement supprimée et si cette suppression équivalait à priver l'intéressé de ses moyens de subsistance. En réponse, il relève dans le rapport que le sous-système d'action sociale prévoyant le versement de prestations en espèces continue d'être accessible aux personnes qui se sont vues retirer le RIS pour avoir refusé une offre d'emploi convenable. Cependant, d'après le rapport, l'admission au bénéfice de ces prestations ne constitue pas un droit subjectif des bénéficiaires. Les prestations en espèces relevant du sous-système d'action sociale ne sont servies qu'en dernier ressort et à titre exceptionnel, sur la base d'une évaluation de la vulnérabilité de l'individu ou de la famille effectuée par un agent des services sociaux.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que les personnes en situation de besoin étaient exemptées du ticket modérateur pour les soins dispensés par le Service national de santé et a demandé si tel était toujours le cas lorsque le RIS cessait d'être versé pour non-respect du programme d'insertion.

En réponse, le Comité relève dans le rapport que les critères permettant d'établir si une personne se trouve en situation de besoin sur le plan financier en vue de la dispenser du ticket modérateur sont définis par le ministère de la Santé. Le cadre juridique régissant le RIS ne fait pas de lien entre l'exonération du ticket modérateur et le non-respect d'un contrat d'insertion. Par conséquent, les anciens bénéficiaires du RIS ont toujours droit à cette exonération si la situation de besoin persiste. À cet égard, le Comité prend note de la création d'une banque du médicament, qui permettra aux personnes les plus vulnérables

d'avoir accès à des médicaments dans des conditions plus favorables. D'après le rapport, l'exonération du ticket modérateur a été étendue à plus de 5,5 millions de personnes.

Niveau des prestations

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

- Prestations de base : d'après la base de données du MISSOC, le revenu minimum d'insertion sociale (RIS), qui est indexé sur l'indice de l'aide sociale (IAS), s'élevait à 178,15 € en 2015.
- Prestations complémentaires : d'après la base de données du MISSOC, il n'y a pas d'allocations logement ou de chauffage. Le rapport ne fournit pas d'informations concernant les prestations complémentaires.
- Seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat : il était estimé à 351 € en 2015.

D'après le rapport, des mesures ont été prises dans le domaine de la protection sociale en général et plus particulièrement de l'assistance sociale pour atténuer les effets de la crise économique et financière, telles que, notamment, la mise en place de tarifs sociaux dans le secteur du transport, de l'électricité et du gaz naturel et le développement d'un marché locatif social dans le cadre d'un partenariat entre l'État, les collectivités locales et les banques.

Le Comité relève dans le rapport qu'en règle générale, l'assistance sociale est octroyée aux personnes qui ne sont pas couvertes par le régime contributif. Les prestations ne sont servies qu'aux personnes qui résident au Portugal et se trouvent en difficultés financières – c.-à-d. dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil. Le rapport précise que sous certaines conditions, les personnes qui n'ont pas accès aux prestations contributives peuvent bénéficier d'une pension non contributive, sous la forme d'une pension sociale d'invalidité ou de vieillesse, d'une pension de veuvage ou d'une pension d'orphelin (*pensão social de invalidez e de velhice, pensão de viuvez, pensão de orfandade*). Les personnes sans emploi qui n'ont pas droit à des prestations de chômage peuvent bénéficier de l'assistance chômage (*subsídio social de desemprego), pourvu qu'elles remplissent certaines conditions au regard de leurs revenus ou de leurs biens mobiliers.* Le Comité demande si les prestations de chômage diffèrent du RIS en ce qui concerne les conditions d'admission et le montant.

Le Comité rappelle qu'au sens de l'article 13§1, l'assistance est appropriée lorsque le montant mensuel des prestations d'assistance – de base et complémentaires – versé à une personne vivant seule n'est manifestement pas inférieur au seuil de pauvreté. Compte tenu des données ci-dessus et en l'absence d'informations concernant la valeur monétaire des prestations complémentaires servies à une personne seule et sans ressources, le Comité conclut que le niveau de l'assistance sociale servie à une personne seule et sans ressources est insuffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant le droit de recours et l'assistance judiciaire.

Champ d'application personnel

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§1, les États se doivent d'offrir une assistance sociale et médicale suffisante à toutes les personnes en situation de besoin sur un pied d'égalité, qu'il s'agisse de leur 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

seront 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 examinera dorénavant 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 ;
- une assistance sociale et médicale d'urgence aux ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'autres États parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que la situation du Portugal n'était pas conforme à la Charte, au motif que l'octroi de prestations d'assistance sociale aux ressortissants d'États n'appartenant pas à l'EEE était subordonné à une condition de durée de résidence excessive.

Le Comité relève dans le rapport que les ressortissants d'États n'appartenant pas à l'EEE ont bénéficié de l'arrêt de la Cour constitutionnelle (n° 296/2015 du 25 mai 2015), qui a conclu à l'inconstitutionnalité de la disposition de l'article 6(1)(b et (4) de la loi n° 13/2003 du 21 mai 2003, et de la disposition y relative de l'article 5 du décret-loi n° 133/2012 du 27 juin 2012. Cette disposition définit les conditions d'admission des ressortissants étrangers résidant au Portugal au bénéfice du revenu d'insertion sociale (RIS). La Cour constitutionnelle a considéré que le fait d'exiger des ressortissants d'États n'appartenant pas à l'EEE qu'ils aient résidé au moins trois ans au Portugal avant de pouvoir accéder à l'assistance sociale – un droit social découlant de la conjugaison du principe de la dignité de l'être humain et du droit à la sécurité sociale en situation de difficulté socio-économique – représentait un sacrifice trop grand et trop lourd pour les intéressés, par rapport à l'avantage, au regard de l'intérêt général, qu'offrait une telle différenciation des conditions minimales de résidence requises en fonction de la nationalité, et était par conséquent contraire au principe de proportionnalité.

D'après le rapport, les ressortissants d'États appartenant à l'EEE doivent avoir séjourné légalement au Portugal pendant un an avant de bénéficier du RIS. Depuis l'arrêt de la Cour constitutionnelle, le Portugal garantit désormais une protection sociale à tous les ressortissants étrangers qui rencontrent des difficultés économiques et qui ont résidé légalement sur le territoire pendant au moins un an, sur un pied d'égalité et indépendamment de leur nationalité.

Le Comité rappelle qu'aux termes de l'article 13§1 de la Charte, conformément à l'Annexe à la Charte, les ressortissants des États parties qui résident légalement sur le territoire d'un autre État partie et ne disposent pas de ressources suffisantes doivent bénéficier d'un droit individuel à une assistance appropriée sur un pied d'égalité avec les nationaux (Conclusions XIII-4, Observation interprétative relative à l'article 13), et il ne peut leur être imposé de conditions supplémentaires, telles que la durée de résidence, ou des conditions plus difficiles à remplir par des étrangers. Le Comité comprend que si tous les ressortissants étrangers sont à présent traités sur un pied d'égalité, ils sont toujours soumis à une condition de durée de résidence d'un an pour pouvoir prétendre à l'assistance sociale. Par conséquent, il considère que la situation n'est pas conforme à la Charte.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion au titre de l'article 13§4, le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur l'assistance sociale et médicale d'urgence accordée aux ressortissants étrangers se trouvant légalement ou illégalement sur le territoire. Il relève dans le rapport que les ressortissants étrangers peuvent bénéficier d'un hébergement d'urgence, qu'ils se trouvent en situation régulière ou non sur le territoire.

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande si la législation et la pratique respectent ces prescriptions.

Conclusion

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

- le niveau de l’assistance sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant ;
- les ressortissants des États parties sont soumis à une condition de durée de résidence d’un an pour pouvoir prétendre à l’assistance sociale.

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 du Portugal.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé confirmation que les bénéficiaires de l'assistance sociale pouvaient exercer leurs droits sociaux et politiques sans restriction, en droit et en pratique.

Le Comité relève dans le rapport que les règles de fonctionnement de l'action sociale ont pour principes directeurs d'éviter que des personnes ne se trouvent en situation de besoin socio-économique, d'inégalité, de dépendance, de dysfonctionnement, d'exclusion sociale ou de vulnérabilité, et d'assurer l'intégration des personnes au sein de la collectivité, ainsi que le développement de leur capacités, afin qu'elles puissent exercer pleinement leurs droits fondamentaux. Le rapport précise qu'il n'existe aucune restriction à l'exercice des droits politiques ou sociaux.

Le Comité demande si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques ou sociaux sont interprétées en pratique de manière à éviter toute discrimination à l'encontre des bénéficiaires d'une assistance sociale ou médicale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Portugal 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 du Portugal.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quels moyens (en termes de personnel et de budget) étaient allouées aux services sociaux destinés aux personnes ne disposant pas ou risquant de ne pas disposer de ressources suffisantes et si ces moyens étaient suffisants pour fournir une aide appropriée en tant que de besoin.

D'après le rapport, il existe un numéro d'appel d'urgence sociale national, qui est un service téléphonique public gratuit fonctionnant 24 heures sur 24, sept jours sur sept et 365 jours par an depuis septembre 2001. Son but est d'apporter des réponses immédiates à des situations nécessitant une intervention urgente dans le domaine de la protection sociale. Un suivi est ensuite assuré par les services sociaux dans un souci de favoriser l'intégration et l'autonomie du bénéficiaire.

Le Comité rappelle que les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Cette disposition concerne exclusivement les services sociaux de conseil et d'aide personnelle destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Par conséquent, l'article 13§3 est une disposition spéciale, plus précise que l'article 14§1, qui concerne les services de protection sociale en général.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la manière dont ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Portugal 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 du Portugal.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (Réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §171).

Le Comité rappelle par ailleurs que le droit à l'assistance sociale d'urgence devrait être assorti d'un droit de recours auprès d'un organe indépendant. S'agissant de la fourniture d'un hébergement d'urgence, il doit exister un mécanisme de recours effectif auprès d'un organe judiciaire indépendant permettant de déterminer si l'attribution des hébergements est correctement administrée. Ce droit doit aussi être effectif dans la pratique (Réclamation n° 90/2013, Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, §106).

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1, dans laquelle il a réservé sa position concernant l'assistance sociale d'urgence apportée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les ressortissants étrangers présents légalement sur le territoire et réserve entre-temps sa position.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 du Portugal.

Saisir le texte ici.

Organisation des services sociaux

Le Comité se réfère à ses conclusions précédentes pour une description générale de l'organisation des services sociaux.

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente (Conclusions 2013), dans laquelle il était indiqué que les services sociaux sont répartis en deux groupes : les services de proximité (dont les services d'information et de conseil en matière d'assistance sociale au sens de l'article 13§3 de la Charte, les services personnels tels que le soutien scolaire ou les services de conseil aux femmes enceintes, les services d'aide à domicile, les structures d'accueil de jour, le soutien psychologique) et les services assurés par des établissements spécialisés (foyers pour enfants, maisons de retraite).

Accès égal et effectif

Le Comité a noté, dans sa précédente conclusion, que l'accès à un service social reposait sur le critère du besoin et qu'une protection spéciale était garantie aux groupes les plus vulnérables. A cet égard, le Comité a demandé si l'accès à certains services sociaux était gratuit et si, le cas échéant, les catégories vulnérables pouvaient bénéficier d'une diminution, voire d'une exemption de participation. Le rapport indique qu'effectivement, aucune participation financière des usagers n'est demandée pour certains services sociaux, notamment pour les services de conseil/ supervision et pour l'hébergement des enfants et des adolescents en institution.

Dans sa conclusion précédente (2013), le Comité a demandé s'il était possible de saisir en urgence une instance indépendante en cas de discrimination ou d'atteinte à la dignité humaine.

Le rapport indique que les personnes qui s'estiment victimes de discrimination ont le droit de faire appel aux services du Médiateur, une institution nationale des droits de l'homme habilitée à agir de sa propre initiative, qui contribue ainsi à aligner autant que faire se peut la législation et de la pratique internes sur le droit international en matière de droits de l'homme, ainsi que sur les recommandations formulées par des instances internationales chargées de contrôler le respect de ces droits

Qualité des services

Le Comité prend note des informations fournies par le Portugal en réponse à la conclusion (Conclusions 2015)selon laquelle il n'était pas établi que le personnel des services sociaux soit en nombre suffisant et possède les qualifications requises .

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 14§1, le droit aux services sociaux doit être garanti en droit et en fait. Les ressources des services sociaux doivent être à la hauteur de leurs responsabilités et suivre l'évolution des besoins des usagers, ce qui suppose que le personnel soit qualifié et suffisamment nombreux, que les décisions soient prises au plus près des usagers, et qu'il y ait des mécanismes permettant de vérifier l'adéquation des services, tant publics que privés (Conclusions 2005, Bulgarie).

Le rapport indique que les effectifs des services sociaux et les qualifications ou formations requises sont fixés par la législation et la réglementation en vigueur. Chaque service social est régi par un texte de loi qui lui est propre et qui définit les catégories et le nombre de professionnels nécessaires pour répondre aux besoins d'un nombre déterminé d'usagers. Il incombe à l'Institut de sécurité sociale de s'assurer que les ratios établis par la loi soient

pleinement respectés, soit par des accords de coopération conclus avec des organisations caritatives soit par l'octroi d'agréments à des prestataires privés à but lucratif. L'évaluation régulière des effectifs des équipes techniques et des qualifications des nouvelles recrues est confiée aux équipes chargées du suivi technique des prestataires à but lucratif.

Toutefois, le rapport ajoute que l'Institut ne dispose pas de statistiques sur le nombre d'agents ni sur leurs qualifications et souligne que l'absence de telles données ne signifie pas que les conditions prescrites ne soient pas remplies. Une plateforme permet d'enregistrer les accords de coopération et les établissements agréés. Selon le rapport, la plateforme permet d'inclure une description précise du personnel couvert par chaque accord ou travaillant dans chaque établissement agréé, mais ce n'est pas encore obligatoire en raison de certaines contraintes liées à la plateforme. A cet egard, le Comité demande une description précise du personnel couvert par chaque accord ou travaillant dans chaque établissement agréé.

Le Comité note que le rapport ne contient pas les informations demandées et souligne que, pour évaluer correctement la situation, il a besoin d'informations sur les moyens en personnel et leurs qualifications. Entre-temps, le Comité réitère son constat selon lequel il n'est pas établi que la situation soit conforme à la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé s'il existait un texte de loi relatif aux données à caractère personnel protégeant le droit au respect de la vie privée des usagers.

Le rapport indique qu'en vertu du principe général de la loi sur la protection des données personnelles (qui transpose en droit interne la Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données), le traitement des données personnelles doit s'inscrire dans une procédure transparente et dans le strict respect de la vie privée ainsi que des droits de l'homme, libertés et garanties fondamentaux.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Portugal n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que le personnel des services sociaux soit en nombre suffisant et possède les qualifications requises.

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 du Portugal.

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions XVII-2 (2005) et XV-2 (2001)) pour une description détaillée de l'organisation et du fonctionnement des services sociaux proposés par des prestataires non publics.

Il a précédemment noté que le contrôle de la qualité des services sociaux était assuré par l'Inspection générale du ministère du Travail et de la Solidarité, qui procédait à des visites d'inspection et à des audits auprès des prestataires de services sociaux, publics ou privés.

Dans sa précédente conclusion (2013), il a une nouvelle fois demandé quel était le nombre total de bénévoles et quelles étaient leurs qualifications.

Le rapport précise que le Conseil national pour la promotion du bénévolat veille à la bonne application de la législation et de la réglementation en la matière. Il a également pour mission de formuler des propositions en vue d'améliorer et de développer les activités bénévoles. Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les services sociaux peuvent fonctionner en faisant appel à des bénévoles formés et qualifiés**.** Par ailleurs, le rapport présente des tableaux indiquant l'évolution du nombre d'accords de coopération conclus entre l'Institut de sécurité sociale (ISS,IP) et des organisations caritatives privées (IPPSS), le nombre d'usagers couverts et le montant des cofinancements alloués par l'institut de sécurité sociale. Les données sont ventilées par groupe cible et par type d'action sociale pour chacun d'eux. Entre 2012 et 2015, on observe globalement une augmentation du nombre d'accords conclus (+ 2,3 %) et des fonds alloués aux programmes correspondants (+ 7 %). Le Comité note qu'aucune réponse à ses questions a etè fournie dans le rapport actuel et demande au prochain rapport de fournir les informations pertinentes (un nombre approximatif de bénévoles et leur qualification et le rôle joué par le secteur privé dans la prestation de services sociaux), dans l'intervalle, réserve sa position sur ce point. Il attire l'attention de l'État sur le fait que, à moins que ces informations ne soient présentées dans le prochain rapport, il manquera les informations nécessaires pour déterminer si la situation au Portugal est conforme à l'article 14§2 de la Charte.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé si et comment le Gouvernement veillait à l'efficacité des services gérés par le secteur privé et vérifiait qu'ils étaient accessibles à tous dans des conditions d'égalité et sans discrimination, à tout le moins à raison de la race, de l'origine ethnique, de la religion, du handicap, de l'âge, de l'orientation sexuelle et des opinions politiques.

Le rapport précise que l'accès aux services sociaux, qu'ils relèvent de la solidarité ou d'activités lucratives, doit respecter les principes de non-discrimination et d'égalité consacrés par la Constitution de la République portugaise et repris dans les textes législatifs et réglementaires qui encadrent les services sociaux. Les dispositions qui figurent dans ces textes exigent, afin d'assurer le bon fonctionnement des structures qui dispensent des services sociaux qu'elles se dotent de règlements internes et les affichent de manière bien visible. Les règlements internes sont passés au crible par l'Institut de sécurité sociale, qui veille à ce qu'ils ne contiennent pas de clauses discriminatoires à raison de la race, de l'origine ethnique, de la religion, du handicap, de l'âge, de l'orientation sexuelle ou des opinions politiques.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Portugal.

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 a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé s'il existait une législation (ou un cadre juridique équivalent) de ce type ou, dans le cas contraire, si le Portugal envisageait de légiférer en ce sens. Le rapport indique que l'article 13 de la Constitution de la République du Portugal garantit le principe de l'égalité de traitement. Le rapport précise que la liste des motifs possible de discrimination établie par l'article est purement illustrative et non exhaustive et, de ce fait, elle comprend d'autres motifs de discrimination que ceux expressément listés, y compris l'âge. Le Comité demande, à cet égard, s'il existe une jurisprudence en matière de discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi qui protégerait les personnes âgées contre de telles discriminations.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a précédemment demandé si une telle procédure avait été mise en place. Le rapport indique qu'une personne incapable de veiller à sur ses intérêts ne sera déclarée incapable qu'après décision de justice. Le rapport ajoute que les structures résidentielles pour personnes âgées (ERPI) et autres établissements de soutien veillent au respect du principe de participation et de coresponsabilité entre les pensionnaires, ou leur représentant légal, et leur famille. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport et demande, néanmoins, s'il a également été envisagé de mettre en place des procédures en matière d'assistance à la prise de décision pour les personnes âgées qui n'ont pas été placées en institution.

Ressources suffisantes

Afin d'apprécier le caractère suffisant des ressources des personnes âgées sous l'angle de l'article 23, le Comité prend en compte l'ensemble des mesures de protection sociale garanties aux personnes âgées et visant à leur assurer un niveau de ressources qui leur permette de vivre décemment et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. Il examine en particulier les pensions, contributives ou non contributives, ainsi que les autres prestations pécuniaires complémentaires servies aux personnes âgées. Il compare ensuite ces ressources au revenu médian ajusté. Il rappelle cependant qu'il ne lui incombe pas seulement d'apprécier la législation, mais aussi de voir si les obligations qui découlent de la Charte sont respectées dans les faits. À cette fin, il prend également en considération des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le montant minimal de la pension de vieillesse servie dans le cadre du régime général était, en 2015, compris entre 261,95 € par mois pour les personnes ayant cotisé moins de 15 ans et 379,04 € pour celles ayant cotisé au moins 31 ans. La pension sociale non-contributive de vieillesse s'élevait , en 2015, à 201,53 € par mois.

Les personnes âgées bénéficiaires d'une pension de vieillesse ou d'une pension sociale qui sont confrontées à des difficultés financières peuvent obtenir, sous certaines conditions, un complément de solidarité pour personnes âgées (CSI). En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), le rapport indique que tous les bénéficiaires d'une pension sociale ne sont pas automatiquement admissibles au CSI ou, à tout le moins, au montant maximum leur permettant d'atteindre la somme de 409 € par mois (ou 715,90 € pour un couple)

puisque cela dépend des compléments de ressources accordés. Le rapport ajoute que les pensions sociales peuvent également être cumulées avec les prestations et/ou allocations suivantes : le complément supplémentaire de solidarité, le complément de soins de longue durée (ou pour personnes en situation de dépendance), le revenu d'intégration sociale, et les pensions de veuvage et de survivant. Le rapport souligne que les bénéficiaires du CSI, outre les allocations destinées à prendre en charge une partie frais médicaux (la part qui n'est pas déjà cofinancée par l'État), ont désormais un accès facilité aux droits à des tarifs préférentiels pour l'électricité et le gaz naturel.

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, en 2015, à 4 217,50 € par an (ou 351 € par mois). Le Comité considère que le niveau de ressources garanties, compléments et couverture maladie compris, est conforme à la Charte.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a précédemmant demandé (Conclusion 2013) si et comment était évaluée l'ampleur du problème et si des mesures législatives ou autres avaient été prises ou étaient envisagées en la matière. Le rapport indique que le Portugal a mené une étude intitulé "vieillissement et violence" visant, notamment, à recenser le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus victimes de violence. Il a été estimé que 12,3 % de la population âgée de 60 ans et plus a été victime d'au moins un comportement violent par un proche ou un professionnel. Seulement un tiers des victimes ont signalé ou déposé plainte contre ces actes de violences. Le rapport indique également que le Portugal a adopté une série de recommandation sur le 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 et facilités.

S'agissant des services et facilités proprement dits, le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2013) comment était assuré le contrôle de la qualité de ces services et quels étaient les moyens dont disposaient les personnes âgées pour introduire une réclamation. Le rapport indique que les services et facilités sont contrôlés et évalués par l'État. Les prestataires de services sociaux privés sont accrédités et supervisés par un organisme public : l'Institut de Sécurité Social, IP (ISS, IP).

Le Comité comprend que la qualité des services est contrôlée au travers de visites techniques menées par les équipes du service d'inspection de ISS, IP, des entités externes indépendantes, et demande à cet égard confirmation dans le prochain rapport. Il souhaite, par ailleurs, en savoir davantage sur ces entités externes indépendantes. Il demande enfin qu'elles sont les possibles actions qu'elles sont autorisées à prendre en cas de violation ou d'abus constaté.

Le Comité note, d'après le rapport, que la loi d'exécution n° 33/2014 a amendé le régime régissant la création, le fonctionnement, l'inspection et les sanctions imputables aux établissements d'aide sociale (centres d'accueil de jour et de nuit et résidences) gérés par des entités privées. Il souhaite en savoir davantage sur cette loi, en particulier, il cherche à connaître les différences existantes entre les lois d'exécution n° 83/2012 et n° 33/2014.

Le Comité constate que le rapport ne fournit aucune information sur la possibilité pour les personnes âgées d'introduire une réclamation. Il réitère sa demande.

Le Comité a aussi demandé si, d'une manière générale, l'offre de services à domicile répond à la demande et si certains de ces services sont payants. Le rapport indique que les services et facilités soutenu par l'État et mis en œuvre par des institutions privées à but non lucratif (IPSS) ont un taux de couverture satisfaisant dans le pays : 70 119 personnes

étaient, au cours de la période de référence, prises en charge au sein de 2 422 foyers (secteur public) et 7 832 autres étaient répartis entre les 216 facilités du secteur privé que compte le Portugal. Le Comité demande davantage de précisions sur ce sujet dans le prochain rapport. Le coût des services et facilités fournis par les IPSSs est en partie pris en charge par les bénéficiaires selon les services reçus et le montant de leur revenu. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage de précisions sur ce sujet.

En ce qui concerne les éventuels services de soutien aux familles qui s'occupent de parents âgés ainsi que les services spécialement destinés aux patients atteints de démence ou de la maladie d'Alzheimer, le rapport indique qu'il existe un programme au sein du "Réseau National de Soins Continus Intégrés" (RNCCI) permettant l'accueil temporaire de personnes âgées et/ou dépendantes dans des unités de soins. Le rapport indique également qu'il n'existe que quelques ERPIs, centres de jour et foyers spécialisés dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démence. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur le programme de santé mentale continue.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur ce sujet.

Logement

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé des informations complètes et précises sur les logements sociaux ainsi que sur les aides pécuniaires destinées à couvrir les dépenses de logement et les travaux nécessaires à leur aménagement. Le rapport indique que le Programme d'amélioration de l'habitat des personnes âgées s'attache à réhabiliter les logements des personnes âgées en situation de dépendance afin de retarder, voire d'empêcher leur placement en institution. Les personnes âgées de 65 ans et plus dont le revenu mensuel est égal ou inférieur à 419,22 € par mois en 2015 (Social Support Index Value) peuvent, sous certaines conditions, se voir accorder jusqu'à 3 500 € par l'ISS, IP pour financer les travaux et équipements considérés comme essentiels à leur mobilité et confort. Le rapport précise que 229 projets de réhabilitation et d'amélioration de logement au sein des 51 municipalités que couvre le programme ont été réalisés entre 2011 et 2012.

Le rapport indique également que le nouveau régime de location urbaine prévoit le versement par l'Institut du logement et de la réhabilitation urbaine d'une allocation logement destinée aux locataires âgées de 65 ans et plus à faibles revenus pour qui les loyers ont été revus à la hausse. Le rapport précise que 147 ménages ont perçus cette allocation fin 2014.

Soins de santé

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé des informations sur les coûts que représentent les soins de santé destinés aux personnes âgées. Le rapport indique que les coûts du RNCCI sont répartis entre le secteur de la santé et le secteur social et que, s'agissant du secteur de la santé, ils étaient évalués, en 2013, à 115 591 140, 95 €. Le Comité prend note de ces informations mais réitère sa question.

Soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé quelle était l'autorité ou l'instance compétente chargée de l'inspection des maisons de retraite et des résidences pour personnes âgées, publiques et privées. Le rapport indique les ERPIs et autres entités privées engagées dans des activités d'aide sociale sont inspectées par les équipes de l'ISS, IP. Le rapport indique également que le RNCCI respecte les principes de dignité, de la vie privée, de la non-discrimination, de l'intégrité physique et morale et de la citoyenneté.

Le Comité rappelle que, selon l'article 23, les États parties doivent s'assurer que les personnes âgées accueillies dans un établissement de soins pour y bénéficier de ses services ont :

- le droit à une prise en charge appropriée et à des services adéquats,
- le droit à la vie privée,
- le droit à la dignité personnelle,
- le droit de prendre part à la détermination des conditions de vie dans l'établissement concerné,
- le droit à la protection de la propriété,
- le droit de maintenir des contacts personnels avec les proches, et
- le droit de se plaindre des soins et traitements en institutions.

À cet égard, le Comité demande si des mesures sont ou ont été adoptées ou sont envisagées pour garantir ces droits. Il demande également si un placement d'office en institution est possible et, si oui, sous quelles conditions, s'il existe des directives pour ce qui concerne l'imposition de contraintes matérielles dans les institutions, quelles sont les qualifications et formations requises pour le personnel de ces institutions, à quel niveau s'élève leurs salaires, et quelles sont les grandes orientations en matière d'équipements socioculturels à prévoir dans les institutions.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Portugal.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le Comité note, d'après les données Eurostat, que le pourcentage de la population menacée de pauvreté (limite : 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) atteignait 19,5 %, ce qui constitue une augmentation par rapport à 2012 (17,9 %).

Toujours selon Eurostat, le taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux était de 26,4 % en 2015, un taux légèrement supérieur à la moyenne observée pour les 28 pays de l'UE (25,9 %). D'après le rapport « Semestre européen », l'indicateur de référence pour la pauvreté atteignait 26,6 % en 2015, contre 25,3 % en 2012 (moyenne de l'UE : 23,8 %).

Enfin, le Comité note dans le rapport « Semestre européen » de 2017 sur le Portugal (SWD(2017) 87 final) une réduction de la privation matérielle grave de 2014 à 2015, qui est passée de 10,6 % à 9,6 %, ainsi que du pourcentage de personnes vivant dans des ménages à faible niveau d'intensité de travail (de 12,2 % à 10,9 %). Selon la même source, les inégalités de revenus (mesurées comme le rapport entre le revenu total perçu par les 20 % de la population de l'UE ayant les revenus les plus élevés et celui perçu par les 20 % de la population ayant les revenus les plus faibles) diminuent, mais restent parmi les plus élevées de l'UE.

Enfin, le Comité relève que, d'après les données Eurostat concernant le Portugal pour l'année 2015, les principaux indicateurs de la pauvreté étaient légèrement supérieurs aux moyennes de l'Union européenne, témoignant d'une situation économique difficile. Il note toutefois également qu'aucune augmentation est intervenue de 2014 2015, et que pour certains indicateurs tels que le taux de privation matérielle aiguë et le pourcentage de personnes vivant dans des ménages à faible niveau d'intensité de travail, la situation s'était même améliorée vers la fin de la période de référence.

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

Le rapport fournit des informations détaillées sur le cadre juridique de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et son évolution entre janvier 2012 et décembre 2015. Par exemple, en application de la loi du 31 décembre 2015, le salaire minimum mensuel garanti a été relevé de 505 € à 530 €. D'autres mesures similaires ont été prises juste en dehors de la période de référence, comme l'augmentation des prestations mensuelles pour enfant (2-3,5 %), du complément de revenu versé aux familles monoparentales (20-35 %) et du complément de solidarité pour personnes âgées (de € 4 909 en 2015 à € 5 084 en 2017), ainsi que la mise en place d'une nouvelle prestation sociale pour les chômeurs qui n'ont plus droit à l'allocation de chômage ou à l'assistance chômage.

Le rapport détaille les mesures prises pendant la période de référence concernant l'emploi et la formation professionnelle, le recrutement des jeunes, des adultes et d'autres groupes spécifiques, la solidarité et la sécurité sociale, le logement, la culture, ainsi que la réduction de la pauvreté parmi les enfants et les personnes handicapées.

Le Comité prend également note de la stratégie gouvernementale de lutte contre la pauvreté, qui s'articule autour de trois axes :

- une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes qui entend replacer, dans le cadre d'une approche intégrée, les allocations familiales au centre de l'aide publique aux familles ;
- le rétablissement de formes d'aide garantissant aux personnes en situation de grande vulnérabilité le bénéfice des minima sociaux ;
- la mise en place de nouvelles aides publiques destinées aux personnes ayant de faibles revenus afin d'éviter que les familles qui travaillent ne se trouvent en situation de pauvreté.

Le volume total des dépenses du gouvernement consacrées à la protection sociale était stable, et elles ont représenté environ 18 % du PIB pendant toute la période de référence (18,2 % en 2012 et 18,3 % en 2015).

Le Comité relève également dans l'évaluation des Rapports nationaux et des Propositions de Recommandations spécifiques par pays pour 2017 (Fiche du Portugal) faites par le Réseau européen anti-pauvreté, que ce pays est loin d'atteindre l'objectif de la Stratégie Europe 2020. L'évaluation déclare en outre qu'il n'est pas possible de combattre la pauvreté et l'exclusion sociale par un programme d'urgence reposant sur des mesures parcellaires dépourvues de cohérence interne. Elle recommande donc la définition et la mise en œuvre d'un programme national de lutte contre la pauvreté qui accorderait une attention particulière à des groupes spécifiques comme les personnes âgées, les enfants, les sans-abri, les minorités ethniques, etc.

Le Comité demande que le prochain rapport précise comment le cadre juridique, les objectifs stratégiques et les mesures mentionnés se conjuguent pour constituer une approche globale et coordonnée de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il souhaite également des informations sur l'existence de mécanismes de coordination pour ces mesures, y compris au niveau de la fourniture des services (c'est-à-dire comment la coordination est assurée par rapport aux bénéficiaires individuels de l'assistance et des services). Il demande également que le prochain rapport contienne des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires allouées pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale soient suffisantes compte tenue de l'envergure du problème donné.

Le Comité réfère en outre à ses conclusions de non-conformité s'agissant d'autres dispositions de la Charte qui sont pertinentes dans l'évaluation de la conformité de l'article 30 (cf. Conclusions 2013, Observation Interprétative de l'article 30). Il réfère en particulier à l'article 12§1 et ses conclusions selon lesquelles le niveau minimum de prestation de maladie est manifestement insuffisant (Conclusion 2017) et de l'article 13§1 et sa conclusion selon laquelle le niveau d'assistance sociale est manifestement insuffisant (Conclusions 2017).

S'agissant de la décision du Comité en l'affaire Centre européen des droits des Roms (CEDR) c. Portugal, réclamation n° 61/2010, décision sur le bien-fondé du 30 juin 2011, il réfère à ses Conclusions 2015 dans le cadre du système de rapports simplifiés, où il a constaté que la violation liée à l'absence d'approche globale et coordonnée dans le domaine des programmes de logement n'avait pas encore été corrigée. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport à ce propos, même si elle concerne son prochain examen du suivi de cette décision, qui aura lieu en 2018.

Sur la base de toutes les informations dont il dispose et notamment du fait que les taux de pauvreté n'ont augmenté que marginalement malgré le contexte économique et ont même diminué pour certains vers la fin de la période de référence (une tendance qui s'est confirmée après la période de référence), que d'importantes mesures de complément de revenu ont été déployées et que les dépenses de protection sociale se sont maintenues à un niveau proche de la moyenne de l'UE, et tout en notant les évaluations critiques et les recommandations du Réseau européen anti-pauvreté, le Comité estime que la situation reste compatible avec l'article 30.

Contrôle et évaluation

Le Comité note que, d'après le rapport, les politiques sont suivies, évaluées et revues de manière régulière, en consultation avec les acteurs concernés. Il note en particulier que depuis le lancement de la Stratégie Europe 2020, le principal instrument de suivi et d'évaluation a été le Plan national de réforme, qui fixe comme objectif national de réduire de 200 000 le nombre de personnes se trouvant en situation de pauvreté et d'exclusion sociale à l'horizon 2020. Le Comité souhaite être informé des conclusions des principales

évaluations réalisées et des éventuelles mesures prises pour adapter le dispositif de lutte contre la pauvreté sur cette base.

En ce qui concerne la participation de la société civile, le Comité prend note des partenariats conclus entre l'État et les organisations de l'économie sociale, qui ont gagné en importance en tant que promotrices d'interventions sociales et d'agents économiques générateurs de richesses.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Portugal est conforme à l'article 30 de la Charte.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

ROUMANIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Roumanie, qui a ratifié la Charte le 7 mai 1999. L'échéance pour remettre le 16ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Roumanie l'a présenté le 17 mai 2017.

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 Roumanie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 3§4, l'article 13§4, l'article 23 et l'article 30.

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

Les Conclusions relatives à la Roumanie concernent 13 situations et sont les suivantes :

– 4 conclusions de conformité : articles 3§1, 11§2, 12§2 et 13§2,

– 7 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 3§3, 11§1, 12§1, 12§3, 12§4 et 13§1.

En ce qui concerne les 2 autres situations, relatives aux articles 11§3 et 13§3, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Roumanie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de corriger cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des enfants et des adolescents à la protection – interdiction du travail avant 15 ans (article 7§1),
- droit des enfants et des adolescents à la protection – inclusion des heures de formation professionnelle dans les heures normales de travail (article 7§6),
- droit des enfants et des adolescents à la protection – congés payés annuels (article 7§7),
- droit des travailleuses à la protection de la maternité – illégalité du licenciement durant le congé de maternité (article 8§2),
- droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté les conclusions suivantes :

- 1 conclusion de conformité : article 8§2,

- 1 conclusion de non-conformité : article 16,

- 3 ajournements : articles 7§1, 7§6 et 7§7.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),

- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 – services gratuits de placement (article 1§3),
- droit au travail – orientation, formation et réadaptation professionnelles (Article 1§4),
- 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).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 10 janvier 2018. 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.

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 Roumanie.

Objectif général de la politique

Le Comité rappelle que le Ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale est l'autorité compétente en matière de santé et de sécurité au travail. Il est principalement chargé de définir la politique et la stratégie nationales portant sur ces questions, de proposer des textes d'application et de veiller au respect de la législation, en s'appuyant pour ce faire sur les services de l'Inspection du travail. L'Institut national de recherche et développement pour la protection professionnelle *Alexandru Darabont* mène, sous la coordination du ministère précité, des activités visant à améliorer la santé et la sécurité au travail.

Le Comité a précédemment relevé l'existence d'un cadre législatif et d'une politique visant à promouvoir la santé et la sécurité au travail (Conclusions 2013).

Le Comité rappelle que le ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale a élaboré en 2008 une stratégie nationale de santé et de sécurité au travail pour la période 2008-2013, qui a fixé les grandes priorités et les principaux objectifs en la matière à court et moyen terme. Cette stratégie avait avant tout pour but de faire baisser, de manière constante et significative, le nombre de personnes touchées par un accident du travail ou une maladie professionnelle, et d'améliorer en permanence le niveau de protection de la santé et de la sécurité au travail en Roumanie.

Le rapport indique que l'Inspection du travail établit chaque année un programme-cadre d'activités qui s'inspire notamment de la stratégie européenne 2014-2020 pour la sécurité et la santé au travail et des campagnes coordonnées par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail et par le Comité des hauts responsables de l'Inspection du travail, campagnes axées sur les thèmes qui ressortent d'enquêtes et des questionnaires réalisés par l'Observatoire des risques de l'Agence. L'Inspection du travail organise également des activités sur des sujets proposés par l'Organisation internationale du Travail à l'occasion des Journées mondiales de la sécurité et de la santé au travail (28 avril).

Le Comité relève qu'une stratégie nationale de sécurité et de santé au travail pour la période 2014-2020 était en cours d'élaboration au ministère du Travail, de la Famille, de la Protection sociale et des Personnes âgées (l'ancien ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale), qui devait mettre plus spécialement l'accent sur les défis à venir pour l'UE, comme les maladies professionnelles, les risques nouveaux et émergents, les changements démographiques (vieillissement de la main-d'œuvre, migration), le cadre juridique des petites et moyennes entreprises et l'amélioration des outils statistiques. Il demande que le prochain rapport contienne des explications détaillées sur cette stratégie.

Le Comité souligne que les nouvelles technologies, les contraintes d'ordre organisationnel et les exigences psychologiques favorisent l'émergence de facteurs de risques psychosociaux qui peuvent être à l'origine de stress, d'agressions, de violence et de harcèlement dans le travail. Il rappelle également que, s'agissant de l'article 3§1 de la Charte, le Comité tient compte du stress, des agressions, de la violence et du harcèlement 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).

Ce point n'étant pas abordé dans le présent rapport, le Comité demande une nouvelle fois des informations concernant ces questions.

Organisation de la prévention des risques professionnels

D'après le rapport, les services de l'Inspection du travail organisent et déploient, depuis 2014, différentes activités : formation des inspecteurs du travail aux nouvelles réglementations, diffusion d'informations, sensibilisation des autres parties prenantes (travailleurs, employeurs, organisations syndicales et patronales, etc.).

Le Comité a précédemment demandé des informations sur les mesures prises pour aider les employeurs – en particulier les petites et moyennes entreprises – à s'acquitter de leurs obligations en matière d'évaluation et de prévention des risques liés au travail, ainsi que sur la façon dont ces obligations sont respectées en pratique.

D'après le rapport, deux brochures spéciales ont été publiées entre 2012 et 2014 : l'une est intitulée « Questions fréquemment posées sur les informations, la formation et la consultation des travailleurs des micro et petites entreprises en matière de santé et de sécurité au travail », l'autre « Dix questions fréquemment posées sur l'évaluation des risques dans les micro et petites entreprises ».

L'Inspection du travail propose sur son site web une page consacrée aux petites et moyennes entreprises, qui contient des informations spécifiques rédigées par ses soins ou émanant d'organisations internationales.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le Comité a précédemment noté que l'ordonnance du gouvernement n° 1425/2006 portant approbation des normes méthodologiques d'application de la loi n° 319/2006 relative à la sécurité et à la santé sur le lieu de travail précise les critères auxquels doit satisfaire la formation en matière de santé et de sécurité au travail requise pour les représentants des travailleurs chargés des activités de prévention et de protection et pour les employeurs en charge de ces activités dans les entreprises de moins de dix salariés. Ces personnes doivent suivre une formation sur le cadre juridique, les concepts généraux, les risques d'ordre général, les risques propres à l'entreprise et les premiers secours. Les formations plus approfondies abordent en outre les critères d'évaluation des risques, l'organisation de la prévention et de la protection, la gestion des urgences et des procédures d'évacuation et l'établissement de rapports. Les cours et les programmes de formation en matière de santé et de sécurité au travail sont assurés par des organismes de formation agréés en vertu de l'ordonnance n° 129/2000 concernant la formation professionnelle des adultes. Les matériels de formation, les informations techniques et les services externes de prévention et de protection sont approuvés et agréés par les sections territoriales de l'Inspection du travail.

Le présent rapport donne des informations sur les activités de formation de l'Inspection du travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point. Il a cependant demandé des informations sur la consultation des instances chargées des questions de santé et sécurité au travail au niveau des entreprises.

Le rapport fait état d'une enquête menée par l'Inspection du travail en 2015, qui a cherché à déterminer si, du point de vue des entreprises, les investissements réalisés en matière de santé et de sécurité au travail étaient rentables. Il indique également que tous les projets de loi sont publiés pour permettre aux partenaires de faire des observations et des suggestions.

Le Comité relève dans d'autres sources (OSHWi Ki) qu'au sein des entreprises, le dialogue social passe par les comités d'hygiène et de sécurité qui doivent être établis dans chaque structure comptant au moins 50 salariés. De tels comités peuvent également être créés dans les entreprises de moins de 50 salariés, à la demande de l'Inspection du travail, dès

lors que leur activité et les risques encourus par les travailleurs en matière de sécurité et de santé l'exigent.

Les comités d'hygiène et de sécurité sont composés de l'employeur ou de son ou ses représentants légaux, d'un médecin du travail ainsi que d'un ou plusieurs représentants syndicaux – ou représentants des travailleurs lorsqu'il n'y a pas de syndicat dans l'entreprise. Tous participent à l'évaluation des risques sur le lieu de travail et à l'élaboration du plan de prévention au niveau de l'entreprise.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées), le Comité conclut que la situation de la Roumanie 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 Roumanie.

Risques couverts par les règlements

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2007, 2009 et 2013) l'étendue des risques couverts de manière spécifique par la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Il a conclu que la situation était conforme à la Charte (Conclusions 2013).

Le rapport décrit le cadre législatif en vigueur et dresse la liste des actes réglementaires qui transposent l'acquis communautaire concernant la couverture de certains risques spécifiques ; il précise aussi que la Roumanie a transposé les directives européennes les plus récentes en matière de santé et de sécurité, notamment celles relatives à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et mélanges.

La Roumanie a aussi adopté dernièrement un texte de loi portant notamment sur les mesures destinées à garantir la sécurité des travailleurs isolés et sur les prescriptions minimales en matière d'ergonomie sur le lieu de travail.

Le Comité a précédemment souligné qu'en vertu de l'article 3§2 de la Charte, la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail devait tenir compte du stress, des agressions et de la violence propre au travail que subissent en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques (Observation interprétative de l'article 3§2 de la Charte, Conclusions 2013). Il a demandé des informations à ce sujet.

Ce point n'étant pas abordé dans le rapport, le Comité demande une nouvelle fois des informations à ce sujet.

Niveaux de prévention et de protection

Le Comité examine les niveaux de prévention et de protection prévus par les textes législatifs et réglementaires pour certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a précédemment considéré qu'au vu des informations fournies, les niveaux de prévention et de protection concernant l'établissement, la modification et l'entretien des postes de travail satisfaisaient aux exigences prévues à l'article 3§2 de la Charte. Il a toutefois demandé que le rapport suivant donne des informations sur la 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. D'après le rapport, la directive susmentionnée a été transposée par la décision gouvernementale n° 1146/2006 relative à l'établissement de prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation d'équipements de travail par les salariés sur le lieu de travail.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur les dispositions relatives à la protection contre les risques liés à l'exposition au benzène.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le Comité a précédemment demandé que le rapport suivant donne des informations sur les mesures adoptées pour incorporer la limite d'exposition de 0,1 fibre par cm^3 introduite par la directive 2009/148/CE, ainsi que sur les intentions du Gouvernement concernant la ratification de la Convention de l'OIT n° 162 sur l'amiante (1986) (Conclusions 2013).

Le Comité note que la directive susmentionnée a été transposée dans la législation roumaine. Le rapport indique que les dispositions de la Convention n° 162/1986 ont été incorporées dans la décision gouvernementale n° 1875/2005 relative à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante, telle que modifiée et complétée ultérieurement.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le Comité a demandé que le rapport suivant donne des informations sur les intentions du Gouvernement concernant la ratification de la Convention de l'OIT n° 115 sur la protection contre les radiations (1960).

D'après le rapport, les activités couvertes par cet instrument sont du ressort de la Commission nationale de contrôle des activités nucléaires, conformément à l'article 4 (1) de la loi n° 111/1996 relative à la sureté du déploiement, à la réglementation, à l'agrément et au contrôle des activités nucléaires, qui dispose que la Commission est « l'autorité nationale compétente dans le domaine nucléaire, chargée de la réglementation, de l'agrément et du contrôle dans ce secteur ». Conformément aux dispositions de la loi précitée, cette Commission a élaboré des guides, normes et réglementations dans son domaine de compétence.

Le Comité demande confirmation que les travailleurs sont protégés à un niveau au moins équivalent à celui fixé dans les recommandations de la Commission internationale de protection radiologique (Publication CIPR 103 de 2007).

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité examine le champ d'application personnel de la législation et de la réglementation pour ce qui concerne les travailleurs exerçant des formes d'emplois atypiques.

Travailleurs temporaires

Le Comité a précédemment noté que les travailleurs temporaires étaient couverts par la législation relative à la santé et à la sécurité (Conclusions 2013). Le rapport confirme que, à l'exception des travailleurs journaliers, les travailleurs temporaires bénéficient d'un suivi médical.

Autres catégories de travailleurs

Le rapport indique que la loi n° 319/2006 relative à la santé et la sécurité au travail couvre tous les secteurs, public comme privé, et s'applique à tous les travailleurs employés de manière légale, y compris les étudiants, ainsi qu'aux apprentis et représentants des travailleurs, aux personnes qui sont présentes dans les locaux de l'entreprise avec la permission de l'employeur dans la perspective d'un emploi, aux personnes effectuant un travail d'intérêt général ou à caractère bénévole, aux chômeurs participant à une formation professionnelle, ainsi qu'à ceux qui ne disposent pas d'un contrat de travail écrit mais pour lesquels il est possible de prouver, par tout autre moyen ou méthode, qu'ils ont effectué un travail et doivent bénéficier des conditions qu'un tel contrat prévoirait.

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2007, 2009 et 2013) la protection des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile et des employés de maison. Il a jugé la

situation non conforme à l'article 3§2 de la Charte, au motif que les employés de maison n'étaient pas couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail (Conclusions 2007, 2009 et 2013).

Le Comité note que cette situation n'a pas évolué et conclut qu'elle n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le rapport renvoie aux informations fournies à ce sujet dans le cadre de l'article 3§1 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif que les employés de maison ne sont pas couverts 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 Roumanie.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment jugé la situation de la Roumanie non conforme à l'article 3§3 de la Charte, au motif que les mesures visant à réduire le taux excessif d'accidents mortels étaient insuffisantes (Conclusions 2013).

Il a demandé que le rapport suivant fournisse des statistiques sur les cas mortels de maladies professionnelles.

D'après le rapport, la Roumanie a enregistré 3 686 accidents du travail en 2012, dont 215 mortels. Ce chiffre est resté relativement stable en 2013 et 2014 ; en 2015 en revanche, il a fortement augmenté (4 300), mais le nombre d'accidents mortels a reculé (183).

Selon les données EUROSTAT, il a été dénombré 276 accidents mortels du travail en 2012, 269 en 2013 et 272 en 2014, ce qui correspond à un taux d'incidence de respectivement 7,57, 6,9 et 7,13 pour 100 000 travailleurs (la moyenne pour les 28 Etats membres de l'UE étant de 2,42, 2,26 et 2,32). Le taux d'accidents mortels demeurant élevé, le Comité considère une fois encore que les mesures prises pour le faire baisser sont insuffisantes et réitère son constat de non-conformité.

Les données EUROSTAT montrent aussi que le taux d'incidence standardisé des accidents du travail non mortels était de 4,8 pour 100 000 travailleurs, taux sensiblement inférieur à la moyenne observée dans les 28 pays de l'UE (1 642,09). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la déclaration des accidents du travail non mortels.

S'agissant des maladies professionnelles, le rapport indique que 862 nouveaux cas ont été déclarés en 2012 et 854 en 2014.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste des maladies professionnelles) et sur les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles.

Activités de l'Inspection du travail

Les services de l'Inspection du travail veillent à l'application de la réglementation en matière de santé et sécurité au travail dans tous les secteurs d'activité (y compris les transports ferroviaires, les mines, l'agriculture, le bâtiment, etc.), à l'exception d'un certain nombre d'entre eux, visés par la loi. Il s'agit principalement des travailleurs employés dans le domaine militaire et nucléaire, des travailleurs indépendants et des employés de maison. Toutefois, le rapport précise que des organismes spécifiques sont chargés de contrôler/inspecter les entreprises des secteurs militaire et nucléaire. Le Comité demande une nouvelle fois des informations sur les activités de l'autorité en charge des inspections du travail dans le secteur nucléaire.

Les inspecteurs du travail n'effectuent pas de contrôles dans les locaux d'habitation constituant un domicile privé.

D'après le rapport, les accidents du travail impliquant des travailleurs journaliers font l'objet d'une enquête, qui est confié à des inspecteurs territoriaux du travail. Il s'agit cependant d'une procédure d'enquête simplifiée par rapport à celle prévue par la loi n° 319/2006 relative à la santé et la sécurité au travail. Le Comité demande des informations complémentaires à ce sujet.

S’agissant du nombre de visites d’inspection effectuées durant la période de référence, le Comité note que le nombre d’entreprises contrôlées a baissé entre 2012 et 2015, même si le nombre de travailleurs couverts par ces visites est demeuré stable.

Le Comité demande que le prochain rapport indique le pourcentage de travailleurs couverts par les visites d’inspection ainsi que le nombre d’inspecteurs.

En ce qui concerne les sanctions infligées, le Comité note une diminution du nombre de sanctions civiles, passées de 125 818 en 2012 à 79 017 en 2015, et de poursuites pénales engagées pour infraction aux règles d’hygiène et de sécurité. Le Comité demande que le prochain rapport explique les raisons de cette baisse.

Le Comité a précédemment demandé des informations sur les visites d’inspection réalisées dans les petites et moyennes entreprises. Le rapport fait état de diverses activités organisées durant la période de référence en vue de multiplier les contrôles visant des petites et moyennes entreprises. En 2015, 63 % des visites ont concerné des entreprises de cette taille.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n’est pas conforme à l’article 3§3 de la Charte au motif que les mesures visant à réduire le taux excessif d’accidents mortels sont insuffisantes.

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 Roumanie.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance (moyenne pour les deux sexes) était de 75 ans en 2015 (contre 73,61 ans en 2009). L'espérance de vie moyenne en Roumanie demeure donc peu élevée par rapport à celle des autres pays européens. Par exemple, elle était de 80,6 ans en 2015 dans l'UE des 28.

D'après les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) était de 13,2 en 2015 (contre 12,12 en 2010). Cet indicateur a légèrement augmenté pendant la période de référence, puisqu'il est passé de 12,7 en 2012 à 13,2 en 2015.

Le Comité a précédemment noté que les principales causes de décès prématuré étaient les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies de l'appareil digestif, les maladies respiratoires, les accidents, les blessures et les intoxications (Conclusions 2013). Il a demandé quelles mesures étaient prises pour lutter contre ces causes de mortalité (Conclusions 2013). Le rapport précise que l'un des objectifs du premier domaine stratégique (Santé publique) de la Stratégie nationale 2014-2020 en faveur de la santé est de réduire l'incidence des maladies non transmissibles telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies mentales et les maladies rares. Le rapport ajoute que les activités prévues par la Stratégie, notamment celles qui relèvent du premier domaine stratégique (Santé publique), sont principalement mises en œuvre dans le cadre des programmes nationaux de santé. Le Comité demande des informations concrètes concernant la mise en œuvre de ces programmes et leur impact sur la réduction du nombre de décès prématurés causés par ces maladies.

D'après le rapport, la mortalité infantile a légèrement diminué depuis la dernière période de référence. En effet, elle était de 8,4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2014 et de 8 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015 (9,79 en 2010). Le rapport précise que le taux de mortalité infantile était plus élevé dans les zones rurales qu'en milieu urbain. Le Comité prend note de cette baisse de la mortalité infantile, mais considère qu'elle demeure élevée par rapport aux autres pays européens – le taux moyen de mortalité infantile dans les 28 pays de l'UE était de 3,6 pour 1 000 naissances vivantes en 2015.

Concernant la mortalité maternelle, le Comité a précédemment noté qu'avec un taux de 24,03 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010, il n'y avait pas eu d'amélioration depuis la dernière période de référence (taux identique à 2005). Le rapport fait état d'un taux de mortalité maternelle de 14,9 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Selon les données de la Banque mondiale, ce taux était de 30 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2009 et 2012, et est même passé à 31 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2013, 2014 et 2015. Ce taux était également très supérieur à la moyenne des pays européens.

Dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), le Comité a jugé la situation non conforme à l'article 11§1, au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle étaient insuffisantes. Le rapport décrit certaines mesures prises pour réduire la mortalité infantile, à savoir améliorer la nutrition des nourrissons, prodiguer des services de soins de santé de meilleure qualité pour les nouveau-nés qui ont un faible poids à la naissance et affiner les diagnostics prénatals des anomalies et malformations. Le rapport ajoute que la Stratégie nationale 2014 – 2020 en faveur de la santé et son plan d'action ont pour objectif global d'améliorer la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant. Par ailleurs, une Stratégie nationale de santé en matière de sexualité et de procréation a été élaborée. Parmi les mesures prises pour réduire plus particulièrement la mortalité

maternelle, le rapport mentionne l'ensemble des services de soins de santé prénatals, périnatals et postnatals offerts pendant la grossesse et après l'accouchement, la régionalisation des soins de santé proposés aux femmes enceintes, répartis en trois niveaux de compétence, avec, au niveau III, des unités régionales consacrées aux pathologies graves de la grossesse et du post-partum, et le contrôle des décès maternels et des cas de morbidité grave pendant la grossesse et après l'accouchement.

Le Comité prend note des mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle telles que décrites dans le rapport. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur leur mise en œuvre et leur impact dans la pratique. Cependant, les taux de mortalité infantile et maternelle restant parmi les plus élevés d'Europe, le Comité conclut que les mesures prises ont été insuffisantes et renouvelle par conséquent son constat de non-conformité sur ce point.

Accès aux soins de santé

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé ce qu'il en était des réformes de santé et si elles se traduisaient par une amélioration de l'état de santé de la population. Le rapport fournit des informations détaillées sur la Stratégie nationale 2014 – 2020 en faveur de la santé et son plan d'action. La Stratégie définit trois domaines d'action prioritaires où des améliorations sont nécessaires : (i) la santé publique, avec pour principaux objectifs d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant, de lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles et de sensibiliser et informer sur les moyens de prévention efficaces ; (ii) renforcer l'efficacité des services de soins de santé ; et (iii) prendre des mesures horizontales pour compléter les actions menées dans le cadre des deux autres domaines d'action stratégique. Le Comité note que, selon le *Rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale en faveur de la santé 2014 -2020* (pour 2015), bien que la stratégie ait été adoptée fin 2014, la plupart des mesures prévues par celle-ci se trouvaient à divers stades de mise en œuvre. Ce rapport ne contient toutefois pas d'informations sur les résultats concrets qui auraient été obtenus. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse une évaluation concrète du processus de mise en œuvre de la stratégie.

Le Comité note que, selon les données de la Banque mondiale, les dépenses consacrées par la Roumanie aux soins de santé en pourcentage du PIB n'ont cessé de diminuer : en effet, elles sont passées de 5,8 % du PIB en 2010 à 5,6 % en 2014. Le Comité note que, selon les données de l'OMS concernant les dépenses mondiales de santé (Global Health Expenditure data), en 2014, la part des dépenses de santé de la Roumanie en proportion du PIB était la plus faible des États membres de l'Union européenne. Les frais à la charge des patients représentaient 19 % des dépenses totales de soins de santé en 2014. Le Comité relève dans le Rapport 2016 « Health Systems in Transition » sur la Roumanie que les paiements informels seraient pratique courante, sans que l'on n'en connaisse la proportion exacte. Il relève par ailleurs dans le Rapport de la Commission européenne sur les progrès accomplis par la Roumanie dans le cadre du mécanisme de coopération et de vérification (Rapport technique 2015) que « la corruption dans le secteur de la santé semble être répandue. La pratique des paiements informels demeure fréquente, en particulier dans les petites villes ou les villages et par conséquent difficile à éradiquer. Selon une étude réalisée en février 2014 par le ministère de la Santé et l'Association pour la mise en œuvre de la démocratie en Roumanie, plus des deux tiers (68 %) des personnes interrogées considéraient que le degré de corruption dans le système de santé publique était élevé, voire très élevé, et un cinquième des personnes interrogées ont admis avoir payé des dessous-de-table. Dans le secteur de la santé, la lutte contre la corruption nécessite d'intervenir à deux niveaux : la corruption à haut niveau, qui concerne les marchés publics, et la corruption mineure, qui correspond aux paiements informels pour l'obtention de services médicaux ». Le Comité demande que le prochain rapport fasse état des mesures concrètes qui ont été prises pour lutter contre ce phénomène.

En ce qui concerne la gestion des listes d'attente et des délais d'attente, le Comité a précédemment noté qu'il n'y avait pas, en Roumanie, de délais d'attentes pour accéder aux services de santé, les patients pouvant s'adresser directement aux médecins généralistes, aux services spécialisés en régime ambulatoire ou aux services d'urgence. En revanche, il y avait bien des listes d'attente pour les maladies qui nécessitaient une transplantation d'organes ou de tissus, ou pour les patients qui avaient besoin d'un protocole de soins (Conclusions 2013). Le Comité a demandé des informations spécifiques sur le délai d'attente moyen (nombre de jours) pour bénéficier de soins à l'hôpital, ainsi que pour une première consultation en soins spécialisés (Conclusions 2013). Le rapport répète que les patients peuvent s'adresser sans délai aux médecins généralistes, aux services spécialisés en régime ambulatoire et aux services d'urgence. Il indique par ailleurs que le ministère de la Santé ne dispose d'aucunes données statistiques concernant la gestion des listes d'attente et des délais d'attente.

Le Comité relève dans le rapport 2016 « Health Systems in Transition » sur la Roumanie que l'accès aux soins de santé est inégal : il est plus difficile dans les zones rurales et pour certaines catégories socio-économiques (retraités, chômeurs, travailleurs indépendants et travailleurs agricoles), ainsi que pour la population rom. Les services de soins de santé restent caractérisés par une offre excessive de soins hospitaliers très spécialisés et une sous-utilisation des soins primaires et des soins à domicile. D'après la même source, aucune étude récente n'a été réalisée au niveau national afin de recueillir l'avis de la population concernant le système de soins de santé. Les données 2013 de l'étude Eurobaromètre révèlent que la population roumaine est relativement peu satisfaite de la qualité globale des soins de santé par rapport à la moyenne des habitants de l'Union européenne (seulement 25 % des personnes interrogées ont déclaré que la qualité globale du système de soins de santé était bonne, contre 71 % pour la moyenne de l'Union européenne). Cette perception ne semble pas avoir évolué au fil des ans. Selon la même source, cette insatisfaction pourrait s'expliquer par la faiblesse des ressources financières affectées au secteur de la santé et par la baisse des effectifs du personnel de santé, ce qui entraîne des coûts supplémentaires pour les patients et des délais d'attente plus longs. Le Comité invite la Roumanie à commenter ces informations.

Le Comité relève également dans le rapport 2016 « Health Systems in Transition » que le nombre de médecins et d'infirmières est relativement faible en Roumanie par rapport aux moyennes relevées au sein de l'Union européenne. Cette situation s'explique essentiellement par l'exode important des professionnels de santé observé ces dix dernières années. Les raisons les plus courantes de leur départ sont la faiblesse des salaires par rapport aux professions non médicales, le manque de reconnaissance de leur travail, le manque de possibilités d'évolution professionnelle et l'écart important entre les niveaux de compétences requis et les conditions de travail, qui ne permettent pas d'appliquer lesdites compétences dans la pratique (par exemple, manque d'équipements et de fournitures). En conséquence, certaines spécialités et compétences médicales font défaut dans les hôpitaux, en particulier dans les régions défavorisées. Le Comité invite la Roumanie à commenter ces informations et demande si des mesures sont prises pour empêcher l'exode des médecins et du personnel infirmier.

Le Comité note que selon l'Indice européen 2015 des consommateurs de soins de santé (Euro Health Consumer Index – EHCI), qui mesure l'efficacité des systèmes de santé dans 35 pays d'Europe, « l'ensemble du secteur public de la Roumanie est confronté à de graves problèmes de gestion et son système de santé est archaïque, avec une offre élevée et coûteuse de soins hospitaliers au détriment des soins ambulatoires ». C'est pourquoi, selon cette étude, la Roumanie se situe à la 32e place sur un classement de 35 pays.

Le Comité relève dans le rapport 2016 « Health Systems in Transition » sur la Roumanie que les soins de réadaptation sont assurés en milieu ambulatoire et hospitalier, mais sont difficilement accessibles et soumis à de longues listes d'attente. L'accès aux soins de longue durée et aux soins palliatifs laisse aussi à désirer et la Roumanie présente les taux

de prise en charge en établissement de soins de longue durée les plus faibles d'Europe, avec seulement 7,9 % des besoins de soins palliatifs satisfaits en 2014. Le Comité demande que le prochain rapport rende compte des mesures concrètes qui ont été prises dans ce domaine.

Le Comité a précédemment conclu que la situation était contraire à la Charte, au motif que les conditions qui prévalaient dans certains hôpitaux psychiatriques étaient manifestement inadaptées (Conclusions 2005 et Conclusions 2009). Il a par ailleurs noté dans ses Conclusions 2013 que, selon les informations présentées par la représentante de la Roumanie au Comité gouvernemental (rapport relatif aux Conclusions 2009), le ministère de la Santé avait engagé une réforme du système régissant les services de santé mentale, avec notamment une augmentation de son budget, l'adoption d'une Stratégie nationale et d'un Plan d'action national, ainsi que la création d'un Centre national de la santé mentale. Il a demandé des informations spécifiques sur les normes qui régissaient les conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques, et les modalités fixées pour le suivi de ces conditions (Conclusions 2013). Entre-temps, il a réservé sa position sur ce point (Conclusions 2013). Le rapport fournit des informations sur le cadre juridique régissant les services de santé mentale et énumère les services de santé et les équipements minimums que tout hôpital psychiatrique se doit d'offrir. S'agissant de la surveillance des prestations offertes dans les hôpitaux/services psychiatriques, le rapport précise qu'elle s'effectue 1) via le mécanisme de remontée d'informations par les patients (en place depuis avril 2015 : un formulaire doit être rempli par le patient à l'issue de la procédure médicale et est examiné par un comité d'éthique présent dans chaque structure de soins de santé), 2) par la coopération développée avec des organisations non-gouvernementales œuvrant dans le domaine de la promotion des droits de l'homme et de la santé mentale (un protocole de coopération avec le Centre de ressources juridiques est en vigueur depuis 2003 et permet aux représentants de l'ONG d'accéder aux structures de soins de santé pour effectuer des visites de contrôle) et 3) par les contrôles/inspections réalisées par les services autorisés de l'administration publique centrale. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les résultats concrets de cette surveillance.

En réponse à la demande d'informations du Comité concernant l'existence éventuelle de structures de réadaptation pour les toxicomanes (Conclusions 2009 et Conclusions 2013), le rapport fournit des informations détaillées sur les structures et les traitements accessibles aux toxicomanes.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et traitements dentaires (par exemple, qui peut bénéficier de soins gratuits, le coût des soins les plus fréquents et la part des frais restant à la charge des patients).

Concernant le droit à la protection de la santé des personnes transgenres, le Comité a précédemment reçu les observations de l'Association Lesbienne & Gay Internationale (ILGA) Europe, selon lesquelles dans la pratique, la Roumanie imposait la stérilisation aux personnes transgenre pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre (Conclusions 2013). Il a demandé à ce sujet si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013, Introduction générale). Le rapport ne contenant aucune information à ce propos, il renouvelle sa question.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes.

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 Roumanie.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité a précédemment noté qu'il existait des programmes en pédiatrie et en gynécologie, mais a demandé s'il existait des activités de sensibilisation spécifiques pour promouvoir une maternité sûre (Conclusions 2013).

Le rapport précise que, dans le cadre du Programme national pour la santé de la femme et de l'enfant, des activités sont menées afin de promouvoir l'allaitement et une alimentation saine, et de prévenir l'obésité infantile. Les activités comprennent également des formations destinées au personnel des maternités sur l'éducation prénatale des couples, les soins aux nouveau-nés et l'allaitement exclusif des nourrissons. Le rapport mentionne d'autres actions de promotion d'une maternité sans risque, notamment la publication de guides spécialisés destinés aux professionnels de santé, la mise en place de protocoles de pratique médicale sur la supplémentation en fer et en iode des femmes enceintes et des enfants, l'organisation de formations sur l'allaitement à l'intention du personnel de santé primaire et de la population en général, la mise à disposition de supports d'information sur le sujet, et la campagne « Hôpitaux amis des bébés », visant à éduquer les femmes enceintes et les mères, essentiellement en ce qui concerne l'allaitement.

S'agissant des campagnes générales de sensibilisation, le Comité a précédemment noté que, dans le cadre du Programme national pour la promotion de la santé et l'éducation à la santé mis en œuvre par le ministère de la Santé (en coopération avec des ONG et d'autres partenaires privés et publics), un grand nombre d'activités avaient été organisées sur la prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et des maladies sexuellement transmissibles (Conclusions 2013). Le présent rapport précise que le Programme national de prévention prévoit des campagnes d'information, d'éducation et de communication sur les principaux thèmes de santé publique définis au niveau national et local, ainsi que d'autres d'activités spécifiques de promotion de la santé telles que la campagne pour la Journée mondiale de la tuberculose, les campagnes pour la Journée mondiale/nationale sans tabac, les campagnes de promotion d'un mode de vie sain et la campagne d'éducation et d'information sur les pandémies de grippe et de grippe aviaire. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concrètes et actualisées sur les campagnes et activités de sensibilisation menées pendant la période de référence.

Concernant l'éducation à la santé à l'école, le Comité a précédemment noté que le ministère de l'Éducation intégrait l'éducation à la santé dans les cours de biologie et dans d'autres matières et que les thèmes, adaptés à chaque niveau d'études, portaient sur l'hygiène et la prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie. Il existait également des programmes extrascolaires de promotion des modes de vie sains et de la citoyenneté active, destinés aux enfants des catégories défavorisées, notamment dans les zones rurales (Conclusions 2013). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur ce point.

Le Comité rappelle que les États parties doivent veiller à ce que l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires, que les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif, que la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante ; il faut en particulier s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique, et qu'une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités. (International Centre for the Legal

Protection of Human Rights (INTERIGHTS) c. Croatie, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphes 46 et 47). Le Comité demande que le prochain rapport indique si des activités éducatives consacrées à la sexualité et à la procréation sont assurées dans les établissements scolaires de Roumanie et selon quelles modalités.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment noté que la consultation et le dépistage des femmes et des enfants étaient gratuits, et a demandé des informations sur les types de consultation et de dépistage proposés (Conclusions 2009). En l'absence d'informations dans les précédents rapports nationaux, il a estimé à plusieurs reprises que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que les activités de consultation et de dépistage proposées aux femmes enceintes et aux enfants étaient suffisamment fréquentes, ni que la proportion des mères et des enfants couverts était suffisante (Conclusions 2013 et Conclusions 2015). Le présent rapport fournit des informations détaillées sur les consultations préventives organisées périodiquement à l'intention des enfants et des femmes, ainsi que, plus généralement, des assurés de plus de 18 ans. En ce qui concerne les enfants, le rapport précise que les consultations s'échelonnent comme suit : à la sortie de la maternité et après un mois, au domicile de l'enfant ; à l'âge de 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 et 36 mois ; une fois par an de 4 à 18 ans. Les consultations de suivi de la grossesse et du post-partum consistent en : un examen mensuel du troisième au septième mois, un examen bimensuel du septième au neuvième mois inclus, un examen post-partum à domicile après la sortie de la maternité, et un examen post-partum quatre semaines après l'accouchement. La surveillance inclut la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'au sixième mois de l'enfant et de la poursuite de l'allaitement jusqu'au douzième mois de l'enfant, le dépistage du VIH et de l'Hépatite B et C, ainsi que des consultations pré et post-dépistage du VIH et de la syphilis.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a rappelé qu'une surveillance médicale gratuite devait être organisée tout au long de la scolarité et a demandé que le prochain rapport contienne des informations concernant, notamment, la fréquence des examens médicaux à l'école, leurs objectifs, la proportion d'élèves concernés et les ressources en personnel. Le rapport précise que des contrôles médicaux sont organisés tout au long de la scolarité selon les modalités suivantes : une visite médicale chaque année pour tous les enfants préscolarisés, une visite médicale chaque année pour tous les élèves des écoles, un bilan de santé approfondi pour tous les élèves de première, quatrième, huitième/neuvième, et douzième/treizième année, ainsi qu'en dernière année d'enseignement professionnel. Le rapport fournit des informations détaillées sur les objectifs de ces examens, le personnel chargé de les réaliser et les données obtenues à la suite des contrôles effectués en 2015.

En ce qui concerne la consultation et le dépistage de la population dans son ensemble, en l'absence d'informations dans les précédents rapports nationaux, le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que la prévention par le dépistage était utilisée pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population (Conclusions 2013 et Conclusions 2015). Le rapport dresse la liste des principaux programmes de dépistage disponibles en Roumanie, à savoir : (i) le Programme national de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus, qui consiste à soumettre la population féminine au test de Papanicolaou ou méthode du frottis vaginal ; (ii) le Programme national de dépistage néonatal de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie ; (iii) le Programme national de dépistage et de traitement de la rétinopathie de la prématurité. Le rapport ajoute que des consultations préventives visant à évaluer les risques chez les adultes asymptomatiques sont proposées aux adultes de 18 à 39 ans et aux adultes de plus de 40 ans. L'examen consiste en une évaluation des comportements ayant un impact global sur la santé (style de vie), en une évaluation des risques cardio-vasculaires et oncologiques, en une évaluation des risques liés à la santé mentale (consommation problématique d'alcool,

dépistage de la dépression) et en une détection de certains risques considérés comme significatifs pour la santé en matière de procréation.

Le Comité demande des informations et des données statistiques sur l'accès des femmes et des enfants, et de la population dans son ensemble, aux services de consultation et de dépistage dans les zones rurales.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Roumanie 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 Roumanie.

Environnement sain

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport concernant la qualité de l'eau potable et les intoxications alimentaires. En ce qui concerne l'eau potable, les données font apparaître qu'elle est largement conforme aux prescriptions de la Directive 98/83/CE sur la qualité de l'eau pour la période 2011-2013. S'agissant des intoxications alimentaires, le rapport indique par exemple qu'en 2013, 105 cas d'intoxication alimentaire ont été déclarés au Centre national pour la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles.

Le Comité demande des informations actualisées sur les niveaux de pollution atmosphérique, la contamination de l'eau potable et les intoxications alimentaires pendant la période de référence, afin d'évaluer si la tendance est à l'augmentation ou à la baisse. Il demande également des informations sur la pollution sonore, la gestion des déchets et les risques liés à l'amiante.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations à jour sur l'état de la législation sur les environnements sans tabac, les avertissements sanitaires sur les paquets de tabac et la publicité sur le tabac, la promotion et le parrainage. Entre-temps, il a réservé sa position sur ce point (Conclusions 2013). Le rapport précise que la loi n° 15/2016 modifiant et complétant la loi n° 349/2002 pour la prévention et la lutte contre les effets de la consommation de produits tabagiques prévoit des mesures de lutte contre le tabagisme telles que l'interdiction de fumer dans tous les espaces publics clos, y compris dans les espaces de travail clos, les transports publics et les terrains de jeux pour enfants, l'apposition de mises en garde sur les emballages de produits tabagiques, l'organisation de campagnes d'information et d'éducation de la population, l'information du consommateur sur les produits qu'il achète, comprenant la teneur en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone du produit final, et enfin, des mesures concrètes concernant l'usage des ingrédients des produits tabagiques. Le rapport mentionne la loi n° 457/2004 sur la publicité et le parrainage des produits tabagiques, qui prévoit des mesures concernant la publicité pour lesdits produits et leur promotion dans les médias, dans la presse écrite et lors d'émissions de télévision et de radio.

Le rapport fait également mention de la Stratégie « 2035 – Première génération sans tabac », inspirée des principes et objectifs de la Stratégie nationale 2014-2020 en faveur de la santé. Le rapport détaille également les mesures de lutte contre le tabagisme prévues par le plan pluriannuel intégré pour la promotion de la santé et l'éducation à la santé. Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de cette stratégie et de son impact sur la lutte contre la consommation de tabac.

Le Comité prend note des statistiques détaillées fournies dans le rapport concernant la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Il demande que le prochain rapport fournisse des données actualisées et des informations sur l'évolution de la consommation de ces substances.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport fait état d'une baisse spectaculaire de la couverture vaccinale au niveau national pour les vaccins compris dans le Programme vaccinal national. En effet, elle est passée sous le seuil des 95 % recommandé par l'Organisation mondiale de la santé. Par exemple, d'après l'Institut national de santé publique – Centre national pour la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles, s'agissant des enfants nés en 2014, la couverture

vaccinale à l'âge de 18 mois pour le vaccin contre l'hépatite B (3 doses), le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP, 4 doses), le vaccin inactivé contre la poliomyélite (VIP, 4 doses), le vaccin antihaemophilus Influenzae B (Hib, 4 doses), et le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR, 1 dose) était inférieure à l'objectif fixé de 95 %, aussi bien dans les zones urbaines que rurales.

Le rapport ajoute que, dans le cadre de la Stratégie nationale en faveur de la santé 2014-2020, le ministère de la Santé a défini des objectifs et des orientations stratégiques pour accroître la couverture vaccinale, à savoir : renforcer/développer la capacité à gérer et/ou à mettre en œuvre le programme de vaccination conformément au calendrier national fixé au niveau national, régional, départemental et local, et mieux faire respecter l'obligation vaccinale par l'ensemble de la population, et en particulier par les groupes vulnérables et défavorisés. Le rapport ajoute qu'à l'initiative du ministère de la Santé, un projet de loi sur la vaccination est en cours d'élaboration.

Le Comité note que, d'après le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, une épidémie de rougeole se propage en Roumanie depuis janvier 2016 (hors période de référence) et frappe toutes les tranches d'âge. Au 28 avril 2017, on dénombrait 4 800 cas, dont 23 décès. Les enfants ont été les plus touchés, notamment 888 nourrissons trop jeunes pour être vaccinés. Sur l'ensemble des cas répertoriés, 96,6 % n'étaient pas vaccinés. Selon la même source, la Roumanie fait actuellement face à une grave pénurie de vaccins, ou à des retards de vaccination importants, notamment en ce qui concerne le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), entraînant une baisse importante de la couverture vaccinale.

Le Comité rappelle que les États parties doivent disposer d'un programme de vaccination largement accessible. Ils doivent maintenir des taux de couverture vaccinale élevés en vue non seulement de réduire l'incidence des maladies, mais aussi de neutraliser le réservoir de virus et ainsi atteindre les objectifs fixés par l'OMS d'éradiquer plusieurs maladies infectieuses (Conclusions XV-2 (2001), Belgique). Les États doivent prouver leur capacité de réaction face aux maladies contagieuses (système de déclaration et de relevé des maladies, traitement particulier des cas de sida, mesures d'urgence pour faire face aux épidémies, etc.) (Conclusions XVII-2 (2005), Lettonie).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les taux de couverture, ainsi que sur l'impact des mesures prises pour accroître la couverture vaccinale. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Accidents

Le rapport contient des informations détaillées sur les activités de prévention et d'éducation menées afin de réduire le nombre d'accidents de la route. Des programmes de sensibilisation intitulés « Quelqu'un d'autre peut conduire quand tu as bu », « La ceinture de sécurité sauve des vies », « Il y a des motards sur la route » ou « Ne traverse pas » ont été conçus en 2015.

Le Comité rappelle que les États parties doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs (Conclusions 2005, République de Moldova). Le Comité demande des informations sur tous les types d'accidents et sur les mesures prises pour les prévenir.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Roumanie.

S'agissant des **prestations familiales** et des prestations de **maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (à partir des Conclusions 2002) pour une description du système roumain de sécurité sociale et note qu'il continue de couvrir toutes les branches traditionnelles (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail / maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Pendant la période de référence, le système reposait toujours sur un financement collectif : il était alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'Etat.

Le système de financement de la sécurité sociale aurait cependant fait l'objet d'une importante reforme en 2017, hors période de référence, d'après des informations portées à l'attention du Comité par le Bloc national syndical. Le Comité rappelle à cet égard que, pour être conforme à la Charte, le système doit être financé collectivement, c'est-à-dire par les cotisations des employeurs et des salariés et/ou par le budget de l'Etat. Lorsque le système est financé par la fiscalité (ou par des ressources budgétaires), sa couverture, en termes de personnes protégées, doit reposer sur le principe de non-discrimination, sans préjuger des conditions d'ouverture des droits (critère de ressources, etc.). Le principe du financement collectif est une caractéristique fondamentale d'un système de sécurité sociale au regard de l'article 12 de la Charte car il assure une répartition équitable et économiquement juste des risques entre les membres de la collectivité, y compris entre les employeurs, et contribue à éviter toute discrimination à l'égard des catégories vulnérables de travailleurs (Conclusions 2006, Pays Bas). Le Comité demande que le prochain rapport contienne toute information pertinente sur d'éventuelles modifications de cet aspect pendant la prochaine période de référence.

Selon les statistiques nationales (Institut national des statistiques, Enquête sur la main-d'œuvre en Roumanie, 2015), le pays comptait 9 159 000 actifs en 2015, pour une population totale de 22 242 738 personnes (données fournies dans le rapport consacré à l'application par la Roumanie du Code européen de sécurité sociale).

Le Comité relève dans la base de données MISSOC que l'assurance **soins de santé** obligatoire couvre tous les citoyens roumains résidant en Roumanie, les ressortissants de l'Union européenne en droit d'être affiliés à ce régime, ainsi que les autres ressortissants qui vivent à titre temporaire ou permanent en Roumanie et cotisent à la Caisse d'assurance conformément à la loi, de même que les enfants âgés de moins de 18 ans. L'accès au régime universel des soins de santé est également garanti aux membres de la famille des assurés et à certaines autres catégories de personnes vulnérables (personnes handicapées, femmes enceintes, ...). Selon le rapport relatif à l'application par la Roumanie du Code européen de sécurité sociale, 92 % de la population était couverte par le régime soins de santé au 31 décembre 2015 (17 191 563 personnes assurées et 3 349 056 personnes non assurées néanmoins admises à bénéficier d'un minimum de services médicaux).

Selon la base de données MISSOC, les salariés, les fonctionnaires, les chômeurs et les travailleurs indépendants (sous condition de ressources) sont obligatoirement affiliés à un régime **vieillesse, invalidité et survivants**. A la lumière de ces informations, le Comité croit comprendre qu'une proportion non négligeable de la population active est couverte et relève dans le rapport qu'en 2015, le pays comptait en moyenne 5 699 697 assurés au régime de retraite (soit 62 % de la population active). Le Comité demande que le prochain rapport précise si ces chiffres concernent l'ensemble de ces trois branches (vieillesse, invalidité, survivants). Si tel n'est pas le cas, il demande que le prochain rapport contienne des

données à jour concernant le nombre de personnes couvertes par chacune des branches et le pourcentage de la population active qu'elles représentent. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Pour ce qui est des autres branches, le Comité relève dans le rapport qu'un régime d'assurance **maladie** obligatoire couvre tous les salariés et les travailleurs indépendants, ainsi que les chômeurs indemnisés, les titulaires de fonctions électives ou les membres de l'appareil exécutif, législatif ou judiciaire et quelques autres catégories de travailleurs. Selon le rapport relatif à l'application par la Roumanie du Code européen de sécurité sociale, ils étaient en moyenne 5 102 849 actifs, au 30 mai 2015, à bénéficier d'une couverture maladie, soit 56 % de la population active.

Les salariés, les fonctionnaires, les apprentis, les étudiants et les chômeurs en formation professionnelle sont couverts par un régime d'assurance obligatoire contre les **accidents du travail** et les **maladies professionnelles**, les travailleurs indépendants pouvant y souscrire à titre volontaire. A la lumière de ces informations, le Comité comprend qu'une proportion non négligeable de la population active est couverte ; il demande toutefois que le prochain rapport indique le nombre de personnes couvertes sur l'ensemble de la population active. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Un régime d'assurance **chômage** obligatoire couvre tous les salariés et fonctionnaires ; les travailleurs indépendants, de même que leur conjoint dès lors que celui-ci contribue à leur activité professionnelle, peuvent également y souscrire à titre volontaire. Le Comité relève dans le rapport qu'en 2015, sur un total de 436 242 chômeurs inscrits, ils n'étaient que 25 % à être indemnisés (contre 40 % en 2011). En réponse à la question du Comité, les autorités expliquent dans le rapport que ces chômeurs non indemnisés, dont le nombre augmente, sont des personnes qui se sont inscrites auprès d'une agence locale pour l'emploi afin de trouver du travail mais qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier des prestations de chômage (travailleurs peu ou non qualifiés percevant des aides sociales) ou qui sont arrivés en fin de droit. Compte tenu du faible pourcentage de chômeurs indemnisés et en l'absence de données chiffrées concernant le taux de couverture du régime d'assurance chômage sur l'ensemble de la population active (informations pourtant demandées dans les Conclusions 2006, 2009 et 2013), le Comité considère qu'il n'est pas établi que ledit régime couvre une proportion significative de la population active.

Le Comité rappelle que le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population active pour ce qui concerne les prestations servies en remplacement des revenus, à savoir les prestations de maladie, de maternité, de chômage, les pensions et les prestations servies en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il demande donc, une nouvelle fois, que chaque rapport relatif à l'article 12 de la Charte indique systématiquement le nombre de personnes couvertes par les différentes branches sur l'ensemble de la population active.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 2 315 € par an en 2015, soit 193 € par mois. Le seuil de pauvreté fixé à 50 % dudit revenu aurait donc été de 1 158 € par an, soit 96 € par mois. A 40 % de ce même revenu, le seuil de pauvreté aurait été de 77 € par mois. En 2015, le revenu minimum était de 217,5 € par mois.

Le Comité a précédemment considéré qu'il n'était pas établi que le niveau minimum des prestations de **maladie** soit suffisant (Conclusions 2013 et 2015). Il note que, selon la base de données MISSOC, il faut justifier d'au moins un mois de cotisation pour avoir droit aux prestations de maladie, lesquelles sont payées par l'employeur pendant les cinq premiers jours et servies ensuite par la Caisse de sécurité sociale pour une durée maximale de 183 jours par an (durée prorogeable dans certaines circonstances). Le rapport indique que les prestations représentent 75 % de la rémunération brute moyenne perçue au cours des six derniers mois (100 % en cas de cancer, sida, tuberculose, etc.), ce qui correspond à une

somme de 163 € par mois lorsque l'indemnité est calculée sur la base du salaire minimum. Le Comité considère que ce montant est suffisant.

Le rapport explique que la loi n° 76/2002, dans sa version intégrant les modifications et ajouts ultérieurs, subordonne l'octroi des indemnités de **chômage** à la condition que le demandeur ait cotisé à la Caisse d'assurance chômage pendant au moins 12 des 24 derniers mois avant de soumettre son dossier à l'agence pour l'emploi dans le ressort duquel il est domicilié. La durée maximale de service de ces prestations est de six mois pour les chômeurs qui justifient d'une à cinq années de cotisation ; elle peut aller jusqu'à douze mois pour ceux qui justifient de dix années ou plus de cotisation. Le rapport répète, en réponse à la question du Comité (Conclusions 2015) concernant les conditions de refus ou de suspension des indemnités de chômage, que la législation en vigueur ne prévoit pas de période initiale durant laquelle le demandeur peut écarter une offre d'emploi ne répondant pas à ses compétences ou à son expérience professionnelles, mais que les agences pour l'emploi sont expressément tenues par la loi de veiller à ce que tout emploi proposé à un chômeur corresponde à ses qualifications et à sa formation. Le Comité demande que le prochain rapport précise la définition d'une « offre d'emploi convenable » au regard de la loi et indique, en s'appuyant sur la jurisprudence pertinente, dans quels cas il est possible de décliner une offre d'emploi sans perdre son droit à prestations. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

S'agissant du montant minimum des indemnités de chômage, le rapport précise que la somme jugée manifestement insuffisante par le Comité dans ses Conclusions 2013 correspondait en réalité à une allocation de chômage non contributive d'un type spécial, destinée à favoriser l'insertion de jeunes âgés de plus de 16 ans qui quittent l'école et ne parviennent pas, dans les 60 jours qui suivent, à trouver un emploi répondant à leurs qualifications. Servie pour une durée de six mois, cette allocation représente 50 % de l'indicateur social de référence applicable à la date de l'ouverture du droit à prestation. Quant à la prestation de chômage contributive, son montant minimum correspond en fait à 75 % de de l'indicateur social de référence applicable à la date de l'ouverture du droit à prestation et peut être majoré (de 3 à 10 %) selon la durée de cotisation à la caisse d'assurance. L'indicateur social de référence s'établissait en 2008 à 500 RON (110 € au taux du 31 décembre 2015) et n'a pas évolué durant la période considérée. Le Comité constate, sur la base de ces informations, que le montant minimum de la prestation de chômage contributive était de 82,5 € en 2015, soit entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté. Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 12§1, lorsque le montant des prestations servies en remplacement des revenus se situe entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté, il prend également en considération, le cas échéant, d'autres prestations. Il demande par conséquent quelles autres prestations peut éventuellement cumuler une personne percevant le montant minimum des indemnités de chômage. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Concernant les prestations de **vieillesse**, le Comité a précédemment relevé (Conclusions 2013) qu'il existait un régime obligatoire et un régime volontaire, et qu'une pension sociale minimale garantie avait été instituée 2009. Il note que, selon la base de données MISSOC, la durée minimale de cotisation était de 15 ans en 2015 et que la durée pleine de cotisation était de 30 ans pour les femmes (en passe d'être progressivement relevée) et de 35 ans pour les hommes. Le montant de la pension représente le produit du point de pension (830,20 RON, soit 183 € au taux du 31 décembre 2015) multiplié par l'indice annuel moyen (qui tient compte de la rémunération de référence, du revenu mensuel moyen brut national et de la durée de cotisation). Selon le rapport, le montant moyen des retraites s'établissait à 839 RON (185 €) brut en 2015. Le montant minimum de la retraite correspond à la pension sociale garantie (non contributive), qui était de 400 RON (88 €) en 2015. Etant donné que ce montant se situe entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté, le Comité demande une nouvelle fois quelles autres prestations pourraient éventuellement venir compléter la retraite ; il considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le

prochain rapport, rien ne permettra d'établir que le montant minimum de la prestation de vieillesse soit suffisant.

Le rapport n'indique pas le montant minimum des prestations dues en cas d'**accident du travail** ou de **maladie professionnelle**, ni en cas d'**invalidité**.

Le Comité rappelle que, pour être conformes à la Charte, les prestations de sécurité sociale servies en remplacement des revenus doivent représenter une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu, et ne jamais tomber en deçà du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat. Il demande à cet égard, afin de pouvoir apprécier la situation, que chaque rapport relatif à l'article 12§1 indique le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus durant la période de référence. Il demande également que le prochain rapport contienne des informations sur les prestations d'assistance sociale qui pourraient éventuellement être obtenues lorsque les montants minima des prestations servies en remplacement des revenus dans le cadre du système de sécurité sociale se situent entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté. Il demande aussi des informations sur le salaire minimum (Conclusions 2013, Introduction générale).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que l'assurance chômage couvre une proportion significative de la population active.

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 Roumanie.

Le Comité note que la Roumanie a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 9 octobre 2009 et en a accepté les parties II (soins médicaux), III (prestations de maladie), V (prestations de vieillesse), VII (prestations de famille) et VIII (prestations de maternité).

Le Comite rappelle que l'article 12§2 de la Charte oblige les Etats à maintenir un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins concernant six risques (les soins médicaux comptant pour deux parties du Code et la vieillesse pour trois).

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2016)15 sur l'application du Code européen de sécurité sociale par la Roumanie (période du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015) que le Comité des Ministres réserve son constat, dans l'attente de recevoir les calculs démontrant sur la base du salaire de référence révisé que les prestations de sécurité sociale atteignent le niveau prescrit par le Code et permettent de maintenir la majorité des personnes protégées au-dessus du seuil de pauvreté.

Le Comité relève également dans la Résolution CM/ResCSS(2017)15 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par la Roumanie (période du 1er juillet 2015 au 30 juin 2016) que le système roumain de sécurité sociale continue de donner effet aux parties acceptées du Code, sous réserve de l'évaluation par les actuaires nationaux et de l'OIT de sa capacité à maintenir les personnes protégées au-dessus du seuil de pauvreté. Le Comité des Ministres examinera les autres questions soulevées dans sa dernière Résolution CM/ResCSS(2016)15 une fois qu'il aura à sa disposition les éclaircissements demandés. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les résultats de l'évaluation.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Roumanie 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 Roumanie.

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2002, 2204, 2006, 2009 et 2013) pour une description du système roumain de sécurité sociale, et plus particulièrement de son évolution depuis sa refonte en 2002. S'agissant des modifications touchant aux prestations familiales et aux prestations de maternité, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1. En ce qui concerne les autres branches de la sécurité sociale, le Comité prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence.

Le rapport précise en particulier que la pension sociale minimale garantie a été portée de 350 RON (77 €) à 400 RON (88 €) au 1er janvier 2015.

Le Comité relève cependant un certain nombre de régressions :

- recul significatif du nombre de chômeurs inscrits indemnisés, passé de 194 445 (sur 493 775 chômeurs inscrits, soit 39 %) en 2012 à 108 537 (sur 436 242 chômeurs inscrits, soit 25 %) en 2015 (voir, à ce propos, les Conclusions 2017, article 12§1) ;
- non-revalorisation depuis 2008 de l'indicateur de référence social, qui sert à déterminer le montant des indemnités de chômage ;
- baisse du taux de remplacement pour les retraites, ramené de 35,09 % en 2012 à 34,7 % en 2015 (données fournies dans le rapport consacré au respect du Code européen de sécurité sociale).

D'autres mesures restrictives ont été portées à la connaissance du Comité par le Bloc national syndical : le Comité note en particulier l'allégation selon laquelle une vaste réforme du système de financement de la sécurité sociale entrera en vigueur en 2018, soit hors période de référence. Il demande que le prochain rapport contienne toutes informations utiles concernant son impact (catégories et nombre de personnes concernées, niveau des contributions et des prestations avant et après la réforme).

Le Comité rappelle que l'article 12§3 impose aux Etats parties d'améliorer leur régime de sécurité sociale. Une évolution positive peut ainsi s'avérer conforme à l'article 12§3 même s'il n'a pas été satisfait aux prescriptions des deux premiers paragraphes de l'article 12 ou si ces dispositions n'ont pas été acceptées. L'élargissement des dispositifs, la protection contre de nouveaux risques ou l'augmentation des prestations sont autant d'exemples de progrès en ce sens. Une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3. L'appréciation de la conformité de la situation dépend de la teneur des modifications (champ d'application, conditions d'octroi des prestations, niveau des prestations, etc.), des motifs invoqués pour ces modifications et du cadre de la politique sociale et économique dans lequel elles s'inscrivent, de l'importance des modifications (catégories et nombre de personnes affectées, montant des prestations avant et après la modification), de l'existence de mesures d'assistance sociale destinées aux personnes qui se trouvent dans le besoin du fait de ces modifications (ces informations pouvant être soumises au titre de l'article 13), et des résultats obtenus par les modifications. Néanmoins, lorsque l'effet cumulé des restrictions est de nature à entraîner une dégradation significative du niveau et des conditions de vie de certains groupes de population, la situation peut constituer une violation de l'article 12§3 de la Charte. Même si chaque mesure restrictive est en soi conforme à la Charte, l'effet cumulé de ces mesures peut, compte tenu des procédures retenues pour les mettre en place, enfreindre le droit à la protection sociale. Des mesures visant à consolider les finances publiques peuvent être jugées nécessaires pour garantir le maintien et la durabilité du régime de sécurité sociale. Cependant, les modifications ne doivent pas porter atteinte à la protection sociale effective des citoyens contre les risques sociaux et économiques, et ne doivent pas réduire le système de sécurité sociale à un simple système d'assistance sociale. Toute modification du système de sécurité

sociale doit donc assurer le maintien d'un système de sécurité sociale de base suffisamment étendu.

Au vu de ce qui précède, le Comité demande une nouvelle fois que le prochain rapport fasse état des modifications apportées au système de sécurité sociale durant la période de référence, en précisant l'effet qu'elles ont eu sur le champ d'application personnel dudit système et sur le niveau minimum des prestations servies en remplacement des revenus. Ces informations doivent être fournies dans chaque rapport relatif à l'article 12§3, afin de permettre au Comité d'apprécier la conformité de la situation au regard de la Charte.

A la lumière des informations disponibles, qui font apparaître une relative détérioration de la situation en dépit de la revalorisation de la pension sociale minimale garantie, le Comité considère que les mesures prises pour relever progressivement le niveau du système de sécurité sociale sont insuffisantes.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 12§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour relever progressivement le niveau du système de sécurité sociale sont insuffisantes.

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 Roumanie.

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 par le biais de mesures unilatérales.

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

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

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les autres États parties, le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), demandé si de tels accords ont été conclus avec la Serbie et l'Albanie. Il a également demandé ce que la Roumanie a l'intention de faire avec l'Andorre, l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine, la Croatie et la Géorgie. Selon le rapport, la Roumanie a conclu un nouvel accord garantissant les principes d'égalité de traitement et d'exportabilité des prestations sociales avec l'Albanie et poursuit les négociations avec l'Arménie et le Monténégro. Le Comité note, cependant, d'après le rapport que l'accord conclu avec l'Albanie est entré en vigueur en dehors de la période référence. Il note également que le rapport ne fournit aucune information s'agissant de l'Andorre, l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine et la Géorgie, de sorte qu'il comprend qu'aucun accord n'a été conclu ou n'est prévu avec ces États. Il demande que le prochain rapport confirme cette compréhension.

S'agissant des mesures unilatérales prises par la Roumanie, le rapport ne fournit aucune information sur le sujet.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 note, d'après la base de données MISSOC, que la Roumanie subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant réside sur le territoire de la Roumanie.

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé s'il existait un accord couvrant les prestations familiales avec l'Albanie, la Géorgie et la Serbie, ou s'ils sont prévus et, si tel est le cas, selon quel calendrier. Il a également demandé si la Roumanie prévoyait de conclure un accord avec les États parties avec lesquels il n'existe aucun accord ou d'adopter des mesures unilatérales et, si tel est le cas, selon quel calendrier. Le Comité note, d'après le rapport, que seul l'accord conclu avec l'"ex-République Yougoslave de Macédoine" traite des prestations familiales. Il considère, par conséquent, que la situation n'est pas en conformité avec la Charte.

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé si l'octroi des prestations de sécurité sociale aux ressortissants des États parties non membres de l'UE ou de l'EEE était subordonnée à une condition de durée de résidence ou d'emploi. En l'absence réitérée de réponse dans le rapport, le Comité qu'il n'est pas établi que le principe de l'égalité de traitement soit garanti pour les ressortissants des autres États parties.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle que les prestations d'invalidité, de vieillesse ou de survivants, d'accident du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et dans les conditions d'octroi fixées par cette législation sont maintenues même dans l'hypothèse où le bénéficiaire se déplace entre les territoires. En ce qui concerne la conservation des avantages acquis (exportabilité), les obligations contractées par les États parties doivent être remplies indépendamment de tout autre accord multilatéral éventuellement applicable en matière de sécurité sociale. Cela signifie que les États peuvent choisir entre un accord bilatéral ou toute autre mesure, qu'elle soit unilatérale, législative ou administrative.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2009) relevé que le maintien des droits acquis est garanti aux ressortissants des États parties couverts par les règlements de l'UE ou liés à la Roumanie par un accord bilatéral. Le Comité note dans le rapport que tous les accords bilatéraux de sécurité sociale conclus par la Roumanie comprennent des dispositions relatives aux prestations de vieillesse, de survivant, d'accident de travail ou de maladie professionnelle, de maladie et maternité. Les accords avec la République de Moldova et l'"ex-République Yougoslave de Macédoine" ont, quant à eux, un champ d'application plus étendu et inclus, respectivement, les prestations chômage et les prestations familiales. Selon le rapport, la possibilité d'exporter les prestations admet quelques exceptions. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur ce point, en particulier, les exceptions admises et leurs conditions d'application. Il demande également quelles sont les branches couvertes par les accords conclus avec l'Arménie, la Fédération de Russie et l'Ukraine.

En l'absence d'accord conclu avec l'Andorre, l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine, la Géorgie et la Serbie au cours de la période de référence, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

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

Le fait d'avoir changé de pays d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. Cela consiste à assurer la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies par les ressortissants de toutes les Parties contractantes sur le territoire de toute autre Partie contractante et, pour les prestations à long terme, la proratisation pour l'ouverture, le calcul

et le versement des prestations (Conclusions XIV-1(1998) Portugal, Conclusions XV-1 (2000) Italie).

Les États ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : convention multilatérale, accord bilatéral, ou tout autre moyen, telles que des mesures unilatérales, législatives ou administratives.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), considéré que les ressortissants des États parties non couverts par les règlements de l'UE ou liés à la Roumanie par un accord bilatéral n'avaient pas la possibilité d'accumuler les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays. La situation n'ayant pas évolué, le Comité maintient sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Conclusion

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

- il n'est pas établi que l'égalité de traitement en matière d'accès à la sécurité sociale soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- la conservation des avantages acquis n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- le droit au maintient des droits en cours d'acquisition n'est pas garanti à tous les ressortissants des 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 Roumanie.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Assistance sociale

Le Comité prend note de l'arrêté ministériel n° 383/2015 portant approbation de la stratégie nationale 2015-2020 pour l'inclusion sociale et la réduction de la pauvreté et de son plan d'action stratégique. Cette stratégie vise à renforcer l'inclusion sociale des groupes vulnérables et à sortir 580 000 personnes de la pauvreté sur une période allant de 2008 à 2020, conformément aux objectifs assumés par la Roumanie en vue d'atteindre les objectifs de la Stratégie Europe 2020.

En réponse à la question posée par le Comité dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le rapport précise que les bénéficiaires de l'aide sociale doivent accomplir des travaux d'intérêt général, d'une durée correspondant au montant des prestations reçues. En cas de suspension du versement de l'aide sociale, les droits du bénéficiaire ne sont pas supprimés ; ils sont simplement suspendus pour une durée limitée, jusqu'à ce que le bénéficiaire fournisse les éléments qui permettront de les rétablir. D'après le rapport, la suspension de l'aide sociale pour non-respect de certaines dispositions de la loi n'a pas d'incidence sur le droit de l'intéressé de bénéficier d'autres types de prestations d'assistance sociale, telles que l'allocation de soutien familial, l'allocation de préscolarisation ou l'allocation de chauffage. Le Comité comprend que la suspension temporaire de l'aide sociale ne prive pas l'intéressé de tout moyen de subsistance. Il demande que le prochain rapport confirme qu'il en est bien ainsi.

Le Comité prend note du décret ministériel n° 70/2011, tel que modifié, concernant les mesures de protection sociale pendant la saison froide, destinées à couvrir une partie des dépenses de chauffage des ménages pendant cette saison. Ces mesures de protection sociale sont réservées aux personnes seules ou aux familles dont les revenus nets mensuels moyens par membre du ménage sont inférieurs au seuil défini par la loi. Les foyers équipés d'un chauffage central ont droit à une allocation mensuelle si leurs revenus nets mensuels moyens par membre du ménage sont inférieurs à 768 RON (168 €) pour les familles et à 1 082 RON (238 €) pour les personnes seules. Le Comité note en particulier que pour les familles et les personnes seules qui sont bénéficiaires de prestations sociales, la compensation est de 100 %. Les ménages qui utilisent le gaz naturel ou l'électricité ont droit à une allocation mensuelle de chauffage pendant la saison froide d'un montant de, respectivement, 20 RON et 48 RON, si leurs revenus nets mensuels moyens par membres du ménage se situent entre 540 et 615 RON.

Le Comité prend note de la loi n° 196/2016, qui a instauré le revenu minimum d'insertion, une prestation d'assistance sociale versée aux familles et aux personnes seules en difficultés. Cette loi garantit le versement d'une aide à l'insertion (aide sociale), mais couvre également le paiement des cotisations sociales d'assurance maladie, le paiement de l'assurance logement obligatoire et la fourniture d'une aide d'urgence dans les situations spéciales qui pourraient engendrer un risque d'exclusion sociale.

Le Comité note aussi que la loi fixe le seuil minimum de revenus ouvrant droit à l'assistance sociale à 260 RON. Ce montant correspond aux revenus des 10 % les plus pauvres de la population, Il se situe entre le seuil de pauvreté grave et le seuil de pauvreté absolue. À ce niveau, le programme remplira son objectif de sortir 10 % de la population de la pauvreté grave, conformément à la Stratégie Europe 2020. Le montant des aides sociales sera porté de 142 à 260 RON et les allocations logement et chauffage seront également fortement augmentés. D'après le rapport, cette loi met en place un régime moderne d'assistance sociale, qui coordonne et harmonise les programmes existants. Le Comité demande que le

prochain rapport fournisse des informations détaillées, assorties de statistiques pertinentes, sur la mise en œuvre de cette loi.

Assistance médicale

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a jugé que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif que les personnes non assurées n'avaient pas droit à une assistance médicale satisfaisante.

À cet égard, le Comité relève dans le rapport que les personnes seules qui bénéficient de l'aide sociale sont couvertes par le régime social public d'assurance maladie. Leurs cotisations d'assurance maladie sont prises en charge par les agences locales des paiements et de l'inspection sociale et leur montant est fixé en fonction des taux définis par la loi relative au montant de l'aide sociale. Les agences régionales doivent verser chaque mois les cotisations d'assurance maladie aux caisses d'assurance locales et transmettre les relevés de paiement à la Caisse nationale d'assurance maladie. Les prestations d'aide sociale et les cotisations d'assurance maladie sont financées sur le budget de l'État. Le Comité note que l'article 224 (1) de la loi n° 95/2006 relative à la réforme des soins de santé telle que modifiée dresse la liste des catégories de personnes qui ont droit à l'assurance sans avoir à verser de cotisations, par exemple les enfants et les étudiants, ainsi que les victimes de répressions.

Le Comité considère que le rapport ne fournit aucun nouvel élément concernant la situation qu'il a précédemment jugée non conforme à la Charte. Il note en particulier qu'outre les catégories de personnes répertoriées par la loi n° 95/2006, rien ne prouve que toute personne sans ressources n'appartenant pas à ces catégories ait droit à l'assistance médicale au sens de la présente disposition. Le Comité a considéré que le droit à l'assistance médicale ne saurait être limité aux situations d'urgence et qu'un système qui n'incluait pas les soins de santé primaire ou les soins ambulatoires spécialisés que pourrait nécessiter une personne sans ressources n'offrait pas assez de garanties que des soins de santé seraient dispensés aux personnes démunies ou socialement vulnérables qui viendraient à tomber malades (Centre européen des droits des Roms (CEDR) c. Bulgarie, réclamation n° 46/2007, décision sur le bien-fondé du 3 décembre 2008). Par conséquent, il renouvelle son précédent constat de non-conformité.

En ce qui concerne les personnes âgées, le Comité prend note de l'évolution du montant des pensions sociales servies aux retraités (loi n° 293/2011, loi n° 5/2012, loi n° 356/2013 et loi n° 186/2014), qui est passé de 350 RON en 2011 à 400 RON en 2013. Les personnes retraitées résidant en Roumanie et enregistrées auprès du régime public des pensions peuvent bénéficier d'une pension sociale si le montant de leur pension de retraite est inférieur à celui de la pension sociale minimum garantie. Les personnes qui ne remplissent pas les conditions exigées pour bénéficier d'une pension perçoivent une aide sociale. Le Comité demande quel est le montant de la pension sociale et si ses bénéficiaires ont droit à des allocations complémentaires de chauffage et de logement.

Niveau des prestations

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

- prestations de base : d'après le rapport, toute personne seule qui n'a pas de revenus peut être admise au bénéfice de l'aide sociale servie aux personnes seules, dont le montant est de 142 RON, ce qui, d'après le rapport, correspond environ à 18 % du revenu moyen par équivalent-adulte, soit 86 € en 2013. Le Comité prend note de l'évolution du montant mensuel du revenu minimum garanti, qui est passé de 125 RON en 2012 à 142 RON en 2015 pour une personne seule.

- prestations complémentaires : en ce qui concerne l'allocation de chauffage pour la saison froide, les bénéficiaires de l'aide sociale ont droit à 58 RON en cas de chauffage au bois, au charbon ou au fioul. Les bénéficiaires de l'aide sociale ont également accès aux services gratuits de la soupe populaire, comme le prévoit la loi n° 208/1997 relative aux cantines sociales. Par ailleurs, toute personne se trouvant temporairement privée de revenus peut bénéficier de la soupe populaire pendant une durée pouvant aller jusqu'à 90 jours par an. Les cantines sociales dépendent de l'assistance sociale publique. Elles peuvent être ou non dotées de la personnalité juridique et son établies, organisées et gérées par les collectivités locales et des prestataires privés de services. Elles préparent et servent deux repas par jour et par personne – déjeuner et dîner – dans la limite de l'aide alimentaire prévue par la loi.

Selon l'arrêté ministériel n° 903/2014 relatif à la mise en place d'une allocation journalière minimale pour la restauration collective proposée par les institutions publiques et privées et par les unités d'assistance sociale pour adultes, l'allocation alimentaire journalière pour les cantines sociales est fixée depuis octobre 2014 à 12 RON et est versée pendant 30 jours par mois, ce qui fait un total de 360 RON par mois.

Par conséquent, d'après le rapport, une personne seule sans ressources peut obtenir 502 RON (112 €), ce qui représente environ 65 % du revenu moyen par équivalent adulte. Pendant la saison froide, la personne concernée perçoit 502 RON + 58 RON = 560 RON (124,5 €).

- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat) : il était estimé à 96 € en 2015.

Le Comité a précédemment conclu que le niveau de l'assistance sociale était manifestement insuffisant. Il considère à présent, d'après les informations dont il dispose, que le montant total de l'assistance qu'il est possible d'obtenir (prestations de base et complémentaires) est conforme au seuil de pauvreté. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les prestations de base et complémentaires accordées au titre de la loi n° 196/2016.

Droit de recours et assistance judiciaire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé si les tribunaux administratifs avaient compétence pour statuer sur des points de droit ainsi que sur le fond de l'affaire. À cet égard, le Comité relève dans le rapport que la nouvelle loi n° 292/2011 relative à l'assistance sociale énonce les nouveaux principes de l'assistance sociale et dissout la Commission de médiation sociale. Selon l'article 143 de la loi précitée, les décisions administratives prises par les autorités centrales et locales concernant l'octroi de prestations sociales et la fourniture de services sociaux peuvent être contestées devant les juridictions administratives, pour les motifs prévus par la loi modifiée n° 554/2004 relative au contentieux administratif.

Avant d'intenter un recours auprès d'une juridiction administrative, la personne qui estime qu'une décision administrative porte atteinte à ses droits ou à ses intérêts légitimes doit demander, s'il y a lieu, à l'autorité publique qui l'a rendue ou à son organe de supervision, dans les 30 jours suivant la notification de la décision, de l'annuler en tout ou en partie. Si le bénéficiaire d'un service social estime avoir été traité injustement dans la manière dont les services sociaux lui ont été fournis, tel que le prévoit le contrat de prestation de services sociaux, il peut saisir la juridiction compétente en matière de litiges relatifs aux services sociaux. Les recours intentés auprès des juridictions administratives ou de toute autre juridiction en vue du règlement d'un litige relatif au droit à des services sociaux ou à la fourniture de service sociaux doivent être traités dans les meilleurs délais.

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 qu'en ce qui concerne l'assistance sociale et médicale d'urgence, les étrangers en situation irrégulière sur le territoire d'un État seront désormais aussi couverts 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 étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'Etats parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si l'admission au bénéfice de l'assistance sociale et médicale était soumise à une condition de durée de résidence pour les ressortissants d'États parties résidant légalement sur le territoire.

Selon l'article 4 de la loi n° 292/2011, tous les citoyens roumains domiciliés ou résidant en Roumanie et tous les ressortissants des États membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Confédération suisse, ainsi que les étrangers et les apatrides domiciliés ou résidant en Roumanie ont droit à l'assistance sociale, conformément à la législation roumaine, à la réglementation de l'Union européenne et aux accords et traités auxquels la Roumanie est partie. Le droit à l'assistance sociale est accordé d'office ou sur demande, selon le cas, conformément à la réglementation applicable. La législation roumaine ne subordonne l'admission à l'assistance sociale à aucune durée de résidence en Roumanie. Le Comité demande s'il en va de même pour l'assistance médicale.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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 (y compris un état medicale). 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 demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique répondent à ces critères.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que au motif que l'assistance médicale dont bénéficient les personnes non assurées et sans ressources n'est pas suffisante.

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 Roumanie.

Dans sa conclusions précédente (Conclusions 2013), le Comité prend note que l'Ordonnance n 137/2000 empêche et sanctionne toute forme de discrimination dans l'exercice, entre autres, de droits politiques (article 1§2.c). Ces informations ne sont pas fournies en ce qui concerne les droits sociaux et le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à ce sujet.

Le Comité relève dans le rapport qu'il n'y a eu aucune évolution législative au cours de la période de référence. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la question de savoir si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques ou sociaux sont interprétées dans la pratique, de manière à éviter toute discrimination fondée sur la perception de droits sociaux ou d'assistance médicale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Roumanie 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 Roumanie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a constaté que la situation de la Roumanie n'était pas conforme à l'article 13§3 de la Charte au motif que les personnes qui ne disposaient pas ou risquaient de ne pas disposer de ressources suffisantes n'avaient pas effectivement accès à des services de consultation et d'aide personnelle pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin des personnes ou des familles.

Selon le rapport, la loi n° 116/2002 visant à combattre et prévenir l'exclusion sociale fait obligation aux collectivités locales, par l'intermédiaire de leurs unités spécialisées, de fournir gratuitement des services d'information et de conseil aux bénéficiaires potentiels de cette loi, comme les familles. Elle prévoit en outre diverses mesures destinées à aider les personnes marginalisées, notamment : orientation professionnelle, mise en relation avec des employeurs et placement de jeunes âgés de 16 à 25 ans grâce à l'accompagnement social personnalisé assuré par des spécialistes de l'agence nationale pour l'emploi. Le Comité relève en outre que le principal outil utilisé pour la mise en œuvre de la mesure d'accompagnement social personnalisé des jeunes en difficulté qui sont confrontés au risque d'exclusion du marché du travail est le pacte de solidarité conclu entre les jeunes répondant aux critères prévus par la loi n° 116/2002 et les agences pour l'emploi du comté ou de Bucarest.

Le Comité relève que les informations figurant dans le rapport concernant les services de médiation vers l'emploi et d'orientation professionnelle, les pactes de solidarité, ou encore le coût des services ciblés sur les enfants n'entrent pas dans le champ d'application matériel de cette disposition. Ces services sont visés par l'article 14 de la Charte que la Roumanie n'a pas accepté.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 traite spécifiquement de l'assistance sociale ou médicale sous forme de conseils et d'aide personnelle en faveur des personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Il s'agit par conséquent d'une disposition spéciale plus spécifique que l'article 14§1, qui garantit le droit à des services sociaux d'une manière générale. Le Comité considère qu'il est important de souligner cette distinction afin que les rapports nationaux relatifs à l'article 13§3 fournissent des informations concernant les services sociaux et médicaux affectés à la consultation et à l'aide en faveur des personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Ces services doivent remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. L'article 13§3 fait notamment obligation aux États de mettre en place des dispositifs de consultation et d'aide de façon à ce que les intéressés puissent connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits.

Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations plus précises tenant compte de ces clarifications. Il demande en particulier si l'Agence nationale des paiements et de l'inspection sociale a pour mission de fournir une aide personnelle et des orientations aux personnes sans ressources qui souhaitent demander le bénéfice de prestations d'assistance sociale. Entretemps, le Comité réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 1 - Interdiction du travail avant 15 ans

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Roumanie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi que l'interdiction du travail des enfants de moins de 15 ans soit effectivement garantie.

Dans sa conclusion précédente (2015), le Comité a rappelé que l'interdiction d'employer des enfants de moins de 15 ans couvre tous les secteurs économiques, y compris l'agriculture, et tous les lieux de travail, y compris les entreprises familiales et les ménages privés, que le travail soit ou non rémunéré. Le rapport ne contenait aucune information ni sur les mesures prises en pratique ni sur les sanctions prononcées par l'Inspection du travail ou d'autres instances s'agissant de l'interdiction d'employer des enfants de moins de 15 ans. Faute d'informations, le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif qu'il n'était pas établi que l'interdiction du travail des enfants de moins de 15 ans soit effectivement garantie.

Le Comité a demandé que le rapport suivant contienne des informations sur les mesures prises ou envisagées pour s'assurer que les enfants qui ne sont pas liés par un contrat de travail, comme ceux qui accomplissent des travaux non rémunérés, travaillent dans le secteur informel ou exercent une activité indépendante, bénéficient de la protection prévue par l'article 7§1 de la Charte. Il a également demandé quelles étaient les mesures prises par les autorités (les services de l'Inspection du travail, les services de l'assistance sociale et de la protection de l'enfance, ou encore les services de police, par exemple) pour repérer les enfants de moins de 15 ans qui travaillent à leur compte ou dans l'économie parallèle, en dehors de tout contrat de travail.

Le Comité relève dans le dernier rapport que l'arrêté ministériel no 75/2015 réglemente les activités rémunérées pouvant être effectuées par un enfant de plus de 14 ans. Il prévoit, dans son article 17, qu'il incombe aux personnes désignées par le directeur de la Direction générale de l'assistance sociale et de la protection de l'enfance du comté ou de chacun des arrondissements de Bucarest de détecter les irrégularités et de prononcer les sanctions. L'Inspection du travail n'est pas compétente pour contrôler le respect de ces dispositions.

Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations concernant les irrégularités constatées et les sanctions prononcées par le directeur de la Direction générale de l'assistance sociale et de la protection de l'enfance en ce qui concerne l'emploi d'enfants de moins de 15 ans affectés à des travaux légers. Il réitère que ces activités doivent être rigoureusement contrôlées en pratique en vue d'assurer l'application effective des dispositions relatives à l'interdiction d'employer des enfants de moins de 15 ans.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 6 - Inclusion des heures de formation professionnelle dans les heures normales de travail

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Roumanie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi que le droit à ce que le temps consacré à la formation professionnelle soit considéré comme un temps de travail normal et rémunéré comme tel soit garanti en pratique. En l'absence de toute information dans le rapport indiquant que la situation aurait changé, il a reconduit sa conclusion de non-conformité en 2015.

Le Comité rappelle qu'en application de l'article 7§6, le temps consacré par les jeunes à la formation professionnelle pendant la durée normale du travail doit être considéré comme un temps de travail. La formation doit, en principe, être effectuée avec le consentement de l'employeur et avoir un rapport avec le travail effectué par le jeune. Le temps de formation doit donc être rémunéré comme un temps de travail normal et il ne doit y avoir aucune obligation de récupération de ces heures, qui aurait pour effet d'augmenter le nombre total d'heures de travail. Ce droit s'applique également à la formation effectuée avec le consentement de l'employeur – mais qui n'est pas nécessairement financée par ce dernier – et ayant un rapport avec le travail effectué par le jeune.

Dans sa conclusion précédente (2015), le Comité a noté que le code du travail roumain compte de nombreuses dispositions régissant les conditions de la formation professionnelle, qu'elle soit suivie à l'initiative de l'employeur ou du salarié (articles 192 à 207 et 154 à 158 du code du travail). Il a également noté que l'ordonnance no 129/2000 portant formation professionnelle des adultes a été modifiée et republiée au Journal officiel no 110 du 13 février 2014. Il a demandé un compte rendu détaillé et actualisé du cadre juridique régissant le temps passé en formation professionnelle par les jeunes travailleurs et leur rémunération lorsque i) la formation professionnelle est financée par l'employeur ; ii) la formation professionnelle est effectuée avec l'accord de l'employeur, mais pas financée par lui.

Le Comité relève que les articles 194 à 200 de la loi (modifiée) no 53/2000 constituant le code du travail régissent les aspects généraux de la formation et font obligation à l'employeur de mettre en place des programmes de formation pour l'ensemble des salariés. Il constate que l'employeur doit assurer la participation de chaque salarié à la formation professionnelle au moins tous les deux ans et que les dépenses liées à la formation professionnelle sont assumées par l'employeur. En application des dispositions de l'article 157 de ce même code, si l'employeur ne respecte pas son obligation d'assurer à ses frais la participation d'un salarié à une formation professionnelle, le salarié a droit à un congé individuel de formation financé par l'employeur dont la durée totale ne peut excéder dix jours ouvrables ou quatre-vingt heures. Le Comité demande que le prochain rapport indique quelles sont les règles applicables aux apprentis et aux jeunes travailleurs.

Le Comité rappelle que la situation en pratique doit faire l'objet de contrôles réguliers et demande que le prochain rapport rende compte des activités et des constatations de l'Inspection du travail concernant la comptabilisation du temps consacré par les jeunes à la formation professionnelle comme temps de travail normal et sa rémunération comme tel.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 7 - Congés payés annuels

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Roumanie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi que le droit à des congés payés annuels soit garanti dans la pratique. Dans sa conclusion précédente (2015), il a noté que le rapport ne contenait aucune information concernant la mise en œuvre du cadre juridique applicable dans la pratique (informations sur les activités de contrôle des services de l'Inspection du travail, leurs constatations et les sanctions prévues en cas de non-respect de la règlementation applicable en ce qui concerne les congés payés annuels des jeunes travailleurs). En l'absence d'information sur la situation de fait, il a maintenu sa conclusion de non-conformité.

Le Comité rappelle que l'application satisfaisante de l'article 7§7 ne peut être atteinte par le seul effet de la législation ; l'application de celle-ci en pratique doit être effective et rigoureusement contrôlée.

Le Comité relève dans le dernier rapport que, dans le cadre de sa mission de contrôle des relations d'emploi, l'Inspection du travail vérifie également le respect par l'employeur de la réglementation relative au droit aux congés payés annuels, y compris pour les jeunes travailleurs. Le droit du travail ne prévoit aucune sanction (civile) en cas de manquement mineur aux dispositions relatives aux congés annuels obligatoires. Des mesures obligatoires assorties de délais de mise en œuvre concrets sont toutefois ordonnées pour corriger les irrégularités constatées. Lorsque l'employeur omet de se conformer aux injonctions des inspecteurs, des sanctions civiles sont appliquées conformément aux dispositions de l'article 23 de la loi no 108/1999 portant création et organisation de l'Inspection du travail, telle que modifiée. Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur les constatations et les sanctions prononcées par l'Inspection du travail en cas de non-respect de la réglementation relative aux congés payés annuels des jeunes travailleurs.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 2 - Illégalité du licenciement durant le congé de maternité

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Roumanie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'avait pas été établi qu'une réparation suffisante soit prévue en cas de licenciement illégal durant la grossesse ou le congé de maternité.

Le Comité rappelle à cet égard qu'au regard de l'article 8§2 de la Charte, la réintégration de la salariée dans son emploi doit être la règle, lorsqu'elle a fait l'objet d'un licenciement illégal pendant sa grossesse ou son congé de maternité. Lorsque la réintégration n'est pas possible (ex : cessation d'activité de l'entreprise) ou que la salariée ne la souhaite pas, une indemnité suffisante doit être versée à l'intéressée. En droit interne, les textes ne doivent pas empêcher les tribunaux d'accorder une indemnité dont le montant soit à la fois assez dissuasif pour l'employeur et totalement réparateur pour la victime du licenciement.

Le rapport répète que l'article 60§1 c) et d) du code du travail (révisé) interdit de licencier une salariée pendant sa grossesse ou son congé de maternité et que tout licenciement opéré en violation de la procédure prévue par la loi serait nul et non avenu. L'article 67 dudit code dispose que les salariées licenciées pour des motifs non liés à leur personne peuvent obtenir une indemnisation dans les conditions prévues par la loi et par les conventions collectives en vigueur.

En réponse à la question du Comité concernant les voies de recours offertes aux femmes licenciées pour des raisons liées à leur grossesse ou durant leur congé de maternité, en particulier le niveau des indemnités qui peuvent leur être accordées en plus de leur réintégration, le rapport indique qu'aux termes de l'article 80§1 du code du travail (révisé), si le tribunal considère que le licenciement est infondé ou illégal, il en ordonne l'annulation et exige de l'employeur qu'il indemnise la salariée concernée à hauteur d'un montant correspondant aux salaires indexés, majorés et ajustés de l'intéressée, et autres droits dont elle aurait bénéficié. En vertu de son article 269§1 (révisé), les tribunaux établis conformément au code de procédure civile ont compétence pour connaître de litiges portant sur le droit du travail. Les salariées licenciées peuvent donc intenter une action en justice auprès de la juridiction de la circonscription dans laquelle elles résident. Selon l'article 268§1 a) du code du travail, les requêtes sollicitant le règlement d'un litige portant sur le droit du travail peuvent être soumises dans les 30 jours civils à compter de la notification de la décision unilatérale de l'employeur de mettre fin au contrat de travail individuel. Le Comité demande que le prochain rapport précise quelle indemnisation sera accordée – en indiquant notamment si elle est plafonnée – lorsqu'il s'avère impossible de réintégrer l'intéressée.

S'agissant du régime applicable aux femmes employées dans le secteur public, en particulier celles titulaires d'un contrat temporaire, le rapport renvoie à l'article 87§1 du code du travail, qui dispose que « En matière de conditions d'emploi et de travail, les salariés titulaires d'un contrat de travail individuel à durée déterminée doivent bénéficier d'un traitement non moins favorable que celui accordé aux salariés permanents occupant un poste similaire, traitement qui doit uniquement tenir compte de la durée dudit contrat, sauf si le traitement différencié est objectivement justifié ». Prenant appui sur cette disposition, le rapport indique que les femmes employées dans le secteur public sur la base d'un contrat de travail individuel, qu'il soit à durée déterminée ou indéterminée, ont droit, en cas de licenciement, à une indemnisation dans les conditions prévues par la loi et les conventions collectives.

Compte tenu des informations fournies, le Comité considère que la situation de la Roumanie est conforme à l'article 8§2 de la Charte.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 8§2 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Roumanie est conforme à l'article 8§2 de la Charte.

Article 16 - Droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique

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

Le Comité prend note des informations communiquées par la Roumanie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'est pas établi : 1) que le droit à un logement d'un niveau suffisant soit garanti pour les familles roms ; 2) qu'il existe des garanties procédurales suffisantes contre l'expulsion illégale pour les familles ; 3) que des structures de garde financièrement abordables et de qualité soient proposées aux familles ; et enfin, 4) que des services appropriés de conseil familial soient disponibles.

Protection sociale des familles

Logement des familles

Afin de garantir la protection contre l'expulsion illégale, les États doivent mettre en place des procédures destinées à limiter les risques d'expulsion (Conclusions 2005, Lituanie, Norvège, Slovénie et Suède). Le Comité rappelle que pour être conforme à la Charte, la protection juridique des personnes visées par une menace d'expulsion doit comporter :

- une obligation de concertation avec les intéressés pour trouver des solutions alternatives à l'expulsion ;
- l'obligation de fixer un délai de préavis raisonnable avant la date de l'expulsion ;
- l'accès à des voies de recours judiciaires ;
- l'accès à une assistance juridique ;
- une indemnisation en cas d'expulsion illégale.

Le rapport indique que le nouveau code de procédure civile (NCPC, loi n° 134/2010, telle que modifiée ultérieurement) prévoit une nouvelle procédure spéciale : l'expulsion d'occupants sans droit ni titre. La procédure précitée peut concerner, d'une part, l'ancien locataire dont le bail n'est plus valable et, de l'autre, l'occupant sans titre. Le rapport ajoute que la mise en œuvre de la procédure d'expulsion relève de l'entière responsabilité de l'huissier de justice.

Le Comité rappelle qu'est considéré raisonnable un préavis d'au moins deux mois avant l'expulsion (*Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. France*, réclamation n° 39/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007, paragraphes 86 et 87 ; *Mouvement international ATD Quart Monde c. France*, réclamation n° 33/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007, paragraphes 78 et 79). Il estime que le délai de préavis minimum avant l'expulsion, fixé à trente jours pour les locataires et à cinq jours pour les occupants sans titre, est trop court et estime par conséquent que la situation n'est pas conforme à la Charte. Il considère également que la possibilité d'expulser les occupants sans titre en hiver n'est pas conforme à la Charte.

Pour donner aux personnes concernées la possibilité de quitter volontairement les lieux occupés, préalablement à la procédure d'expulsion ordonnée par le tribunal, un commandement de quitter les lieux est délivré : l'ancien locataire ou l'occupant est tenu de partir et de restituer le bien dans un délai de trente jours ou de cinq jours respectivement, à compter de la date de la notification (articles 1.038 et 1.039 NCPC). Le rapport souligne qu'en règle générale, les expulsions sont interdites du 1er décembre au 1er mars. Le Comité relève toutefois que cette interdiction ne s'applique pas, entre autres, aux occupants sans titre.

Dans le cas des locataires, il est procédé à l'expulsion sur le fondement d'une ordonnance, sauf disposition contraire prévue par la loi (art. 1.831(1) NCPC). Le Comité demande que le prochain rapport précise s'il peut être procédé à l'expulsion des occupants sans titre en l'absence d'une telle décision du juge. Il demande en outre si la loi interdit de procéder à des expulsions la nuit. Selon le rapport, il est possible de faire appel de l'ordonnance d'expulsion

(art. 1.042(5) NCPC) ou de saisir un tribunal pour contester son exécution (art. 1.044 NCPC). Le Comité relève dans le nouveau code de procédure civile que le recours en justice n'a pas d'effet suspensif.

Le rapport ajoute que les parties peuvent demander le recours à la médiation avant ou durant la procédure. Le juge peut aussi tenter de concilier les parties en leur donnant des orientations ou en les invitant à une réunion d'information sur les avantages de la médiation. La médiation n'est pas obligatoire et dépend par conséquent de la volonté des parties.

En ce qui concerne la mise à disposition d'une assistance juridique, l'article 90 du nouveau code de procédure civile prévoit que les personnes en état de besoin peuvent bénéficier d'une aide juridictionnelle totale ou partielle. Cette aide peut être fournie à tout moment durant la procédure sous différentes formes : exonérations, remises, échelonnement ou ajournement du paiement des taxes judiciaires ; défense et assistance gratuites assurées par un avocat désigné par le barreau, et tout autre moyen prévu par la loi. Le Comité relève dans le rapport que les personnes expulsées ont également droit à des mesures plus protectrices, suivant leur statut juridique. Il demande que le prochain rapport fournisse de plus amples informations sur les personnes concernées par ces mesures, la nature et la portée de ces dernières, et leurs conditions d'application.

Le rapport ne contenant aucune information sur les possibilités d'indemnisation en cas d'expulsion illégale, le Comité demande que le prochain rapport donne des précisions à ce sujet. Il demande également si, quand l'expulsion doit survenir, elle est exécutée dans des conditions respectant la dignité des personnes concernées, prévue par des règles suffisamment protectrices des droits des personnes concernées et assortie de solutions de relogement (*Forum européen des Roms et des Gens du voyage (FERV) c. République tchèque*, réclamation n° 104/2014, décision sur le bien-fondé du 17 mai 2016, par. 82, et *Centre européen des droits des Roms (CEDR) c. Irlande*, réclamation n° 100/2013, décision sur le bien-fondé du 1er décembre 2015, par. 137). Enfin, il demande que le prochain rapport contienne des informations complètes sur la procédure ordinaire d'expulsion.

Structure de garde des enfants

S'agissant des structures de garde des enfants, le rapport laisse sans réponse les précédentes questions du Comité. Il reconduit par conséquent sa conclusion de non-conformité au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe des garanties procédurales suffisantes contre l'expulsion illégale des familles.

Services de conseil familial

Le Comité rappelle que les familles doivent pouvoir s'adresser à des services sociaux appropriés, en particulier lorsqu'elles sont en difficulté. Les États doivent notamment mettre en place des services de conseil familial et d'orientation psychologique pour l'éducation des enfants.

Selon le rapport, en vertu de la loi nº 116/2002 visant à combattre et prévenir l'exclusion sociale, les collectivités locales sont tenues de fournir des services gratuits d'information et de conseil par l'intermédiaire de leurs unités spécialisées. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse de plus amples informations sur la loi susmentionnée en indiquant en particulier le type de services fournis, les lieux où sont assurés ces services et des données statistiques sur le nombre de familles bénéficiaires. Entretemps, il réserve sa position sur ce point

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte aux motifs que :

- le délai de préavis avant l'expulsion est trop court ;
- les occupants sans titre peuvent être expulsés en hiver ;
- il n'est pas établi qu'il existe des structures d'accueil des enfants financièrement abordables et de qualité.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

FEDERATION DE RUSSIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Fédération de Russie, qui a ratifié la Charte le 14 septembre 2000. L'échéance pour remettre le 6e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Fédération de Russie l'a présenté le 16 janvier 2017.

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 Fédération de Russie a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté les articles 12§§2 à 4, l'article 23 et l'article 30.

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

Les Conclusions relatives à la Fédération de Russie concernent 10 situations et sont les suivantes :

– 4 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 14§1 et 14§2,

– 4 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 3§4, 11§1 et 12§1.

En ce qui concerne les 2 autres situations, relatives aux articles 11§2 et 11§3, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Fédération de Russie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de corriger cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 l'orientation professionnelle (article 9),

- 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).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

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 Fédération de Russie.

Objectif général de la politique

Le Comité a précédemment constaté l'existence d'un cadre législatif et d'une politique visant à promouvoir la santé et la sécurité au travail (Conclusions 2013).

Il rappelle que la politique en matière de santé et sécurité au travail est déterminée par le discours du président devant l'Assemblée fédérale, la politique démographique à l'horizon 2025 et le plan d'action pour l'amélioration de la sécurité au travail en Fédération de Russie pour la période 2008-2010. Ce plan d'action marque un tournant dans l'approche de la santé et de la sécurité au travail. La logique d'indemnisation fait désormais place à une approche axée sur la prévention, qui prévoit une évaluation des risques sur le lieu de travail et une gestion intégrée des risques, des outils d'évaluation des risques de qualité, une couverture améliorée de l'assurance, des incitations à l'intention des employeurs pour qu'ils aient recours aux nouvelles technologies et réduisent les tâches effectuées dans des conditions préjudiciables, l'utilisation des nouvelles technologies comme support de formation et un cadre juridique moderne, conforme aux normes internationales.

Le Comité a précédemment demandé que le rapport suivant contienne des informations sur le point de savoir si la politique démographique à l'horizon 2025 et le plan d'action sont périodiquement évalués et revus en fonction de l'évolution des risques, ainsi que sur toute évolution de la politique définie dans le plan d'action sur la période 2011-2015 (Conclusions 2013).

Le rapport indique que conformément à la politique démographique à l'horizon 2025, il a été procédé à un examen systématique de la réglementation régissant la sécurité au travail afin de prévenir les accidents et de réduire les risques au minimum.

En 2010-2014, les programmes d'État ci-après ont été approuvés : le programme fédéral « Surmonter les conséquences des radiations accidentelles », qui couvre la période allant jusqu'en 2015, et le programme fédéral « La sécurité incendie en Fédération de Russie jusqu'en 2017 », un programme type pour le contrôle ciblé de la protection physique des matières nucléaires, des centrales nucléaires et du stockage de matières nucléaires, et un programme type pour l'amélioration des conditions de travail et de la sécurité dans les sujets de la Fédération de Russie.

En 2016, le ministère du Travail et de la Protection sociale de la Fédération de Russie a annoncé le lancement du programme d'État « Sécurité au travail » pour la période 2018-2025 dans le cadre de la politique démographique à l'horizon 2025. Cette initiative s'inscrit dans le droit fil du programme « SafeWork » de l'OIT.

Au cours de la période 2010-2014, la Fédération de Russie a ratifié plusieurs conventions de l'OIT, dont la Convention (n° 174) sur la prévention des accidents industriels majeurs, la Convention (nº 176) sur la sécurité et la santé dans les mines et la Convention (nº 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail.

Le rapport indique que l'évaluation de l'incidence du plan d'action pour la période 2011-2015, prévue au paragraphe 88 du plan d'action, comporte des enquêtes par échantillonnage et la collecte de données statistiques.

Au niveau des sujets de la Fédération de Russie, sa mise en œuvre sur la période 2010-2015 a été effectuée par le biais de différents programmes d'amélioration de la sécurité et des conditions de travail (programmes d'État, programmes régionaux ciblés de longue durée et programmes au niveau municipal).

Le Comité souligne que les technologies nouvelles, les contraintes d'ordre organisationnel et les exigences psychologiques favorisent l'émergence de facteurs de risques psychosociaux qui peuvent être à l'origine de stress, d'agressions, de violence et de harcèlement dans le travail. Il rappelle en outre qu'au titre de l'article 3§1 de la Charte, il tiendra compte du stress, des agressions, de la violence et du harcèlement dans le travail lorsqu'il sera amené à examiner si les politiques sont régulièrement évaluées ou revues à la lumière des risques nouvellement apparus. Les États parties doivent mener des activités de recherche, de sensibilisation et de communication sur les risques psychosociaux (Observation interprétative de l'article 3§1 de la Charte, Conclusions 2013).

Le rapport ne contenant aucune information sur ce point, le Comité renouvelle da demande.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a précédemment noté (Conclusions 2013) que la loi fédérale n° 238-FZ prévoit la mise en place d'un dispositif de prévention des risques professionnels au niveau des entreprises et demandé que le rapport suivant contienne des informations sur sa mise en œuvre pratique.

Conformément à l'article 209 du code du travail, le ministère du Travail a adopté, par l'arrêté n° 438n du 19 août 2016, un règlement-type concernant l'adoption d'un système de gestion de la sécurité et de la santé au travail. Selon ce document, l'employeur est tenu de mettre en place un système de gestion de la sécurité et de la santé au travail conforme à la réglementation nationale en matière de sécurité au travail tenant compte des spécificités de l'entreprise, des dernières évolutions et bonnes pratiques, et des lignes directrices et recommandations de l'OIT.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 212 du code du travail, les employeurs sont tenus d'effectuer une évaluation des risques sur le lieu de travail tous les cinq ans, conformément au décret n° 569, du 31 août 2007, du ministère de la Santé et du Développement social portant approbation de la certification des conditions de travail et de la norme GOST 12.0.230-2007 Systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail. Après l'évaluation des risques sur le lieu de travail, les conditions de travail sont qualifiées d'optimales, admissibles, dangereuses ou extrêmes, selon les critères de classification des conditions de travail énoncés dans le Manuel P 2.2.2006-05 pour l'évaluation hygiénique de facteurs de l'environnement et des conditions de travail.

L'employeur doit informer les travailleurs des résultats de l'évaluation des risques sur le lieu de travail au plus tard 30 jours calendaires après la date d'approbation du rapport de la commission.

Conformément à l'article 212 du code du travail, l'employeur élabore à l'intention des travailleurs des règles et règlements en matière de sécurité au travail en tenant compte des avis formulés par l'organe élu de l'organisation syndicale primaire ou par toute autre instance habilitée représentative des travailleurs.

Afin d'assurer le respect des règlements et d'exercer un contrôle sur leur mise en œuvre, l'employeur a le devoir de créer un service de sécurité ou de désigner un référent en sécurité au travail formé spécifiquement ou ayant une expérience dans ce domaine. Cette obligation vaut pour toutes les entreprises de plus de 50 salariés exerçant une activité de production. Le Comité demande dans ce cas quels secteurs sont couverts.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleur

Tous les salariés, de même que les employeurs, sont tenus de suivre une formation à la sécurité au travail et de tester leurs connaissances des prescriptions en matière de santé et sécurité. Il existe cinq types de formation : préliminaire, primaire, secondaire, non programmée et ciblée.

Le Comité a constaté précédemment l'existence d'un dispositif associant les pouvoirs publics et visant à améliorer la santé et la sécurité au travail par le biais de la recherche, du développement et de la formation. Il a demandé que le rapport suivant fournisse des exemples concrets de la participation des pouvoirs publics à la diffusion des informations et des connaissances par le biais de publications, des technologies de l'information et de séminaires, de bonnes pratiques et de conseils. Il a également demandé des informations sur leur participation à la conception de modules de formation (comment travailler, comment minimiser les risques pour soi et pour les autres (Conclusions 2013).

Selon le rapport, des règlements du Service fédéral du travail et de l'emploi (Rostrud) relatifs aux séances d'information et de consultation des employeurs et des travailleurs sur le respect du droit du travail et d'autres textes réglementaires contenant des normes relatives au droit du travail ont été adoptés durant la période de référence. Les règlements définissent les responsabilités du Rostrud et de ses organes territoriaux en matière d'information et de conseil des employeurs et des travailleurs au niveau fédéral comme au niveau des sujets de la Fédération. Cette information doit être fournie gratuitement par le Rostrud et tenir compte des besoins des demandeurs. Des documents d'information et de référence (brochures, dépliants) sont mis à disposition à cet effet dans l'agence du Rostrud (ou de ses organes territoriaux) et dans d'autres antennes de ce service public, ou affichés dans les locaux d'autres autorités ou institutions publiques (par exemple organes territoriaux des instances exécutives fédérales, organismes territoriaux de la Caisse de retraite, Caisse d'assurance sociale de la Fédération de Russie, Caisse fédérale d'assurance maladie obligatoire, organismes publics, services publics de l'emploi). Le Rostrud a également un site internet très complet.

L'Inspection fédérale du travail organise, entre autres, des séances d'information et de consultation des employeurs et des travailleurs sur des questions de santé et sécurité au travail, et fournit des informations au public.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment relevé que les organisations patronales et syndicales participent à des consultations à plusieurs niveaux et sous différentes formes.

Le rapport indique qu'un employeur est tenu de prendre en compte les avis formulés par l'organe élu de l'organisation syndicale primaire ou toute autre instance habilitée représentative des travailleurs lors de l'élaboration et adoption des consignes de sécurité de l'entreprise. Il rappelle qu'au niveau de l'entreprise, les consultations se tiennent au sein du service de sécurité et des conditions de travail mis en place conformément à l'article 217 du code du travail dans toutes les entreprises de plus de 50 salariés, ou avec un spécialiste de la sécurité au travail ayant la formation et l'expérience voulues. Dans les entreprises de moins de 50 salariés, l'employeur peut choisir entre créer un service de sécurité et des conditions de travail, faire appel à un service extérieur, confier ces fonctions à un salarié ou s'en charger lui-même. Par ailleurs, des commissions de la sécurité du travail regroupant des représentants des employeurs et des travailleurs peuvent être créées conformément à l'article 218 du Code du travail à l'initiative de l'employeur ou des salariés. Ces commissions paritaires organisent des initiatives conjointes employeur-salariés en vue de satisfaire aux exigences en matière de santé et de sécurité, contrôlent les conditions de travail et informent les travailleurs du résultat de ces contrôles, et recueillent des propositions concernant le volet sécurité du travail de l'accord collectif.

Le rapport mentionne également la commission tripartite russe de régulation des relations sociales et de travail qui joue un rôle moteur dans les négociations collectives au niveau fédéral et prépare l'accord général. Elle s'emploie à promouvoir le dialogue et organise des consultations sur les projets de loi et de règlement à l'échelon fédéral, examine les bonnes pratiques au niveau international, etc. Cette commission a son pendant dans chacune des

90 régions sous forme d’une commission du travail et du développement social dotée de pouvoirs analogues à l’échelon régional.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, Comité conclut que la situation de la Fédération de Russie 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 Fédération de Russie.

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

Le Comité a précédemment estimé qu'il n'était pas en mesure d'examiner si les textes législatifs et réglementaires en vigueur satisfaisaient à l'obligation générale énoncée par l'article 3§2 de la Charte, qui prévoit la couverture spécifique, alignée sur le niveau retenu par les normes internationales de référence, de la grande majorité des risques énumérés dans l'introduction générale aux Conclusions XIV-2. Il a demandé que le rapport suivant fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, y compris tout amendement adopté pendant la période de référence, régissant spécifiquement les risques énumérés dans l'introduction générale aux Conclusions XIV-2 (1998).

Selon le rapport, durant la période de référence la Fédération de Russie a ratifié plusieurs conventions de l'OIT, à savoir la Convention (nº 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (2006), la Convention (n° 174) sur la prévention des accidents industriels majeurs (ratification en 2012), la Convention du travail maritime (2006) et la Convention (nº 176) sur la sécurité et la santé dans les mines (1995). Elle prépare la ratification de la Convention (n° 167) sur la sécurité et la santé dans la construction.

La ratification de la Convention (n° 184) sur la sécurité et la santé dans l'agriculture (2001) n'est pas envisagée. Selon le rapport, la Fédération de Russie aurait en effet des difficultés à la mettre en œuvre.

Durant la période de référence, plusieurs organismes de normalisation de la Fédération de Russie ont en outre adopté plus de 500 règlements dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail.

Le Comité a précédemment souligné qu'en vertu de l'article 3§2 de la Charte, la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail doit tenir compte du stress, des agressions et de la violence dans le travail que subissent en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques (Observation interprétative de l'article 3§2 de la Charte, Conclusions 2013). Il a demandé des informations à ce sujet.

Le rapport ne contenant aucune information sur ce point, le Comité renouvelle sa demande.

Niveaux de prévention et de protection

Le Comité examine les niveaux de prévention et de protection prévus par la législation pour certains risques

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Constatant que le rapport n'apporte aucun élément nouveau sur ce point, il demande que le suivant fournisse des informations à jour.

Protection contre les substances et agents dangereux

Protection des travailleurs contre l'amiante

La Fédération de Russie a ratifié la Convention (n° 162) de l'OIT sur l'amiante. Elle a en outre adopté un programme pour l'élimination des maladies liées à l'amiante. Il ressort néanmoins du rapport que tous les types d'amiante ne sont pas prohibés. Il indique en effet que la production et l'utilisation de l'amiante chrysotile se poursuivront, même s'il existe une interdiction d'autres formes d'amiante ou de produits contenant de l'amiante. Le Comité rappelle que l'utilisation sur les lieux de travail de l'amiante dans ses formes reconnues

comme étant les plus nocives (fibres amphiboles) doit être interdite et demande si tel est le cas. Il relève que des valeurs limites d'exposition sont fixées et demande s'il est prévu d'adopter des mesures pour intégrer la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm^3. Il demande en outre si les autorités ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le Comité relève que la Fédération de Russie a ratifié la Convention (n° 115) de l'OIT sur la protection contre les radiations et s'est dotée de plusieurs textes régissant l'exposition aux radiations ionisantes. Selon le rapport, les recommandations de la Commission internationale de protection radiologique (CIPR, recommandations formulées en 1990) sont reprises dans plusieurs documents d'orientation et normes. Le Comité demande néanmoins confirmation que les travailleurs bénéficient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé dans les Recommandations 2007 de la CIPR (Publication 103).

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité examine le champ d'application de la législation et de la réglementation en ce qui concerne les travailleurs occupant un emploi atypique.

Travailleurs temporaires et Autres catégories de travailleurs

Le rapport confirme que les travailleurs temporaires, les travailleurs intérimaires et les travailleurs sous contrat à durée déterminée sont couverts par la réglementation en matière de santé et sécurité au travail et ont accès aux services de médecine du travail dans les mêmes conditions que les autres travailleurs.

Le Comité a précédemment demandé que le rapport suivant fournisse des informations détaillées indiquant si la législation et la réglementation en matière de santé et sécurité au travail couvrent également les travailleurs indépendants, les travailleurs à domicile et les employés de maison. Selon le rapport, les textes en vigueur s'appliquent à tous les travailleurs, quelle que soit la nature de leur contrat (contrat de travail pour les salariés ou contrat civil pour les « travailleurs indépendants »), le type d'activité (employés de maison) ou le lieu d'exécution de la prestation (travailleurs à domicile). Le Comité demande comment est contrôlé le respect de la législation et de la réglementation pour ces catégories de travailleurs.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment relevé que les organisations patronales et syndicales participent à des consultations à plusieurs niveaux et sous différentes formes (Conclusions 2013).

Le dernier rapport contient des informations sur la commission tripartite russe de régulation des relations sociales et de travail et mentionne les informations communiquées concernant les organes compétents en matière de santé et sécurité au niveau de l'entreprise.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Fédération de Russie est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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 Fédération de Russie.

Accidents du travail et maladies professionnelle

Le Comité a précédemment conclu que la fréquence des accidents mortels était trop élevée pour considérer que l'exercice du droit consacré à l'article 3§3 soit effectivement assuré (Conclusions 2013).

Il rappelle que les données relatives aux accidents mortels sont collectées par ROSSTAT, par le Service fédéral du travail et de l'emploi et par la Caisse d'assurance sociale, qui utilisent différentes méthodes de collecte.

D'après les données publiées par ROSSTAT, le nombre de personnes blessées dans un accident du travail ayant entraîné un arrêt de travail d'au moins une journée s'élevait à 44 000 en 2011 et à 31 000 en 2014, soit un indice de fréquence de 2,1 et 1,4 pour 1 000 salariés respectivement. Ces chiffres s'inscrivent dans la tendance à la baisse observée antérieurement. Cependant (comme noté précédemment), ils sont particulièrement bas comparés aux moyennes enregistrées dans d'autres États parties, comme le montre le taux d'incidence standardisé pour 100 000 personnes occupées publié par Eurostat pour les 28 pays de l'UE (1 885,59 en 2008, 1 642,09 en 2014). Ceci tend à indiquer l'existence d'un problème de sous-déclaration.

Le nombre d'accidents mortels s'est élevé à 1 824 et 1 456 respectivement pour 2011 et 2014, soit un indice de fréquence de 0,084 et 0,067 pour 1 000 salariés. Même si la tendance demeure à la baisse, ces chiffres restent élevés comparés aux moyennes enregistrées dans d'autres États parties, comme le montre le taux d'incidence standardisé pour 100 000 personnes occupées publié par Eurostat pour les 28 pays de l'UE (2,86 en 2014). Le Comité considère que la fréquence des accidents mortels est trop élevée et que les mesures destinées à réduire le nombre d'accidents mortels sont par conséquent insuffisantes.

Selon le rapport, les secteurs qui présentent traditionnellement les taux les plus élevés d'accidents mortels sont le bâtiment, l'industrie manufacturière, les transports et les communications, l'agriculture, la chasse et la sylviculture, et les mines.

Le Comité relève les quelques renseignements fournis concernant les maladies professionnelles. Il demande néanmoins que le rapport suivant contienne des informations concernant le concept des maladies professionnelles, le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles et les modalités d'examen et de révision des dossiers (ou le tableau des maladies professionnelles), l'indice de fréquence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées durant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année, en incluant les cas de maladies ayant entraîné la mort), les mesures prises ou envisagées pour lutter contre l'insuffisante reconnaissance des maladies professionnelles et la sous-déclaration, les maladies professionnelles les plus fréquentes recensées durant la période de référence et les mesures préventives prises ou envisagées.

Activités de l'Inspection du travail

Selon le rapport, le nombre de contrôles effectués par les services de l'Inspection du travail concernant la protection des travailleurs est passé de 665 700 en 2010 à 404 300 en 2013.

Le rapport fait état d'une diminution du nombre d'inspecteurs fédéraux (3 100 en 2014) et souligne qu'en raison du sous-effectif, l'Inspection du travail n'est pas en mesure d'exercer sa mission de contrôle. Avec les effectifs actuels, une visite de routine d'une entreprise n'est possible que tous les 26 ans. Le Comité conclut qu'on ne saurait considérer que l'Inspection du travail soit efficace.

S’agissant des moyens dont disposent les agents de l’Inspection du travail pour faire respecter la loi, ils peuvent notifier une mise en demeure et ordonner un certain nombre de mesures, ou prononcer des sanctions financières ; exceptionnellement, ils peuvent imposer l’arrêt temporaire de l’activité (jusqu’à l’examen du dossier par un juge) pour prévenir un danger imminent pour la vie ou la santé. L’Inspection du travail a également le pouvoir de communiquer les informations pertinentes aux instances exécutives fédérales, aux gouvernements locaux, aux forces de l’ordre et aux tribunaux afin que les infractions constatées fassent l’objet d’une enquête administrative ou de poursuites pénales.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Fédération de Russie n’est pas conforme à l’article 3§3 de la Charte aux motifs que :

- les mesures visant à réduire le taux excessif d’accidents mortels sont insuffisantes,
- l’Inspection du travail ne saurait être considérée comme étant efficace en raison du sous-effectif.

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 XX Fédération de Russie.

Le Comité rappelle qu'en acceptant l'article 3§4 de la Charte, les États s'engagent à donner accès à des services de santé au travail à tous les travailleurs dans toutes les branches d'activité économique et toutes les entreprises. Il a précédemment noté que les examens préliminaires et périodiques ne sont obligatoires que pour les travailleurs affectés à des tâches pénibles ou travaillant dans des conditions dangereuses ou préjudiciables à leur santé et demandé que le rapport suivant contienne des données statistiques concernant le nombre total de travailleurs devant passer un examen médical préliminaire ou périodique, la proportion de médecins du travail par rapport à la population active et la proportion d'entreprises qui, par le biais de leur propre service ou de prestataires extérieurs, donnent accès à des soins médicaux en pratique. Il a aussi demandé des informations concernant l'accès aux soins médicaux pour les travailleurs qui ne sont pas affectés à des tâches pénibles et ne travaillent pas dans des conditions dangereuses ou préjudiciables à leur santé et concernant toute politique qui serait menée en vue d'accroître en pratique, en concertation avec les partenaires sociaux, l'accès aux soins médicaux par l'intermédiaire des entreprises.

Selon le rapport, un examen médical préliminaire est effectué pour les catégories ci-après :

- toute personne n'ayant pas encore 18 ans révolus ;
- les travailleurs affectés à des tâches considérées comme préjudiciables, travaillant dans des conditions dangereuses ou exposés à des risques liés à la circulation ;
- les personnes embauchées pour travailler dans le Grand Nord ou d'autres localités ;
- les personnes embauchées pour travailler par roulement (travail posté) ;
- les travailleurs de secteurs tels que l'industrie alimentaire, le commerce, l'assainissement et le traitement des eaux, les travailleurs employés par des institutions pour enfants ;
- les cheminots ;
- les travailleurs effectuant des travaux souterrains ;
- d'autres catégories de travailleurs, conformément aux lois fédérales

Un examen médical périodique est effectué pour les catégories ci-après :

- les travailleurs exerçant un travail pénible et travaillant dans des conditions préjudiciables et/ou dangereuses (travaux souterrains par exemple), ainsi que les travailleurs des transports ;
- les travailleurs de secteurs tels que l'industrie alimentaire, le commerce, l'assainissement et le traitement des eaux, les travailleurs employés par des institutions pour enfants, ainsi que ceux employés par certains autres organismes.

Le Comité constate que le rapport ne contient pas de données statistiques concernant le nombre total de travailleurs devant passer un examen médical préliminaire ou périodique, la proportion de médecins du travail par rapport à la population active et la proportion d'entreprises qui, par le biais de leur propre service ou de prestataires extérieurs, donnent accès à des soins médicaux en pratique. Il fournit toutefois des données relatives à certaines catégories de travailleurs soumises à l'obligation de se soumettre à un examen médical préliminaire ou périodique. Il apparaît ainsi que 39,7 % des travailleurs travaillent dans des conditions dangereuses et doivent passer un examen médical préliminaire et périodique. Le rapport indique également le nombre de travailleurs de différents secteurs, comme l'alimentaire, qui sont également tenus de se soumettre à un contrôle médical. Il précise enfin qu'en 2013 et 2014, plus de 700 000 travailleurs ont passé une visite médicale périodique.

Il ressort également du rapport que les travailleurs qui ne sont pas affectés à des tâches pénibles et ne travaillent pas dans des conditions dangereuses ou préjudiciables à leur santé, et qui ne font pas partie des catégories de travailleurs devant obligatoirement faire l'objet d'un contrôle médical, peuvent utiliser les services sanitaires et médicaux mis en place par les employeurs.

Le Comité note ces renseignements mais estime qu'ils ne sont pas suffisants pour lui permettre d'apprécier la situation. Il conclut par conséquent que l'existence d'une stratégie visant à instituer progressivement l'accès à des services de santé au travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité n'est pas établie. Le Comité doit recevoir des informations démontrant que les services de santé au travail sont progressivement fournis à tous les travailleurs.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les stratégies existantes pour améliorer l'accès aux services de santé au travail pour les travailleurs temporaires, intérimaires, indépendants, domestiques et domestiques.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Fédération de Russie n'est pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif que l'existence d'une stratégie visant à instituer progressivement l'accès à des services de santé au travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité n'est pas établie.

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 Fédération de Russie.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité relève que, d'après l'OMS, l'espérance de vie moyenne à la naissance (pour les deux sexes) a légèrement augmenté, passant de 69,03 ans en 2010 à 70,5 en 2015. Malgré cette tendance positive, l'espérance de vie reste relativement faible par rapport aux autres pays européens (la moyenne enregistrée pour l'UE à 28 en 2015 : 80,6 ans).

Le Comité note que selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité (nbre de morts / 1000 hab.) était de 13 en 2015, ce qui est un chiffre élevé par comparaison avec les autres pays européens.

Le Comité a demandé précédemment des informations sur les mesures spécifiques prises pour remédier aux causes principales de décès comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, la tuberculose et les accidents de la route (Conclusions 2013). Il note que selon le rapport, des mesures ont été prises dans le cadre du programme d'Etat « Développement de la santé 2013 – 2020 » visant à réduire la mortalité due à ces facteurs. Les données communiquées dans le rapport font ressortir : une baisse de 3,4 % de la mortalité causée par les maladies de l'appareil circulatoire en 2015 par rapport à 2014 ; une réduction du taux de mortalité de 10,1 à 9,0 morts pour 100 000 en 2015 ; une diminution de 18,9 % du nombre de décès dus à des accidents de la route. Le Comité demande à être informé des mesures prises pour prévenir la mortalité causée par les maladies précitées et du résultat de ces mesures sur le taux de mortalité.

Le Comité note que d'après les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité infantile (nbre de morts / 1 000 naissances vivantes) s'élevait à 8 en 2015. Il a relevé auparavant que le taux de mortalité infantile avait légèrement diminué, puisqu'il est passé de 8,42 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2008 à 7,61 en 2010 (Conclusions 2013). Le rapport indique qu'en 2015, le taux de mortalité infantile en Fédération de Russe a reculé à 6,5 pour 1 000 naissances vivantes, alors qu'au cours de la même période en 2014, il était de 7,4 (soit une réduction de 12,2 %). Le Comité prend note des mesures adoptées au cours de la période de référence pour faire baisser le taux de mortalité infantile, qui figurent dans le rapport. Cependant, il considère que ce taux reste élevé par rapport à la moyenne européenne (par ex. le taux de l'UE des 28 était de 3,6 pour 1000 naissances vivantes en 2015).

Concernant le taux de mortalité maternelle, le Comité a noté que le taux avait baissé au cours de la période de référence précédente (de 20,95 mots pour 100 000 naissances vivantes en 2008 à 16,92 en 2010). Cependant, il a relevé que ces taux restaient largement supérieurs à la moyenne européenne (Conclusions 2013). Étant donné que le rapport actuel ne fournit pas de chiffres spécifiques, le Comité note que selon l'OMS, le taux de mortalité maternelle en 2015 s'élevait à 25 morts pour 100 000 naissances vivantes, ce qui montre même une augmentation par rapport à la période de référence précédente.

Le Comité a conclu précédemment que la situation n'était pas conforme à l'article 11 § 1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire les taux élevés de mortalité infantile et maternelle étaient insuffisantes (Conclusions 2013). Il prend note des mesures prises selon le rapport dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, y compris celles qui visent à faire baisser la mortalité maternelle et infantile. Il demande à être tenu informé de la mise en œuvre de ces mesures, de leur effet sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile et des données mises à jour sur les tendances des taux de mortalité. Cependant, il note que la situation ne s'est guère améliorée depuis la précédente période de référence. Etant donné l'aggravation du taux de mortalité maternelle, le niveau toujours élevé du taux de mortalité infantile ainsi que l'espérance de vie très faible, le Comité considère que les

efforts déployés dans ce domaine sont insuffisants et réitère donc sa décision de non-conformité sur ce point.

Accès aux soins de santé

Le Comité a noté précédemment que le droit aux soins de santé est consacré par la Constitution de la Fédération de Russie et qu'un ensemble de prestations médicales sont garanties par l'Etat au titre de l'Assurance-maladie obligatoire (assurance *OMS*) et offerts gratuitement dans des installations de santé au niveau fédéral et local (Conclusions 2013).

Le Comité prend note des principales réglementations adoptées pendant la période de référence en relation avec l'organisation et le contrôle du secteur des soins de santé. Il prend note en particulier des mesures adoptées dans le cadre du programme d'Etat « Développement des soins de santé 2013-2020 », qui vise à améliorer l'accès et l'efficacité des services de santé. Il demande à être tenu informé de la mise en œuvre de ce programme et de ses effets sur les principaux indicateurs de santé (en particuliers les taux de mortalité évitable).

Le Comité note que, selon les données de l'OCDE, le total des dépenses de santé s'élevait en 2012 à 6,3 % du PIB en Fédération de Russie, soit bien moins que la moyenne de l'ODCE (9,3 %). La même source indique que, dans la Fédération de Russie, 61 % des dépenses de santé ont été financées par des sources publiques en 2012, soit beaucoup moins que la moyenne de 72 % dans les pays de l'OCDE.

Le rapport indique qu'en 2013, le financement par habitant s'élevait à 9 032,5 roubles ; en 2014, il est passé à 10 294,4 roubles et en 2015, à 11 599,1 roubles. Un mécanisme de financement unique a été lancé au cours de la période de reference, si bien que le régime de santé relève uniquement de l'assurance-maladie obligatoire. En ce qui la concerne, la part du budget fédéral dans les soins de santé diminue progressivement. Le rapport ajoute que le secteur des services dentaires, implique en général davantage de services payants, car la plupart d'entre eux ne figurent pas dans la liste de services gratuits assurés au titre de l'assurance OMS. Le Comité demande que le prochain rapport au titre de l'article 11 § 1 comprenne des informations sur les services et les traitements assurés au titre de soins dentaires (ainsi, les bénéficiaires de traitements dentaires gratuits, le coût des principaux traitements et la proportion de soins supportés par les patients eux-mêmes).

Le Comité rappelle que le coût des soins de santé ne doit pas représenter une charge excessive pour la personne concernée. Il ne faut pas que les paiements directs constituent la principale source de financement du système de santé (Conclusions 2013, Géorgie). Il importe de prendre des mesures visant à réduire la charge financière des patients issus des catégories défavorisées de la population (Conclusions XVII-2, Portugal). Le rapport ne fournit pas d'informations sur les paiements directs. Le Comité demande des statistiques des paiements directs réalisés par la population afin d'avoir accès aux différents traitements et services de santé, y compris sur les paiements pour les produits pharmaceutiques d'ordonnance ambulatoire.

Le Comité a demandé auparavant des observations sur les paiements informels qui seraient généralisés (Conclusions 2013). Le rapport indique qu'il n'y a pas de statistiques officielles sur les paiements informels, mais les études réalisées dans ce domaine permettent de déceler un léger recul de cette pratique. Le Comité réitère sa demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la part des dépenses directes attribuables aux paiements informels, la fréquence des paiements informels et si les paiements informels représentent une pratique courante dans la Fédération de Russie.

Le Comité a noté précédemment i) que l'assistance médicale est bien moins accessible pour les habitants des campagnes qu'elle ne l'est pour la population urbaine et que les gens riches consomment plus souvent des services médicaux que les couches pauvres de la société, bien que les personnes pauvres aient une moins bonne santé ; et ii) que les

sondages montrent en général que les usagers sont peu satisfaits du système de santé russe. Il a invité les autorités à lui faire des observations sur ces questions (Conclusions 2013). Le rapport indique que selon les sondages, les couches sociales ayant davantage de ressources économiques et sociales (les habitants des grandes villes ayant des revenus élevés, les jeunes et les personnes bien formées) font le plus souvent une évaluation plus favorable de la situation.

Le rapport donne en outre des informations sur les initiatives prises par le ministère de la Santé pour améliorer l'organisation de soins de santé primaires, leur accessibilité et leur qualité, y compris dans les campagnes. Pour offrir des soins de santé primaires aux habitants des zones reculées et peu peuplées de moins de 100 habitants, il est proposé de recourir à des formes sanitaires de terrain, notamment des unités médicales mobiles faisant appel à des véhicules tout-terrain et dans certains cas au transport par eau et par chemin de fer. Une analyse des infrastructures de santé de la Fédération de Russie a été réalisée pour recenser les lieux de peuplement de plus d'une centaine d'habitants sans établissements médicaux ni antennes de soins, et des lieux de peuplement de moins de cent habitants qui se trouvent hors de la zone d'intervention d'établissements médicaux. Des modèles de soins de santé pour les habitants de ces zones sont en cours d'élaboration. Les statistiques présentées dans le rapport montrent une légère augmentation du nombre de médecins dans les zones rurales et de la disponibilité des médecins.

Le Comité note que selon le *Health Systems in Transition Report Russian Federation 2011* les données communiquées montrent que le système de santé russe favorise nettement l'hospitalisation de patients aux dépens des services de santé primaires. Les indicateurs de l'exploitation des ressources font aussi ressortir une moindre efficience des ressources affectées. Ainsi, le taux d'hospitalisation en Russie est bien plus élevé que dans les autres pays de la Région européenne de l'OMS. Le Comité demande si les réformes et les mesures récentes réalisées ont renforcé les services de soins de santé primaires ou sinon quels sont leurs effets sur ce type de soins, en particulier dans les zones rurales.

En ce qui concerne les délais d'attente, le Comité a demandé des informations sur les règles applicables à la gestion des listes d'attente et des statistiques des délais d'attente pour obtenir des soins de santé (Conclusions 2013). Le rapport indique les délais d'attente pour diverses interventions : négligeables pour les rendez-vous immédiat (en cas d'urgence), ils atteignent sept jours pour les services de soins médicaux de routine chez les médecins généralistes, les pédiatres, et les médecins de famille ; quatorze jours pour les consultations de spécialistes planifiées et les tests diagnostiques à l'hôpital ; un mois pour les consultations programmées dans des centres de consultations et de diagnostic ; trois mois pour une prise en charge médicale dans des centres hospitaliers de jour (y compris la réhabilitation médicale) ; quatre mois pour les séances d'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) ou de tomographie par émission de position (TEP) ; et six mois pour les interventions programmées à l'hôpital (à l'exception des types de soins médicaux de haute technologie et des traitements de réhabilitation). Le rapport indique qu'en 2015, les délais d'attente pour une intervention chirurgicale concernant des tumeurs endocrines du complexe hypothalamo-hypophysaire ont été réduits de 6,4 à 3,6 mois grâce au développement des soins médicaux et à l'intégration de soins neurochirurgicaux de pointe.

Selon le rapport, des mesures visant à réduire les délais d'attente ont été prises pendant la période de référence comme les dossiers électroniques, qui sont utilisés essentiellement dans les grandes villes pour prendre des rendez-vous médicaux, un portail régional des services publics, un centre de contact régional unifié, des applications mobiles, des kiosques interactifs et un sous-système de télémédecine du système d'information unifié d'Etat dans le secteur de la santé bien qu'il soit prévu de concevoir un système pour l'octroi de services à distance à tous les niveaux depuis les centres médicaux et obstétriques jusqu'aux établissements médicaux relevant de l'Etat fédéral. Le Comité prend note des délais d'attente requis donnés dans le rapport et des mesures prises pour suivre et réduire ces délais. Il demande que dans le prochain rapport figurent des statistiques des délais d'attente

réels moyens pour les soins hospitaliers et de ville, y compris les interventions chirurgicales. Il demande aussi si les mesures prises ont contribué à diminuer les délais d'attente pour les soins primaires et ceux qui sont prodigués par des spécialistes. Dans l'intervalle, il réserve sa position sur ce point.

En réponse à une question précédente du Comité, le rapport donne des informations sur les installations de traitement et de réhabilitation pour les toxicomanes et sur les mesures prises pendant la période de référence pour ouvrir d'autres centres de réhabilitation, pour améliorer les conditions matérielles et pour former des professionnels œuvrant dans les centres de traitement antidrogue.

Le Comité note que selon des statistiques récentes de l'OMS (*Infographic – Depression in the Russian Federation*), 5,5 % de la population russe souffrent de dépression (la moyenne régionale étant de 5 %). Le Comité demande que dans le prochain rapport figurent des informations sur l'offre de services de soins de santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures permettant de favoriser la guérison des patients qui en sont atteints.

Concernant le droit à la protection de la santé des personnes transgenres, le Comité a reçu des observations de l'Association Lesbienne & Gay Internationale (ILGA) Europe, qui indiquent « que, dans la pratique, la Fédération de Russie subordonne un traitement médical (stérilisation) aux personnes transgenre à la reconnaissance juridique de l'identité de genre ». En outre, l'ILGA a considéré que « les autorités ne fournissent pas les équipements nécessaires aux traitements de conversion sexuelle (ou la possibilité d'un traitement à l'étranger) et ne veillent pas à ce que l'assurance-maladie couvre tout ou partie de ces traitements médicalement nécessaires dans un souci de non-discrimination ». Le Comité a demandé à ce sujet si, en Fédération de Russie, la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013). Le Comité prend note des observations présentées par Transgender Europe et l'ILGA (Région Europe) concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent cycle de contrôle, dont il ressort que la Fédération de Russie fait partie des pays qui subordonnent la reconnaissance juridique de l'identité de genre à une stérilisation.

Le rapport indique que les services médicaux concernant le changement de sexe ne figurent pas dans les garanties du programme d'Etat offrant la gratuité des soins, financé par l'assurance OMS et que dans la plupart des cas, la quasi-totalité des coûts associés au changement de sexe sont supportés par les personnes transgenres elles-mêmes. Le rapport ajoute que la stérilisation médicale peut uniquement être réalisée sur demande écrite de la personne intéressée, dès lors qu'elle a plus de 35 ans ou au moins deux enfants et dans les cas d'indications médicales sous réserve du consentement éclairé de la personne intéressée indépendamment de l'âge et du nombre d'enfants. Les personnes transgenres ne figurent pas dans la liste d'indications médicales de la stérilisation. Le Comité réitère sa question si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Fédération de Russie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle sont insuffisantes.

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 Fédération de Russie.

Education et sensibilisation de la population

Le rapport évoque les mesures envisagées pour promouvoir un mode de vie sain parmi les enfants et les adolescents à l'aide du programme « Ecole de santé » pour tous, d'une bonne nutrition, d'une stratégie d'information et de communication pour la maîtrise de la consommation d'alcool et de tabac, de campagnes télévisées, d'un portail internet multimédia et de la permanence téléphonique du service « Russie en bonne santé » offrant gratuitement des avis sur les centres de santé, sur une bonne nutrition, sur les activités physiques, et sur l'abus d'alcool, de tabac et de drogues.

Le Comité a demandé précédemment des informations sur l'éducation à la santé à l'école (Conclusions 2013). Le rapport indique que les programmes scolaires pour l'enseignement primaire et secondaire comprennent des thèmes comme la culture physique, la santé et la sécurité. Il donne en outre le contenu de ces programmes et des informations sur des conférences et sur des concours organisés entre les écoles qui encouragent la santé et un mode de vie sain au cours de la période de référence.

Le Comité rappelle que l'éducation à la santé à l'école porte sur les thèmes suivants : prévention du tabagisme et de l'alcoolisme, éducation sexuelle et génésique, en particulier en ce qui concerne la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida, prévention routière et promotion d'une alimentation saine. Il a estimé que les Etats parties doivent faire en sorte que l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires ; que l'éducation dispensée soit suffisante sur le plan quantitatif ; que la forme et le contenu de l'éducation, y compris les programmes et les méthodes pédagogiques, soient pertinents, qu'ils tiennent compte du contexte culturel et qu'ils soient d'une qualité suffisante, en particulier qu'ils soient objectifs, fondés sur des faits scientifiques récents et qu'ils ne comprennent pas de censure, de dissimulation ou de déformation délibérée d'informations, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver la santé sexuelle et génésique ; et qu'une procédure soit prévue pour suivre et évaluer l'éducation afin de satisfaire aux exigences précitées (INTERIGHTS (Centre international pour la sauvegarde des droits de l'homme) c. Croatie, requête n° 45/2007, décision sur le fond du 30 mars 2009, §§ 46-47). Le Comité demande d'indiquer dans le prochain rapport dans quelle mesure et sous quelle forme l'éducation sexuelle et génésique est assurée à l'école en Fédération de Russie.

Consultation et dépistage des maladies

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a demandé à être tenu informé de l'avancement des projets en cours dans le domaine de la santé maternelle et néonatale (Conclusions 2013). Le rapport évoque les services médicaux qui sont dispensés gratuitement aux femmes enceintes. Il ajoute que le diagnostic prénatal des troubles du développement infantile vise à dépister précocement les maladies héréditaires et congénitales (troubles du développement) avant la naissance et qu'un dépistage néonatal de cinq maladies héréditaires et congénitales a été réalisé en 2014 dans l'ensemble des Sujets de la Fédération. Les enfants atteints de maladies héréditaires ou congénitales enregistrées reçoivent tous les traitements nécessaires. L'équipement médical moderne des unités de soins intensifs de nouveau-nés et les services de pathologie des nouveau-nés dont disposent les établissements relevant de l'Etat fédéral permettent de recourir à des technologies innovantes de soins et de réhabilitation des enfants prématurés ayant un poids faible ou extrêmement faible à la naissance, ce qui permet de réduire la morbidité et la mortalité périnatales et infantiles, y compris parmi les enfants ayant un poids extrêmement faible à la naissance. La chirurgie néonatale a été développée en 2014 dans certains des

établissements relevant de l'Etat fédéral pour améliorer l'accès aux soins médicaux des nouveau-nés ayant des troubles du développement et la qualité des soins médicaux dispensés aux enfants.

En 2014, La Fédération de Russie a élaboré des programmes régionaux pour moderniser la santé publique par la conception, la construction et la planification de 32 centres périnataux dans trente Sujets de la Fédération. Grâce à ces programmes, des possibilités de formation / reconversion sont offertes au personnel médical qui a commencé à travailler dans les centres périnataux.

Concernant la surveillance médicale gratuite qui doit être organisée tout au long de la scolarité en vertu de l'article 11 § 2, le Comité a noté précédemment que les enfants sont soumis chaque année à des examens médicaux préventifs. Il a demandé qui en est chargé et quel est le pourcentage d'élèves qui en bénéficient (Conclusions 2013). Le rapport indique que depuis 2015, l'ensemble des enfants et des adolescents doivent obligatoirement subir chaque année un examen médical gratuit et que les adultes le font tous les trois ans. Le rapport laisse sans réponse la question précédemment posée par le Comité. Le Comité répète sa question.

Le Comité a noté précédemment que des examens médicaux préventifs utilisant des méthodes de diagnostic de maladies socialement significatives sont prévus pour certaines catégories sociales. Il a rappelé qu'en vertu de la présente disposition, des dépistages du cancer, des maladies cardiovasculaires et des autres maladies considérées comme des causes majeures de mortalité doivent être organisés, si possible de façon systématique. La prévention par le dépistage doit contribuer effectivement à l'amélioration de la santé de la population. En conséquence, le Comité a demandé quels groupes sociaux ont droit à ces programmes de dépistage susmentionnés, quel est le type de maladies dépistées, et quelle est la fréquence et l'accessibilité de ces programmes (Conclusions 2013).

Selon le rapport, les examens médicaux contribuent avant tout à l'identification de maladies au sein de la population par des examens préventifs afin de dépister précocement les états pathologiques, les maladies et les facteurs de risque contribuant à leur développement. Le Comité note que selon le rapport, des mesures ont été prises pour améliorer le dépistage précoce des maladies cardiovasculaires par des examens cliniques et des conseils sur la prévention, ainsi que le dépistage précoce des cas de tuberculose par la modernisation des laboratoires d'établissements médicaux spécialisés dans le traitement de la tuberculose. En ce qui concerne le cancer, le plan d'action visant à réduire la mortalité due au cancer du programme d'Etat « Développement de la santé en Fédération de Russie » comprend des mesures destinées à améliorer l'efficacité des organisations de santé en matière de détection précoce du cancer, y compris le recours aux méthodes de dépistage et aux formes de travail de terrain ; l'adoption de méthodes efficaces de diagnostic des tumeurs malignes (diagnostic radiologique, phénotypage, études moléculaires, cytogénétiques etc.), y compris sur la base de directives cliniques (protocoles de traitement) ; la mise en œuvre de radiothérapies à fortes doses, de chimiothérapies et de méthodes chirurgicales combinées faisant appel à des protocoles cliniques.

Le Comité demande des informations sur la mise en œuvre de l'ensemble des mesures préventives et des données sur la fréquence et le nombre de dépistages / d'examens préventifs en pratique. Il aussi demande si ces examens préventifs sont répartis géographiquement sur l'ensemble du territoire de la Fédération de Russie.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Fédération de Russie.

Environnement sain

Le Comité a pris note précédemment des textes législatifs et réglementations adoptés par la Fédération de Russie pour réduire les risques liés à l'environnement, en particulier dans le domaine de la qualité de l'air, de la protection de l'eau, du bruit environnemental, de la protection contre les rayonnements ionisants et l'amiante, et des mesures prises dans le domaine de la sécurité alimentaire (Conclusions 2013). Il a demandé des informations sur les structures institutionnelles permettant une mise en œuvre adaptée de la législation susmentionnée. Il a demandé également des informations actualisées sur les niveaux de pollution atmosphérique et sur les cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire survenus pendant la période de référence, notamment s'ils ont tendance à augmenter ou à diminuer (Conclusions 2013).

Le rapport ne donne pas d'informations sur ce point important de l'article 11 § 3. Le Comité réitère ses questions et souligne que si ces informations ne sont pas communiquées, rien ne permettra de conclure que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité a noté précédemment que selon le rapport, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été transposée par une loi fédérale le 24 avril 2008. Une politique fédérale pour la réduction du tabagisme pour 2010-2015 a été adoptée ensuite et le gouvernement prépare un projet de loi sur la protection contre le tabagisme passif, la prévention de la vente de produits du tabac aux mineurs et d'autres mesures. Le Comité a demandé à être informé de la mise en œuvre de ces mesures, ainsi que sur l'état des lois concernant les environnements sans tabac dans les lieux publics, les mises en garde sanitaires figurant sur les paquets de tabac, et sur la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac (Conclusions 2013). Le rapport indique seulement que l'adoption de la loi fédérale n° 15-FZ du 23 février 2013 « sur la protection de la santé des personnes contre l'exposition à la fumée du tabac et les conséquences de l'usage de tabac » constitue un pas important sur la voie de la prévention des maladies non transmissibles en Fédération de Russie. Le Comité demande des informations concernant la mise en œuvre et les effets de cette loi sur la consommation de tabac et la prévention du tabagisme.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, le rapport indique qu'entre 2008 et 2014, on a noté une diminution progressive de la consommation moyenne de boissons alcoolisées par habitant mesurée en litres d'alcool pur (16,2 litres par hab. et par an en 2008, 11,87 en 2013, 11,5 litres en 2014 selon des données provisoires).

Selon le rapport, le ministère fédéral de la Santé a approuvé une « Stratégie d'information et de communication pour la maîtrise de l'usage d'alcool et de tabac, la prévention et la maîtrise de l'usage non médical de drogues et de substances psychotropes jusqu'en 2020 ». Le rapport cite d'autres mesures pour empêcher la consommation d'alcool, de tabac et de drogues comme la permanence téléphonique « Russie en bonne santé ».

Le Comité demande des informations récentes dans le prochain rapport sur les niveaux et les tendances concernant l'usage de tabac, d'alcool et de drogues, ainsi que sur les mesures prises pour réduire et empêcher l'usage de ces substances.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité a noté précédemment qu'en vertu de la loi fédérale « sur l'immunoprophylaxie des maladies transmissibles », des mesures de vaccination de la population ont été prises

pour prévenir, limiter et éliminer la propagation de onze maladies infectieuses, y compris la vaccination contre les infections dues au Hib (Conclusions 2013).

Le rapport indique qu'en Russie, la vaccination est largement pratiquée dans le cadre du Calendrier national de vaccination et de la protection vaccinale en temps voulu des enfants contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la polio, la rougeole et les oreillons pendant les périodes réglementaires : 97-98 % de la population vaccinés, puis rappels pour 96-97 %. Le rapport ajoute qu'en 2015, on a constaté une diminution de l'incidence d'infections contrôlées par un vaccin selon un facteur 2,8 pour la rubéole, 5,7 pour la rougeole, outre une baisse de 25,4 % pour la rougeole par comparaison à 2014.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les taux de couverture vaccinale pour les principaux vaccins.

Accidents

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations sur les mesures ou les initiatives visant à prévenir les accidents et à faire évoluer le nombre d'accidents (Conclusions 2013). Le rapport indique que depuis 2013, un système de centres de prise en charge des blessés a été mis en place non seulement sur les routes d'importance fédérale, mais aussi sur des axes d'importance régionale ou locale. Le système permet aux accidentés de la route d'être soignés par un personnel médical qualifié sur le lieu de l'accident, pendant le transport et dans les établissements de soins médicaux. Le nombre de centres de prise en charge des blessés est passé de 783 en 2013 à 1 251 en 2014 et 1 501 en 2015. La règlementation sur la procédure d'obtention du permis de conduire a été durcie en 2015 par des conditions plus strictes afin de prévenir les accidents de la route.

Le Comité rappelle que les Etats doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs (Conclusions 2005, la République de Moldova). Le Comité demande de communiquer des informations récentes dans le prochain rapport sur les mesures prises pour prévenir les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant pendant les loisirs, ainsi que sur l'évolution du nombre de ces accidents.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Fédération de Russie.

S'agissant des **prestations familiales** et des prestations de **maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système russe de sécurité sociale et constate qu'il continue de couvrir la totalité des risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail / maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Par ailleurs, le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'Etat.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quel était le pourcentage de personnes assurées par rapport à la population active totale. Il a par ailleurs demandé des informations concernant le pourcentage de la population active bénéficiant d'une assurance en matière de pensions et de prestations de maladie, de maternité et de chômage, précisant qu'en l'absence de ces informations, rien ne permettrait d'établir que la situation concernant la couverture des risques de sécurité sociale soit conforme à la Charte.

Selon la base de données Missceo, tous les citoyens de la Fédération de Russie, les étrangers résidant à titre permanent ou temporaire en Fédération de Russie et les apatrides ont accès aux **soins de santé**. Le rapport donne à ce sujet des précisions quant au type de soins médicaux dispensés et confirme, en réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), que l'assurance maladie obligatoire couvre non seulement les salariés, mais aussi les travailleurs indépendants, les agriculteurs, les chômeurs, les étudiants, etc. ; il indique qu'au 1er avril 2015, quelque 146,5 millions de personnes étaient affiliées au régime d'assurance maladie obligatoire (61,5 millions de salariés et 85 millions de chômeurs). Le Comité considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Aux termes de la loi fédérale n° 167-FZ du 15 décembre 2001 relative à l'assurance pension obligatoire en Fédération de Russie, ledit régime (pensions de **vieillesse,** d'**invalidité et** de **survivants**) couvre tous les résidents, y compris les ressortissants étrangers et les apatrides. Jusqu'en 2015, le système des pensions de vieillesse était constitué de deux éléments : un régime d'assurance sociale obligatoire couvrant toutes les personnes affiliées, et un régime de prestations contributives applicable aux personnes nées après 1966. Le Comité note cependant que, selon le rapport, selon le Cleiss (Centre des Liaisons européennes et internationales de sécurité sociale) et selon l'AISS (Association internationale de la sécurité sociale), la période de référence a été marquée par un certain nombre de réformes qui ont plus particulièrement affecté le système des pensions (lois n° 243-FZ du 3 décembre 2012, n° 351-FZ du 4 décembre 2013, n° 400-FZ du 28 décembre 2013 et n° 424-FZ du 28 décembre 2013). Elles ont consisté, précise le rapport, à transférer en 2014 la totalité des cotisations à la composante assurantielle du système de pensions et, à partir de 2015, à convertir la composante alimentée par les cotisations en un régime de retraite indépendant. Le montant des cotisations acquittées par les usagers n'a pas changé, mais ces sommes sont désormais transférées dans leur intégralité aux pensions de l'assurance vieillesse ou réparties entre l'assurance et la pension alimentée par les cotisations (16 % et 6 % respectivement). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations complémentaires concernant le nouveau système qui s'applique depuis 2015 aux pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants, en indiquant en particulier son éventuel impact sur le champ d'application personnel de chacune de ces branches. Au vu des informations communiquées dans le rapport concernant les catégories de personnes affiliées au système de pensions, le Comité considère que l'assurance sociale obligatoire devrait, en principe, couvrir un pourcentage suffisant de la population active. Il

demande cependant que le prochain rapport fournisse des informations sur le pourcentage de personnes assurées au regard de la population active totale.

S'agissant du **chômage**, le rapport répète que les chômeurs inscrits comme tels et remplissant les conditions d'octroi requises ne peuvent prétendre qu'à des prestations non contributives (liées aux revenus et à taux uniforme) financées sur le budget de l'Etat. Le Comité demande que le prochain rapport précise si seuls les citoyens russes ont droit à des prestations de chômage, ou si les ressortissants étrangers peuvent également en bénéficier. Il relève à cet égard que, lorsque le système est financé par la fiscalité, sa couverture, en termes de personnes protégées, doit reposer sur le principe de non-discrimination, sans préjuger des conditions d'ouverture des droits (Observation interprétative de l'article 12, Conclusions 2002). Le rapport ne donnant aucune information sur le champ d'application personnel, le Comité considère qu'il n'est pas établi que le régime d'assurance chômage existant couvre un pourcentage suffisant de la population active.

Le rapport dresse la liste des catégories de personnes couvertes par l'assurance sociale obligatoire en cas d'incapacité temporaire (**maladie**) et de maternité, conformément à la loi fédérale n° 255-FZ du 29 décembre 2006 relative à l'assurance sociale obligatoire contre le risque d'incapacité temporaire et de maternité. Le Comité relève dans le rapport que tous les salariés sont couverts, y compris ceux qui travaillent dans le secteur public, ainsi que certaines professions indépendantes (avocats, entrepreneurs individuels, notaires, exploitants agricoles, ...), les membres du clergé et les détenus qui travaillent. Selon le rapport, le nombre moyen de personnes affiliées aux régimes d'assurance en cas d'incapacité temporaire et de maternité était en 2016 (hors période de référence) de 51 897 076, pour une population active (15-72 ans) de 76 588 000 personnes, soit près de 68 %.

Le rapport indique que le régime d'assurance sociale obligatoire contre les **accidents du travail et** les **maladies professionnelles** (régi par la loi fédérale n° 125-FZ dd du 24 juillet 1998) couvre les salariés (y compris les personnes condamnées à des peines d'emprisonnement qui exercent une activité rémunérée) et ajoute qu'elles étaient en moyenne 51 627 551 personnes à y être affiliées en 2016 (hors période de référence), sur une population active (15-72 ans) de 76 588 000 personnes, soit près de 67 %.

Caractère suffisant des prestations

Faute d'indicateur Eurostat concernant le revenu médian ajusté, le Comité relève dans les statistiques nationales officielles que le minimum vital était, à la fin de la période de référence, de 9 452 RUB (118 €) par mois. Le salaire minimum s'élevait à 5 965 RUB (75 €).

Le Comité a précédemment relevé (Conclusions 2013) que les indemnités de **maladie** étaient versées par l'employeur pendant les trois premiers jours et étaient ensuite servies par la Caisse d'assurance sociale obligatoire. En réponse à la question du Comité concernant le montant minimum des indemnités de maladie, le rapport indique qu'il est calculé sur la base des revenus moyens perçus par l'assuré au cours des deux années civiles précédentes, en tenant compte de la durée d'affiliation au régime (60 % de la rémunération si l'intéressé est assuré depuis moins de cinq ans, 80 % s'il justifie d'un durée d'affiliation comprise entre cinq et huit ans, et jusqu'à 100 % en cas de durée d'affiliation d'au moins huit ans ou si l'intéressé a trois enfants à charge). Si l'assuré n'a perçu aucun revenu durant les deux années précédentes ou si la rémunération mensuelle moyenne est inférieure au salaire minimum, la rémunération moyenne qui sera retenue pour calculer le montant des prestations sera le salaire minimum. Ceux qui justifient de moins de six mois d'affiliation à l'assurance reçoivent, en cas d'incapacité temporaire, une indemnité mensuelle dont le montant n'excède pas le salaire minimum. Le Comité note que le salaire minimum est inférieur au minimum vital et que seuls ceux qui justifient d'une durée d'affiliation d'au moins huit ans toucheront une indemnité minimum d'un montant correspondant à 100 % du salaire minimum. Ceux qui ont à leur actif moins de huit années d'assurance recevront une

somme plus modeste encore. Le montant minimum de l'indemnité étant inférieur au minimum vital, le Comité considère qu'il est manifestement insuffisant.

Selon le rapport, la méthode utilisée pour déterminer le revenu moyen et, partant, le montant minimum de l'indemnité versée à ceux qui justifient de moins de six mois d'affiliation à l'assurance est également celle utilisée pour calculer les prestations de **maternité** et les prestations servies en cas d'**accident du travail** ou de **maladie professionnelle**. Pour ce qui concerne les prestations de maternité, le rapport indique toutefois que s'y ajoutent des prestations complémentaires ainsi que des prestations d'assistance sociale soumises à un critère de ressources. Le Comité demande que des informations complètes et à jour concernant le régime des prestations de maternité et les prestations complémentaires y afférentes soient fournies dans le prochain rapport au titre de l'article 8§1 de la Charte. S'agissant des prestations versées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le Comité relève qu'elles sont servies sur toute la durée de l'incapacité de travail temporaire et représentent 100 % du revenu moyen. Dans la mesure où le revenu moyen correspond au salaire minimum, lequel est inférieur au minimum vital, le Comité considère que le montant minimum des prestations est manifestement insuffisant.

Les indemnités de **chômage** sont versées aux personnes inscrites comme étant sans aucun emploi. Le Comité a précédemment noté que les personnes qui ont travaillé au moins 26 semaines au cours des douze mois précédents ont droit à des indemnités équivalant à 75 % de leur salaire moyen pendant les douze premiers mois de chômage, à 60 % pendant les quatre mois suivants et à 45 % pendant les cinq mois suivants. Ceux qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de ces indemnités de chômage liées aux revenus ont droit à une somme forfaitaire pour une durée qui, selon la base de données Missceo, ne peut excéder douze mois en tout, payable sur une période de dix-huit mois calendaires. Le rapport indique, en réponse à la question du Comité, que les indemnités de chômage peuvent être suspendues pour une durée pouvant aller jusqu'à trois mois, notamment si l'intéressé refuse deux offres d'emploi convenables. Les offres d'emploi réputées « convenables » incluent les contrats intérimaires qui correspondent aux qualifications du travailleur, à son précédent contrat, à son état de santé et à l'accessibilité du lieu de travail par les moyens de transport. Elles ne sont pas considérées comme telles si l'emploi proposé implique un changement de résidence de l'intéressé sans son accord, si les conditions de travail ne respectent pas les dispositions réglementaires relatives à la protection des travailleurs, ou encore si la rémunération offerte est inférieure au salaire moyen qu'a perçu l'intéressé dans l'emploi qu'il occupait auparavant au cours de ses trois derniers mois d'activité. Le Comité demande que le prochain rapport précise quelles sont les voies de recours qui ont été prévues pour contester une décision tendant à suspendre ou supprimer les indemnités de chômage. Entretemps, il réserve sa position sur ce point. Le Comité a précédemment estimé (Conclusions 2013) que le montant minimum des indemnités de chômage était manifestement insuffisant. Le rapport ne fournit aucune information sur les indemnités versées durant la période de référence. Le Comité note que, selon d'autres sources (Cleiss, AISS), le montant minimum des indemnités forfaitaires n'a pas changé et était toujours de 850 RUB (11 €) fin 2015, soit nettement moins que le minimum vital. Il maintient par conséquent son constat de non-conformité sur ce point.

Le rapport indique que le montant de la **pension de vieillesse** est fonction des cotisations d'assurance que l'employeur a versées à la Caisse des pensions pour le compte du travailleur après 2002 et de la valeur des droits à pension acquis à cette date. Il explique en particulier qu'à la suite des réformes entrées en vigueur durant la période de référence, le montant de la composante de la pension qui dépend des cotisations est, depuis janvier 2015, calculé sur la base d'un coefficient de pension individuel et de l'ancienneté. La pension servie par la Caisse d'assurance comprend également une part fixe, indexée annuellement, dont le montant est fixé par la loi et dépend du type de pension – et non de l'ancienneté ou de l'importance des ressources. Cette part fixe était, en 2015, de 4 383,59 RUB. L'article 12.1 de la loi fédérale n° 178-FZ dd 17 juillet 1999 relative à l'assistance

sociale de l'Etat dispose que le niveau des pensions ne peut être inférieur au minimum vital. A défaut, l'intéressé a droit à des compléments versés par l'Etat fédéral ou les régions, à concurrence du minimum vital. Selon la base de données Missceo, le montant minimum de la pension de vieillesse servie par l'Etat à ceux qui ne pouvaient prétendre à une pension de travailleur s'élevait, en avril 2015, à 9 538,18 RUB (119 €). Ce montant correspond au minimum vital, de sorte que le Comité considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité note que le régime auquel obéissent les pensions d'**invalidité** est identique au régime des pensions de vieillesse. Selon les informations provenant d'autres sources (AISS, Cleiss et Missceo), la pension d'invalidité représente la somme des points de pension de l'assuré multipliée par la valeur du point de pension au cours de l'année où celle-ci est réclamée, somme à laquelle s'ajoute une prestation forfaitaire de base. Celle-ci s'établit au minimum, pour une personne seule qui présente un degré d'invalidité de 100 % (catégories I et II) et n'a pas de charge de famille, à 4 559 RUB (57 €) par mois pour les titulaires d'une pension servie au titre du régime d'assurance invalidité (sécurité sociale) et à 4 769 RUB (60 €) pour les titulaires d'une pension servie au titre du régime d'assistance sociale de l'Etat. Selon la base de données Missceo, le montant minimum de la pension d'invalidité sociale était, en avril 2015, de 4 054 RUB (51 €). Le Comité note que tous les montants précités sont inférieurs au minimum vital. Il demande par conséquent que le prochain rapport précise si les pensions d'invalidité ouvrent également droit aux compléments versés par l'Etat fédéral et les régions, qui les amèneraient au niveau du minimum vital. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Fédération de Russie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que le régime d'assurance chômage existant couvre un pourcentage suffisant de la population active ;
- le montant minimum des prestations de maladie est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations servies en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle est insuffisant ;
- le montant minimum des indemnités de chômage est insuffisant.

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 Fédération de Russie.

Organisation des services sociaux

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport confirme qu'un projet de loi fixant les principes de base des services sociaux destinés à la population de la Fédération de Russie a été adopté et fournisse des précisions sur sa mise en œuvre.

Selon le rapport, la loi fédérale n° 442-FZ dd du 28 décembre 2013 relative aux principes de base de la protection sociale de la population de la Fédération de Russie (plus en avant cite' comme la loi fédérale n° 442), entrée en vigueur le 1er janvier 2015, a pour but d'étendre et de renforcer la qualité et l'efficacité des services sociaux sur l'ensemble du territoire.

La loi en question établit les principes et explicite certains concepts de base en matière de services sociaux, détermine leurs formes, types et mandats, et pose les principes du financement des institutions qui fournissent lesdits services. Le rapport indique que les services sociaux sont ouverts à toutes les catégories de population susceptibles d'en avoir besoin et précise les conditions requises pour en bénéficier, mais aussi pour être autorisé à offrir une aide à titre volontaire. À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'impact de la réforme des services sociaux entrée en vigueur le 1er janvier 2015.

Le rapport indique que l'organisation des services sociaux destinés aux personnes handicapées est également réglementée par la loi fédérale n° 181-FZ dd du 24 novembre 1995 sur la protection sociale des personnes handicapées en Fédération de Russie, qui définit la politique nationale en la matière, le but étant de permettre à ces personnes d'exercer leurs droits et libertés sur un pied d'égalité. Elle détermine les mesures de protection sociale qui leur sont destinées, y compris dans le domaine des services sociaux, qui restent garantis et financés par l'État fédéral.

Le rapport fait par ailleurs état d'autres lois fédérales spécifiquement consacrées aux services sociaux destinés aux familles avec enfants, aux orphelins et aux enfants privés de soutien parental, y compris les enfants placés, et aux anciens combattants.

Accès égal et effectif

Le rapport indique que la loi fédérale n° 442 garantit aux citoyens un accès libre et égal aux services sociaux sans distinction aucune fondée sur le sexe, la race, l'âge, la nationalité, la langue, l'origine, le lieu de résidence, la religion, les convictions ou l'appartenance (ou non) à des associations publiques. Il souligne par ailleurs que les services sociaux peuvent être gratuits ou payants (en partie ou en totalité). Chaque citoyen peut bénéficier de divers services moyennant une contribution financière. Les services sociaux qui sont mis à disposition gratuitement ou en contrepartie d'une participation aux dépenses de l'organisme prestataire varient pour chaque catégorie de personnes afin de répondre à leurs besoins spécifiques. Les services sociaux du secteur public sont gratuits pour les enfants mineurs et les personnes qui doivent faire face à une situation d'urgence, ainsi que pour les victimes de conflits armés (ethniques). D'autres catégories de citoyens peuvent demander à bénéficier de services sociaux gratuits si leurs revenus individuels ne dépassent pas un seuil fixé par la loi, qui ne doit pas être inférieur aux trois quarts du minimum vital.

D'après le rapport, la loi fédérale n° 442 prévoit la possibilité pour les organisations non gouvernementales de fournir des services sociaux et de bénéficier à ce titre d'une aide financière de l'État.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quels étaient les critères appliqués pour les personnes en situation de besoin concernant l'accès aux services sociaux.

Le rapport indique que l'article 15 de la loi fédérale n ° 442 prévoit 8 circonstances spécifiques qui nuisent ou peuvent entraver la condition de vie des citoyens : 1) perte totale ou partielle de la capacité ou de la possibilité de libre-service, de se déplacer de manière autonome pour fournir des nécessités de base De la vie en raison d'une maladie, d'une blessure, d'un âge ou d'un handicap ; 2) la présence d'une personne ou de personnes handicapées dans la famille, y compris l'enfant ou les enfants handicapés ayant besoin de soins à domicile permanents ; 3) présence d'un enfant ou d'un enfant (y compris sous tutelle) avec des difficultés d'adaptation sociale ; 4) l'impossibilité de fournir des soins (y compris temporaire) pour une personne handicapée, un enfant, un enfant et un manque de soins pour eux ; 5) la présence de conflits intra-conflit, y compris la dépendance à la drogue ou à l'alcool, les personnes ayant une dépendance au jeu, les personnes souffrant de troubles mentaux, la présence de violence domestique ; 6) manque de résidence définie, y compris une personne âgée de moins de 23 ans et complétée dans les établissements pour les orphelins et les enfants laissés sans soins parentaux ; 7) manque de travail et de moyens de subsistance ; 8) la présence d'autres circonstances reconnues comme dégradantes ou capables de détériorer les conditions de vie des citoyens par les actes juridiques réglementaires des sujets de la Fédération de Russie. La loi prévoit également les conditions dans lesquelles une personne a le droit de recevoir une aide gratuite ou payante.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des précisions sur le minimum de subsistance, de façon à pouvoir se prononcer sur le caractère effectif de l'accès aux services sociaux.

En réponse, le rapport reproduit un tableau indiquant le montant individuel, pour chaque catégorie de personnes, et précise que le montant ne doit pas être inférieur à celui fixé au niveau fédéral.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si les « résidents permanents » désignent les ressortissants d'autres États parties à la Charte qui résident légalement ou travaillent régulièrement en Russie, et, dans la négative, quelles restrictions leur sont applicables.

Le rapport indique que la loi fédérale n° 442 couvre les citoyens russes, les ressortissants étrangers, les apatrides résidant à titre permanent sur le territoire russe et les réfugiés. On entend par étranger résidant à titre permanent en Fédération de Russie toute personne ayant obtenu un titre de séjour (article 4 de la loi fédérale n° 115-FZ dd du 25 juillet 2002 sur le statut juridique des ressortissants étrangers dans la Fédération de Russie). Parallèlement, la loi ne subordonne l'octroi des services sociaux à aucune condition qui serait fondée sur le sexe, la race, l'âge, la nationalité, la langue, l'origine, le lieu de résidence, la religion, les convictions ou l'appartenance (ou non) à des associations publiques. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations sur les conditions dans lesquelles un permis de séjour permanent est délivré (en particulier en ce qui concerne l'exigence de longueur) et si les personnes temporairement résidentes et / ou travaillant régulièrement dans l'État peuvent également utiliser des services sociaux et qu'il y ait des restrictions.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé ce qui était prévu pour déposer une plainte ou saisir une instance indépendante en cas de discrimination ou de non-respect de la dignité humaine.

Le rapport indique qu'en cas de discrimination, la victime est en droit de porter plainte et de déposer un recours devant le tribunal (section 3 de l'article 15 de la loi n° 442. Le rapport dresse la liste des instances auprès desquelles ce droit peut être exercé.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a rappelé que les ressources des services sociaux doivent être à la hauteur de leurs responsabilités et suivre l'évolution des besoins des usagers. Cela suppose que :

- le personnel soit qualifié et suffisamment nombreux ;
- les décisions soient prises au plus près des usagers ;
- des mécanismes soient mis en place pour vérifier le caractère adéquat des services, tant publics que privés.

Le Comité a demandé des informations détaillées sur chacun de ces éléments.

Le rapport indique que la nouvelle loi fédérale garantit à tous les citoyens l'accès aux services sociaux, entre autres principes fondamentaux. Son article 4 prévoit que l'accès aux services sociaux doit être libre et égal, que les prestataires de services sociaux doivent être proches du lieu de résidence de leurs bénéficiaires, que les prestataires doivent être en nombre suffisant pour les citoyens qui en ont besoin, et que des ressources suffisantes en termes de financement, de matériel, de moyens techniques, de personnel et d'information soient mis à disposition. Les services sociaux à domicile sont directement fonction du nombre de travailleurs sociaux. Concernant la disponibilité des services sociaux dans les zones rurales et éloignées, le nombre d'équipes mobiles affectées à ces services augmente chaque année, ce qui est positif. D'après les données statistiques, les zones rurales ont été couvertes par environ 10 000 équipes mobiles en 2013 et 14 000 équipes mobiles en 2014, contre 1074 en 2011. À cet égard, le Comité prend note de l'augmentation substantielle au cours de la période de référence et demande au prochain rapport de confirmer cette tendance positive. L'aide à domicile est la forme de service social la plus courante. Chaque année, ils sont 1,2 million d'individus à bénéficier de ce type de service. À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport présente des chiffres plus précis et plus récents sur le nombre de travailleurs sociaux et leur répartition géographique dans les différents domaines des services sociaux.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé une description détaillée des mesures prises pour mettre en œuvre les projets pour la promotion ou la fourniture de services sociaux.

En réponse à la question, le rapport donne des informations sur le budget total consacré à la fourniture de services sociaux en 2014 et 2015. Ces chiffres montrent que les aides financières ont régressé en 2015, et ce pour plusieurs raisons : baisse des recettes fiscales et non fiscales ; modification apportées au mécanisme de financement par les programmes nationaux ; coupes opérées dans les marchés passés pour l'acquisition de biens, travaux et services ; réduction des effectifs dans les organismes de services sociaux. Le rapport indique également que depuis début 2015 et l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, 269 000 personnes ont bénéficié de services sociaux services permanents, plus de 2,2 millions de personnes de services sociaux semi-fixes et 1,2 million de personnes de services à domicile. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'impact des changements budgétaires sur la qualité des services sociaux.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé s'il existait des dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel.

Le rapport indique que la protection des données personnelles des bénéficiaires (alinéa 5 du paragraphe 1 de l'article 12 de la loi fédérale n° 442 oblige les prestataires des services sociaux à traiter ces données conformément aux exigences en matière de protection des données personnelles énoncées dans la loi fédérale n° 152-FZ dd du 27 juillet 2006 sur les données à caractère personnel. La loi fédérale régule le traitement informatique des données personnelles par les autorités fédérales, les autorités étatiques russes et d'autres instances étatiques, les collectivités locales et d'autres organes municipaux, les personnes morales et les personnes physiques, afin de protéger les droits de l'homme et les libertés

des citoyens en matière de traitement de leurs données personnelles, y compris la protection de leur droit au respect de leur vie privée personnelle et familiale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Fédération de Russie 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 Fédération de Russie.

Dans sa précédente conclusion (2013), le Comité a demandé des informations sur les mécanismes de contrôle mis en place afin de veiller à la qualité des services fournis par des individus et des organisations bénévoles et garantir les droits des usagers.

Le rapport indique que le cadre juridique régissant l'évaluation indépendante de la qualité des services fournis par les prestataires de services sociaux a pris forme en 2014-2015. Ce cadre définit la procédure à suivre pour mener une évaluation indépendante, les obligations du pouvoir exécutif, les fonctions des commissions des usagers, les critères généraux à prendre en compte pour l'évaluation de la qualité et les indicateurs de performance. Le rapport ajoute que la loi fédérale n° 442-FZ dd du 28 décembre 2013 relative aux principes de base de la protection sociale de la population de la Fédération de Russie (ci-après la « loi fédérale n° 442 ») fixe les règles régissant le contrôle des services sociaux, l'objectif étant d'empêcher que des infractions soient commises par les prestataires de services sociaux et de remédier aux manquements constatés dans le respect des droits des bénéficiaires. La loi fédérale n° 294-FZ dd du 26 décembre 2008 relative à la protection des droits des personnes morales et des entrepreneurs individuels lors des contrôles exercés par l'État et par les municipalités régit les relations découlant de la réalisation desdits contrôles effectués par l'État, leur organisation et les inspections menées auprès des prestataires. Des contrôles des services sociaux sont également opérés au niveau régional par un organisme agréé conformément aux procédures établies par les pouvoirs publics russes. La loi relative à la protection des consommateurs prévoit aussi que des citoyens, des institutions publiques et d'autres organismes puissent contrôler les services sociaux, avec l'assistance des pouvoirs publics. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant l'impact de cette réforme sur la qualité des services sociaux dans le secteur privé.

Dans ses précédentes conclusions (2013), le Comité a demandé des informations et des données statistiques concernant les formes de soutien fournies par l'Etat et les collectivités territoriales aux associations bénévoles qui proposent des services sociaux.

Le rapport souligne que la loi fédérale n° 442 a pour la première fois doté les services sociaux d'un cadre juridique régissant l'octroi de fonds publics aux organisations à but non lucratif qui fournissent des services sociaux. Les mécanismes juridiques mis en place par cette loi renforcent les possibilités de faire participer le secteur non étatique à la fourniture de services sociaux et créent les conditions permettant aux ONG d'intervenir sur ce marché. Ainsi, des personnes morales, quelle que soit leur forme d'organisation juridique, et des entrepreneurs individuels peuvent désormais devenir des prestataires de services sociaux et figurer au registre des prestataires de services sociaux de la Fédération de Russie (l'inscription est volontaire). Un mécanisme d'aides financières destinées aux organisations non gouvernementales et aux entrepreneurs individuels qui fournissent des services sociaux a également été créé. De plus, la loi fédérale précitée permet à ces derniers de bénéficier d'un régime fiscal favorable, à l'instar des établissements médicaux et éducatifs. Elle prévoit la possibilité d'exonérer totalement les revenus des organismes qui dispensent des services sociaux à la population.

Le Comité rappelle qu'il examine toutes les formes de soutien et de prise en charge visées à l'article 14§1, ainsi que l'assistance financière ou les avantages fiscaux allant dans le même sens. Les États parties doivent faire en sorte que les services privés soient accessibles à tous sur un pied d'égalité et soient effectifs, conformément aux critères énoncés à l'article 14§1. Ils doivent plus précisément s'assurer que les services publics et privés soient correctement coordonnés et que leur efficacité ne pâtisse pas du nombre de prestataires concernés. Afin de veiller à la qualité des services et de garantir les droits des usagers ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés fondamentales, un mécanisme de

contrôle effectif en termes de prévention et de réparation est nécessaire. L'article 14§2 fait également obligation aux États parties d'encourager les individus et les organisations à participer au maintien des services, par exemple en engageant des initiatives visant à renforcer le dialogue avec la société civile dans les secteurs de la politique sociale touchant aux services sociaux. Au nombre de ces initiatives figurent notamment celles visant à encourager la représentation de groupes spécifiques d'usagers dans des instances où les pouvoirs publics sont également représentés, ainsi que celles qui cherchent à favoriser la consultation des usagers sur des questions relatives à l'organisation de divers services sociaux et à l'aide qu'ils offrent (Conclusions 2005, Bulgarie).

Le Comité note que les informations communiquées ne contiennent pas de données statistiques ou ne concernent pas la période de référence. Par conséquent, il demande que le prochain rapport fournisse des données statistiques actualisées concernant les organismes bénévoles œuvrant dans le domaine des services sociaux.

Conclusion

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

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

SERBIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Serbie, qui a ratifié la Charte le 14 septembre 2009. L'échéance pour remettre le 6ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Serbie l'a présenté le 13 mars 2017.

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 Serbie 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 Serbie concernent 19 situations et sont les suivantes :

– 6 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§3, 3§4, 12§2, 13§2 et 13§4,

– 6 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 12§1, 12§4, 13§1, 23 et 30.

En ce qui concerne les 7 autres situations, relatives aux articles 11§1, 11§2, 11§3, 12§3, 13§3, 14§1 and 14§2, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Serbie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 30

Un nouveau mécanisme a été lancé au niveau national pour les municipalités et les villes qui n'ont pas les moyens de lancer des services sociaux: le «transfert réservé» qui, en vertu de la loi régissant le financement des administrations locales, peut financer plusieurs services du budget de l'Etat.

* * *

*

Le rapport suivant traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

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 Serbie.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a considéré que l'existence d'une politique dont l'objectif consistait à encourager et à préserver une culture de prévention en matière de sécurité et de santé au travail était établie ; il a demandé des informations sur la manière dont cette politique était régulièrement revue à la lumière de l'évolution des risques.

Le rapport indique en réponse que la politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail mise en place en 2006 fait l'objet d'évaluations et ajustements réguliers. La Stratégie relative à la santé et à la sécurité au travail pour la période 2013 – 2017 (Journal officiel n° 100/13) a été adoptée le 14 novembre 2013 et le Plan d'action pour la mise en œuvre de ladite Stratégie sur cette même période (Journal officiel n° 81/14) a été adopté le 1er aout 2014. La Stratégie prend appui sur les principes du Programme national 2013 – 2015 pour un travail décent, ainsi que sur les Déclarations de Séoul (2008) et d'Istanbul (2011). Elle repose sur un dialogue social à tous les niveaux entre les salariés, les employeurs et les pouvoirs publics. Selon le rapport, la nouvelle Stratégie vise à réduire de 5 % de nombre d'accidents au travail d'ici 2017 ; elle s'est notamment fixée pour objectifs d'harmoniser la législation nationale avec la réglementation européenne, de promouvoir la santé et la sécurité au travail dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire, d'améliorer la formation des professionnels en charge des questions de santé et de sécurité, et de mettre en place un registre unique des accidents professionnels. Le Comité demande aux autorités quelles sont les avancées réalisées dans le déploiement de la Stratégie précitée et quels sont les résultats qu'elle a permis d'obtenir.

Le rapport indique par ailleurs que le Plan d'action 2013 – 2017 pour la mise en œuvre de la Stratégie relative à la santé et à la sécurité au travail précise quels sont les organes administratifs compétentes, les partenaires sociaux et autres parties prenantes au système de santé et de sécurité au travail. Le Plan d'action indique en particulier les tâches confiées à l'Administration en charge des questions de santé et de sécurité au travail, aux services de l'Inspection du travail, au Conseil économique et social, ainsi qu'aux organisations syndicales et associations patronales représentatives. Le Comité prend note des activités engagées durant la période de référence au regard des différents objectifs de la Stratégie définis dans le Plan d'action.

Le rapport fait en outre état de l'adoption par l'Assemblée nationale, le 3 novembre 2013, d'une loi portant modification de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail (Journal officiel n° 91/15), qui prévoit notamment de compléter le principe de prévention par « l'élaboration d'une politique de prévention globale et cohérente ».

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a considéré que les inspecteurs du travail participaient, dans le cadre d'activités de prévention, au développement d'une culture de santé et de sécurité au travail parmi les employeurs et les travailleurs, et partageaient leur expérience des risques et de la prévention des risques acquise au cours des activités de contrôle.

Selon le rapport, le contrôle de l'application de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail et autres règlements en la matière est confié au ministère du Travail, qui s'en remet, à cette fin, aux services de l'Inspection du travail (article 61).

En réponse à la question posée par le Comité concernant les mesures nationales de prévention que l'article 7 de la loi n° 101/2005 du 14 novembre 2005 demande au Ministère du Travail et de la Politique sociale d'édicter, le rapport dresse la liste des règlements adoptés ou modifiés au cours de la période de référence ; y figurent ainsi les mesures préventives de santé et de sécurité concernant le travail sur écran (Journal officiel n° 93/13), l'exposition au bruit (J.O. n° 78/15), l'utilisation d'équipements de travail (J.O. n° 111/15) et l'exposition à l'amiante (J.O. n° 108/15), ainsi que huit textes juridiques subordonnés adoptés aux fins de la mise en œuvre de la loi au titre de dispositions autres que l'article 7.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la manière dont les obligations de conduire des évaluations de risques sur le lieu de travail, de fournir des informations et de former les travailleurs en vertu des certains articles de la loi du 14 novembre 2005 étaient mises en œuvre dans la pratique. Le rapport indique en réponse que l'article 13(1) de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail fait obligation à l'employeur d'établir par écrit, pour chaque lieu de travail, une « déclaration d'évaluation des risques » et de préciser les voies et moyens qui doivent être utilisés pour éliminer ces risques. L'évaluation des risques vise à vérifier l'organisation des tâches, les processus de travail, les équipements de travail, les matières et matériaux utilisés dans les processus technologiques et professionnels, les équipements de protection individuelle disponibles sur le lieu de travail, ainsi que d'autres éléments de nature à occasionner des accidents de travail ou des problèmes de santé pour les salariés. La procédure d'évaluation des risques intervient au niveau de l'employeur, et porte sur chaque poste de travail. Des directives en matière d'évaluation des risques peuvent par ailleurs être consultées sur le site Internet de l'Administration en charge des questions de santé et de sécurité au travail ; elles sont destinées à aider les employeurs à mener bien la procédure d'évaluation sur le lieu de travail, en coopération avec les salariés.

Le Comité demande ce qu'il en est de l'organisation de la prévention des risques professionnels pour les travailleurs employés dans les services publics ainsi que dans les secteurs agricole et sylvicole. Il demande également comment les employeurs, en particulier les petites et moyennes entreprises, s'acquittent de leurs obligations en matière d'évaluation initiale des risques spécifiques aux postes de travail et d'adoption de mesures préventives ciblées dans la pratique. Il demande aux autorités d'indiquer comment elles veillent à ce que les lois et règlements relatifs à la santé et à la sécurité au travail soient adoptés et appliqués sur la base d'une évaluation des risques professionnels.

S'agissant de la formation, le rapport indique qu'aux termes de l'article 27 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, l'employeur est tenu de faire suivre aux salariés, en début d'emploi, une formation visant à leur permettre de s'acquitter de leurs tâches en toute sécurité et sans risque pour leur santé ; l'éventualité d'une réaffectation justifiée par l'introduction de nouvelles technologies, l'utilisation de nouveaux instruments ou équipements de travail, ou encore par une évolution des processus de travail susceptible d'exiger la modification des mesures de santé et de sécurité doit leur être expliquée. Il incombe également à l'employeur de faire état, au cours de cette formation, de tous les types de risques professionnels et des mesures concrètes qui doivent être prises en matière de santé et de sécurité conformément à la loi relative à l'évaluation des risques. La

formation doit respecter un programme que l'employeur peut modifier et mettre à jour. Si l'employeur prévoit plusieurs affectations simultanées pour un même salarié, il lui faudra assurer sa formation en matière de santé et de sécurité pour chaque lieu de travail.

Le rapport expose les diverses activités de prévention menées par l'Inspection du travail en coopération avec les services et organismes nationaux et internationaux qui s'occupent des questions de santé et de sécurité au travail, et en collaboration avec les partenaires sociaux. Différents outils de prévention (guide pour l'évaluation des risques, formations, manuels à l'intention des partenaires sociaux, etc.) ont par ailleurs été élaborés lors de séminaires que l'Inspection du travail a consacrés aux questions de santé et de sécurité au travail.

Le Comité constate l'existence de mesures de prévention des risques et de sensibilisation des employeurs et des travailleurs au niveau des entreprises. Il constate également que les services de l'Inspection du travail participent au développement d'une culture de la santé et de la sécurité en milieu professionnel parmi les employeurs et les travailleurs.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des exemples concrets relatifs à la participation des pouvoirs publics à la recherche en matière de santé et la sécurité au travail, aux institutions impliquées dans cette recherche, et aux activités. Le rapport dresse, dans sa réponse sur ce point, la liste des ateliers, séminaires et conférences tenus durant la période de référence.

Il a également demandé des informations plus précises relatives à la participation des autorités à la formation de professionnels qualifiés et à la conception de modules de formation, ainsi que des informations sur les programmes existants de formation et de certification. Le rapport indique qu'aux termes des modifications apportées à la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, il appartient au Ministre du Travail de fixer le programme de développement des connaissances des salariés et autres questions connexes, programme qui doit être adopté dans les deux ans qui suivent la date d'entrée en vigueur de la loi (le 13 novembre 2017 au plus tard).

Le Comité demande des précisions concernant l'implication des pouvoirs publics dans la recherche relative à la sécurité et la santé au travail, la formation de professionnels qualifiés, la conception des programmes de formation et la certification des procédures.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations relatives à la consultation régulière des organisations d'employeurs et de travailleurs en matière de santé et de sécurité au travail au niveau national, au plan sectoriel et à l'échelon des entreprises. Le rapport indique, dans sa réponse sur ce point, que le dialogue social entre l'Etat et les organisations salariales et patronales concernant la santé et la sécurité au travail passe, au niveau national et au plan sectoriel, par le Conseil économique et social et par le Conseil chargé des questions de santé et de sécurité au travail.

Le Conseil économique et social est devenu opérationnel en avril 2005 (la loi sur le Conseil économique et social, Journal officiel n° 125/04). Il est composé de dix-huit membres, dont six représentent le Gouvernement, six les syndicats et six les organisations patronales ; la durée de son mandat est de quatre ans. Il comprend quatre organes de travail, dont une instance permanente qui s'occupe des questions de santé et de sécurité au travail. Il examine les projets de loi et propositions de règlement qui influent sur la situation sociale et économique des travailleurs et des employeurs, ainsi que sur la santé et la sécurité au travail, et donne son avis sur ces textes.

Le Conseil chargé des questions de santé et de sécurité au travail est un organe tripartite qui, outre les représentants du ministère du Travail, de l'Emploi, des anciens Combattants et des Affaires sociales ainsi que des partenaires sociaux, comprend des représentants

d’autres ministères, d’établissements d’enseignement supérieur et d’organisations non gouvernementales (Journal officiel n°s 40/05 et 71/07). Il soumet des initiatives en vue de l’adoption de règlements relatifs à la santé et à la sécurité au travail, s’occupe de la conception du programme national de développement de santé et de la sécurité au travail, et met en place la politique de prévention en la matière.

Le Comité demande d’indiquer, exemples concrets à l’appui, dans quelle mesure ces instances favorisent efficacement le dialogue social en matière de santé et de sécurité.

Le rapport ajoute que l’Administration en charge des questions de santé et de sécurité au travail participe, à titre consultatif, à l’établissement de conventions collectives spéciales pour ce concerne le volet consacré à ces questions.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations relatives aux activités des délégués à la santé et à la sécurité élus en application des articles 44 et suivants de la loi du 14 novembre 2005 dans la pratique. Le rapport ne contenant pas de réponse à la question qu’il a précédemment posée sur ce point, le Comité demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Serbie 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 Serbie.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a relevé que des efforts avaient été entrepris afin d'intégrer les normes d'exposition aux risques professionnels dans les lois et règlements spécifiques, et a demandé si la Serbie s'était engagée à intégrer dans le droit national une plus grande partie de l'acquis communautaire. Dans sa réponse sur ce point, le rapport énumère les règlements qui intègrent l'acquis communautaire en matière de santé et de sécurité au travail : règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs lors de l'exploitation de minerais par forage (Journal officiel n° 61/10) transposant la directive 92/91/CEE du Conseil du 3 novembre 1992 ; règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs des industries extractives à ciel ouvert ou souterraines (J.O. n° 65/10) transposant la directive 92/104/CEE du Conseil du 3 décembre 1992) ; règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité au travail à bord des navires de pêche (J.O. n° 70/10) transposant la directive 93/103/CEE du Conseil du 23 novembre 1993 ; règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs exposés à des agents biologiques (J.O. n° 96/10) transposant la directive 2000/54/CE du 18 septembre 2000 ; règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs exposés à des rayonnements optiques artificiels (J.O. n° 120/12 et 29/13 corrigendum) transposant la directive 2006/25/CE du 5 avril 2006 ; règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs susceptibles d'être exposés au risque d'atmosphères explosives (J.O. n° 101/12 et 12/13 corrigendum) transposant la directive 1999/92/CE du 16 décembre 1999 ; règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs exposés à des champs électromagnétiques (J.O. n° 111/15) transposant la directive 2013/35/UE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques).

Le rapport fait également état de l'adoption d'un certain nombre d'autres textes réglementaires : mesures destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs exposés à l'amiante (J.O. n° 108/15), conditions et coût de délivrance des autorisations d'exercer des activités touchant à la santé et à la sécurité au travail (J.O. n°s 112/13, 57/14 et 102/15), programme, modalités et coût des examens professionnels exigés pour l'exercice d'emplois liés à la santé et à la sécurité au travail et d'emplois de délégués chargés de ces questions (J.O. n°s 11/13, 57/14, 126/14 et 111/15), modalités et procédure d'évaluation des risques sur le lieu et dans l'environnement de travail (J.O. n°s 72/06, 84/06 – corrigendum, 30/10 et 102/15), teneur et modalités d'établissement des formulaires de notification d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de maladie liée au travail (J.O. n°s 72/06, 84/06-corrigendum et 04/16), procédure d'examen et de vérification des équipements de travail et d'examen des conditions propres à l'environnement de travail (J.O. n°s 94/06 and 108/06-corrigendum, 114/14 et 102/15), dossiers relatifs à la santé et à la sécurité au travail (J.O. n°s 62/07 et 102/15), et teneur des renseignements à communiquer concernant les dispositions prises sur les chantiers de construction (J.O. n°s 121/12 et 102/15).

Selon le rapport, la loi portant modification de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail (J.O. n° 91/15) adoptée par l'Assemblée nationale le 3 novembre 2013 s'applique à tous les salariés qui sont présents sur le lieu de travail ou lorsqu'ils prennent part aux processus de travail, ainsi qu'à tous ceux qui évoluent à ce moment dans l'environnement de travail. Le rapport souligne toutefois que ce texte de loi n'est pas applicable à ceux qui font leur service militaire dans l'Armée serbe, à ceux qui accomplissement des missions de police ou des missions de protection et de secours ne relevant pas des autorités

compétentes de l'Etat, ainsi qu'aux membres d'autres entités qui exercent des missions de protection et de secours en vertu d'une loi spéciale ou d'un règlement régissant les questions de santé et de sécurité. Une exception similaire vaut pour le personnel des services d'aide à domicile. Le Comité demande si cela signifie que ces catégories de travailleurs sont laissées sans aucun niveau de protection ou si d'autres règles de protection s'appliquent.

Le Comité relève en outre dans le rapport que la loi détermine quelles sont les personnes en droit de bénéficier de mesures de protection de la santé et de la sécurité au travail, et précise les catégories de travailleurs auxquels sont conférés des obligations et droits particuliers ; il constate ainsi qu'aux termes de ladite loi, doivent se voir appliquer de telles mesures les jeunes travailleurs, les femmes exerçant des activités dans des lieux de travail à haut risque, les personnes handicapées et les travailleurs atteints d'une maladie professionnelle.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé, vu le faible niveau de ratification des Conventions techniques de l'OIT, des informations sur les intentions du Gouvernement à cet égard. Le rapport ne contenant pas de réponse à la question qu'il a précédemment posée sur ce point (Conclusions 2013), le Comité demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

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 considère que, dans l'hypothèse où les renseignements demandés ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Serbie 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 prévus par la législation et la réglementation pour certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si la Serbie s'était engagée à intégrer une plus grande partie de l'acquis communautaire dans le droit national en la matière. En réponse, le rapport mentionne divers règlements qui ont été adoptés au cours de la période de référence en vue d'aligner la législation interne sur les normes de l'UE. Il cite ainsi le règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs utilisant un équipement de protection individuelle sur le lieu de travail (J.O. n° 92/08) transposant la directive 89/656/CEE du Conseil du 30 novembre 1989, ainsi que le règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs utilisant des équipements de travail (J.O. n°s 23/09, 123/12 et 102/15) transposant la directive 2009/104/CE du 16 septembre 2009.

En réponse à la question du Comité concernant les obligations imposées par le règlement relatif à la procédure de conduite d'évaluations des risques sur le lieu de travail (J.O. n° 72/2006) et les délais éventuellement prévus pour remédier aux risques identifiés, le rapport indique que l'évaluation des risques repose sur un système permettant de consigner et d'évaluer tous les facteurs intervenant dans le processus de travail – tous les types de dangers et préjudices présents sur le lieu et dans l'environnement de travail qui pourraient entraîner pour le salarié un accident du travail, un problème de santé, ou une maladie professionnelle. L'évaluation du risque couvre les données générales de l'employeur – description des aspects technologiques du processus de travail, des équipements de travail et de leur concentration, ainsi que des équipements de protection individuelle disponibles

sur le lieu de travail ; analyse de l'organisation du travail ; reconnaissance et identification des risques et dangers sur le lieu et dans l'environnement de travail ; évaluation des risques au regard des dangers et préjudices potentiels ; détermination de la méthode à suivre pour éliminer, atténuer ou prévenir les risques, etc. Le Comité demande également quels types de mesures préventives sont élaborés sur la base de cette évaluation, et si un calendrier est fixé pour remédier aux risques identifiés.

Le Comité demande si le règlement précité régit également la manutention de charges, l'hygiène (commerce et bureaux), le poids maximum, et la signalisation de sécurité et/ou de santé au travail.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les dispositions spécifiques à la protection contre les risques d'exposition au benzène.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la valeur limite d'exposition à l'amiante pendant le travail.

Outre les règlements mentionnés dans la conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité relève dans le rapport que le règlement relatif aux mesures de prévention destinées à assurer la santé et la sécurité des travailleurs exposés à l'amiante (J.O. n°s 106/09, 6/10-cor. et 15/10-cor.) a été remplacé par un autre règlement du même nom (J.O. n° 108/15) transposant la directive 2009/148/CE du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. L'article 8 dudit règlement fixe la valeur limite d'exposition à l'amiante à 0,1 fibre par cm3 mesurée par rapport à une moyenne pondérée dans le temps sur 8 heures.

Le Comité demande si les autorités ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Compte tenu de l'importance que revêt cette question à la lumière du droit à la protection de la santé (article 11), le Comité demande que le prochain rapport rende plus particulièrement compte de ce qui a été fait en ce sens. Il demande également que le prochain rapport fasse état des dispositions mises en place pour veiller à ce qu'en tout lieu où des travailleurs sont exposés à l'amiante, l'employeur prenne toutes les mesures appropriées pour prévenir ou maîtriser l'émission de poussières d'amiante en suspension dans l'air et respecte les valeurs limites d'exposition prescrites. Le Comité demande également que le prochain rapport confirme que l'amiante est interdite sous toutes ses formes.

Protection des travailleurs contre les rayonnements ionisants

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si la loi de 2009 relative à la protection contre les rayonnements ionisants et la sûreté nucléaire (Journal officiel n° 36/2009) intégrait soit la recommandation (1990) de la Commission internationale de protection radiologique (Publication ICRP n° 60) soit la directive 96/29/EURATOM du Conseil du 16 mai 1996 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants. Il a également demandé si la Serbie s'était engagée à intégrer dans le droit national la directive 97/43/EURATOM du Conseil du 30 juin 1997 relative à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales, la directive 2003/122/EURATOM du Conseil du 22 décembre 2003 relative au contrôle des sources radioactives scellées de haute activité et des sources orphelines, et la directive 2006/117/EURATOM du 20 novembre 2006 relative à la surveillance et au contrôle des transferts de déchets radioactifs et de combustible nucléaire usé.

Le rapport ne contenant pas d'informations à ce sujet, le Comité n'est pas en mesure d'examiner si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation énoncée à l'article 3§2 de la Charte, qui prévoit que le niveau de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation pour les rayonnements ionisants doit être aligné sur le niveau retenu par les normes internationales de référence. Par conséquent, le Comité conclut qu'il n'est pas établi que le niveau de protection contre les rayonnements ionisants soit suffisant. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, y compris tout amendement adopté pendant la période de référence, se rapportant spécifiquement à ces questions. Le Comité réitère par conséquent ses questions.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la manière dont les travailleurs employés sous contrat à durée déterminée et les travailleurs temporaires étaient protégés de manière efficace et sans discrimination, y compris contre les risques liés aux périodes successives d'exposition aux substances dangereuses lorsqu'ils travaillaient pour plusieurs employeurs, et sur la façon dont l'interdiction de faire appel à des travailleurs non permanents et temporaires pour des tâches particulièrement dangereuses était mise en œuvre par la législation et la réglementation. Il a demandé des précisions concernant l'accès des catégories de travailleurs susmentionnées à l'information et à la formation en matière de santé et sécurité au travail, leur surveillance médicale et leur représentation dans l'entreprise.

Le rapport indique que la loi relative à la santé et à la sécurité au travail s'applique à tous les salariés qui sont présents sur le lieu de travail ou lorsqu'ils prennent part aux processus de travail, ainsi qu'à tous ceux qui évoluent à ce moment dans l'environnement de travail, qu'ils soient employés pour une durée déterminée ou indéterminée, c.-à-d. à temps partiel ou à temps plein, sauf pour ce qui concerne les personnes qui dispensent des services d'aide à domicile. Le Comité relève dans le rapport que le sens donné au terme « salarié » utilisé dans la loi précitée est plus large que celui prêté au même terme dans le code du travail, de façon à garantir la santé et la sécurité de toutes les personnes recrutées par l'employeur, à quelque titre que ce soit.

En ce qui concerne l'exécution de tâches présentant un risque accru (en raison notamment de l'exposition à des agents dangereux), l'employeur est tenu, sur la base de l'évaluation établie par les services de médecine du travail et en vertu de la loi relative à l'évaluation des risques, de déterminer les conditions particulières que doivent remplir les salariés sur les lieux de travail impliquant un risque accru, de prévoir un examen médical préalable à l'embauche pour les salariés appelés à occuper des postes de ce type, et d'organiser des visites médicales périodiques sur le lieu de travail. Si ces visites médicales périodiques font ressortir que le salarié ne remplit pas les conditions particulières exigées pour occuper un poste sur un lieu de travail présentant un risque accru, l'employeur doit le réaffecter sur un autre site qui lui convienne compte tenu de ses capacités physiques. Tout salarié employé sur lieu de travail présentant un risque accru a le droit et l'obligation de passer les examens médicaux auxquels son employeur lui demande de se soumettre. Il sera tenu d'accomplir les tâches qui lui sont assignées sur le lieu de travail présentant un risque accru, dès lors que le rapport des services de médecine du travail établit qu'il est apte à travailler sur le site en question.

Selon le rapport, l'employeur est tenu de faire suivre aux salariés, en début d'emploi, une formation visant à leur permettre de s'acquitter de leurs tâches en toute sécurité et sans

risque pour leur santé ; l'éventualité d'une réaffectation justifiée par l'introduction de nouvelles technologies, par l'utilisation de nouveaux instruments ou équipements de travail, ou encore par une évolution des processus de travail susceptible d'exiger la modification des mesures de santé et de sécurité doit leur être expliquée.

Afin d'éviter les risques d'accidents auxquels s'expose toute personne présente, à quelque titre que ce soit, dans un environnement de travail, dans une entreprise ou sur un chantier, l'employeur est tenu de l'avertir des dangers ou des problèmes de santé que peut occasionner un processus technologique, d'apposer de manière visible des panneaux de signalisation indiquant clairement aux salariés les risques que posent ces processus et où aller en cas de problème, et de préciser quelles mesures ont été mises en place pour prévenir les risques et les éliminer.

Le rapport précise qu'hormis les prescriptions exigées en matière de santé pour travailler dans des lieux présentant un risque accru, le recrutement de salariés pour une durée déterminée n'est soumis à aucune autre restriction. Une loi encadrant le travail des salariés fournis par des agences d'intérim est en préparation.

Le Comité observe que l'employeur est uniquement tenu de faire appel aux services de médecine du travail pour les examens préalables à l'embauche et les visites médicales périodiques du personnel affecté à des tâches à haut risque. Le Comité demande que le prochain rapport indique ce que désignent les « lieux de travail présentant un risque accru ». Il demande également des informations sur le droit des travailleurs temporaires, des travailleurs intérimaires et des travailleurs sous contrat à durée déterminée d'être représentés au travail. Il demande en outre des exemples concrets des modalités d'accès de ces travailleurs à la surveillance médicale et à la représentation sur le lieu de travail. Le Comité considère que, dans l'hypothèse où les renseignements demandés ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Serbie soit conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Autres catégories de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la manière dont les travailleurs indépendants, les travailleurs à domicile et les employés de maison étaient protégés de manière efficace et sans discrimination, y compris contre les risques liés aux périodes successives d'exposition aux substances dangereuses lorsqu'ils travaillent pour plusieurs employeurs. Il a également demandé des précisions concernant l'accès des catégories de travailleurs susmentionnées à l'information et à la formation en matière de santé et de sécurité au travail, leur surveillance médicale et leur représentation dans l'entreprise.

Selon le rapport, la loi relative à la santé et à la sécurité au travail s'applique à tous les salariés qui sont présents sur le lieu de travail ou lorsqu'ils prennent part aux processus de travail, ainsi qu'à tous ceux qui évoluent à ce moment dans l'environnement de travail, sauf pour ce qui concerne les personnes qui dispensent des services d'aide à domicile. Le rapport précise qu'au regard de la législation du travail, il n'est pas possible d'exercer une activité présentant un risque accru depuis son domicile.

Le rapport ajoute que le règlement relatif à la santé et à la sécurité sur les chantiers de construction temporaires ou mobiles (J.O. n°s 14/09 et 95/10) confère aux travailleurs indépendants des droits, obligations et responsabilités en ce qu'ils sont définis comme des entrepreneurs qui s'acquittent par eux-mêmes des tâches qui leur confiées sans recourir aux services d'autrui et/ou qui ne présentent pas les caractéristiques d'un employeur sous l'angle de la réglementation régissant la santé et la sécurité au travail ou de toute autre personne morale ne présentant pas les caractéristiques d'un salarié. Il précise que les dispositions susmentionnées relatives aux travailleurs temporaires couvrent aussi les travailleurs indépendants qui exercent des activités relevant du génie civil.

Le Comité observe que les travailleurs à domicile ne sont pas couverts par les prescriptions en matière de sécurité et de santé au travail. Il note également que celles-ci s'appliquent uniquement aux travailleurs indépendants qui exercent des activités relevant du génie civil. Le Comité rappelle que, comme indiqué dans les Conclusions 2009, tous les travailleurs et tous les lieux de travail, quel que soit le secteur d'activité, doivent être couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Il souligne également que cette réglementation doit s'appliquer sans exception à tous les lieux de travail, y compris aux habitations privées. Aux fins de l'article 3§2 de la Charte, tous les travailleurs, y compris les travailleurs indépendants, doivent être couverts par la réglementation de santé et de sécurité au travail, au motif que les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants sont le plus souvent exposés aux mêmes risques. Par conséquent, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif que les employés de maison ne sont protégés par les prescriptions en matière de sécurité et de santé au travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations relatives à la consultation régulière des organisations d'employeurs et de travailleurs en matière de santé et de sécurité au travail au niveau national, au plan sectoriel et à l'échelon des entreprises. Il a également demandé des informations relatives aux activités concrètes des délégués à la santé et la sécurité élus en application des articles 44 et suivants de la loi du 14 novembre 2005. Le rapport indique, dans la réponse fournie sur ce point, que l'Administration en charge des questions de santé et de sécurité au travail – rattachée au ministère du Travail, de l'Emploi, des anciens Combattants et des Affaires sociales – s'efforce, conformément à la politique nationale et au plan national de mise en œuvre de la Stratégie relative à la santé et à la sécurité au travail, de prendre l'avis des organes de l'Etat et des organisations syndicales représentatives, à savoir la Confédération des syndicats autonomes, l'Union générale des syndicats « Nezavisnost », le Conseil économique et social de la République de Serbie et l'organisation patronale serbe, et ce dans le cadre de la procédure d'élaboration de la loi et des textes juridiques subordonnés destinés à transposer les directives et règlements de l'Union européenne.

Le Comité demande une nouvelle fois des informations relatives aux activités concrètes des délégués à la santé et la sécurité élus en application des articles 44 et suivants de la loi du 14 novembre 2005. Il considère que, dans l'hypothèse où les renseignements demandés ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Serbie soit conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Serbie n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que le niveau de protection contre les rayonnements ionisants soit suffisant ;
- les employés de maison ne sont pas couverts par les prescriptions en matière de sécurité et de santé 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 Serbie.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des données chiffrées concernant les cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, les cas dont l'issue est fatale, et les taux d'incidence par 100 000 travailleurs correspondants. Il a également demandé des informations concernant les mesures destinées à combattre la dissimulation potentielle d'accidents du travail et de cas de maladie professionnelle, ainsi que les sanctions infligées aux employeurs qui manquent à leur obligations déclaratives.

Le rapport indique que le nombre d'accidents du travail a été ramené de 1 146 en 2013 à 947 en 2015. La Serbie a enregistré 21 accidents mortels du travail en 2014 ; en 2013 comme en 2015, elle en a dénombré 24. Le Comité observe que les taux d'incidence normalisés d'accidents du travail et d'accidents mortels du travail ne figurent pas dans le rapport. Par conséquent, le Comité demande que le prochain rapport fournisse cette information.

Le rapport indique par ailleurs qu'en 2014, les accidents du travail ont principalement concerné les secteurs du génie civil et de l'industrie (c.-à-d. des activités à haut risque exigeant de lourds efforts physiques). Les causes les plus fréquentes d'accidents du travail mortels sont l'électrocution (24 %), l'écrasement (23 %), les chutes d'objets (24 %), les éboulements souterrains (10 %) et les chutes de hauteur (5 %). Le Comité prend note des causes d'accidents du travail les plus courantes.

Le Comité prend note de la définition, reprise dans le rapport, que donne de l'accident du travail l'article 22 de la loi relative au régime d'assurance pension – invalidité. L'employeur est tenu de signaler au service compétent de l'Inspection du travail les accidents graves, mortels ou collectifs survenus sur le lieu de travail, ainsi que les accidents ayant entraîné un arrêt de travail de plus de trois jours ouvrables. Dès qu'il est avisé d'un accident survenu sur un site de travail, ledit service doit immédiatement vérifier la situation sur place et prendre des mesures en vue d'éliminer la source et la cause de l'accident. Selon le rapport, le service en question procède à des visites de contrôle après chaque accident du travail qui lui est signalé. Seuls échappent à la règle les accidents du travail qui surviennent sur le trajet entre le domicile et le lieu de travail.

Le rapport indique qu'aux termes de l'article 24 de la loi relative au régime d'assurance pension – invalidité (Journal officiel n°s 34/03, 64/04, 84/04, 85/05, 101/05, 63/06, 5/06, 107/09 et 101/10), les maladies professionnelles sont celles qui surviennent au cours de la période couverte par l'assurance et qui ont des conséquences à long terme directement imputables aux processus et conditions de travail propres à certains emplois. La définition des maladies professionnelles, des emplois concernés (c.-à-d. des activités pour lesquelles des cas de maladies professionnelles ont été relevés), ainsi que des conditions requises pour que ces maladies soient considérées comme étant d'ordre professionnel est du ressort du ministre compétent pour le régime d'assurance pension – invalidité. Un règlement relatif à l'identification des maladies professionnelles (Journal officiel n° 105/2003) recense les maladies professionnelles, les emplois concernés (c.-à-d. les activités pour lesquelles des cas de maladies professionnelles ont été recensés), ainsi que les conditions requises pour que ces maladies soient considérées comme étant d'ordre professionnel. Il s'agit d'une liste exhaustive comportant 56 maladies et énonçant les conditions y afférentes. Le rapport précise que les médecins du travail examinent les causes et établissent l'existence des maladies professionnelles. Les opérations visant à vérifier, sur la base d'informations médicales fiables, qu'une affection constitue effectivement une maladie professionnelle sont confiées à des commissions mises en place par la Caisse d'assurance maladie. Le rapport indique qu'en 2015, les services de médecine du travail ont dénombré au total 709 004 cas

de maladies, conditions et accidents d'ordre professionnel. Le Comité demande que le prochain rapport renseigne le taux d'incidence et le nombre de cas de maladies professionnelles reconnues et signalées comme telles durant la période de référence (données ventilées par secteur d'activité et par année), en précisant les cas mortels qui auraient été enregistrés ; il demande également quelles mesures ont été prises et/ou sont envisagées pour lutter contre le phénomène de sous-déclaration et de non-reconnaissance des cas de maladies professionnelles, quelles ont été les maladies professionnelles les plus fréquentes durant la période de référence, et quelles mesures ont été prises ou sont envisagées pour prévenir ces maladies.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Le rapport ne répondant pas à la question qu'il a précédemment posée sur ce point (Conclusions 2013), le Comité demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que les services de l'Inspection du travail étaient tenus de procéder à une enquête sur tout incident du travail grave et que les visites de contrôle réalisées par ces services couvraient une proportion relativement faible de la main-d'œuvre. Il a demandé données chiffrées pour chaque année de la période de référence ainsi que des informations concernant tout organe autre que l'Inspection du travail qui serait doté de pouvoirs d'inspection (compétence, activités, effectifs, pouvoirs d'astreinte, sanctions infligées), les résultats des poursuites pénales engagées, et le montant individuel et le volume global de amendes infligées.

Le rapport indique que l'Inspection du travail compte au total 25 antennes réparties dans les circonscriptions administratives, en ce compris la Ville de Belgrade, et une unité implantée au siège de l'Inspection, dont la mission est de traiter les procédures de recours qui ont trait aux relations d'emploi et aux questions de santé et de sécurité au travail. En 2015, ces services employaient 236 inspecteurs du travail (juristes et ingénieurs aux profils techniques très divers). Les inspecteurs du travail sont chargés de faire respecter la législation du travail dans toutes les entités juridiques et entreprises enregistrées comme telles. Selon le rapport, 354 554 employeurs sont enregistrés en Serbie : chaque inspecteur est donc chargé du contrôle de 1 502 employeurs enregistrés, ainsi que du contrôle de toutes les entités non enregistrées. S'appuyant sur les données de l'Office national des statistiques, le rapport indique que la République de Serbie compte environ 2 574 200 personnes exerçant un emploi formel ou informel, ce qui signifie que chaque inspecteur s'occupe de 10 908 travailleurs employés de manière formelle ou informelle.

En vertu de l'article 61 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail (Journal officiel n°s 101/05 et 91/15), l'Inspection du travail supervise la mise en œuvre de ce texte et de ses règlements d'application, ainsi que des mesures de santé et de sécurité techniques et autres prescrites par la loi générale relative aux employeurs, par les conventions collectives ou par les contrats de travail. Durant la période de référence, les services de l'Inspection du travail se sont attachés en priorité, selon le rapport, à faire baisser le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles, à répondre aux demandes des usagers et à mener des actions de prévention. Ils ont accordé une attention tout particulière à la prévention de la santé et de la sécurité en milieu professionnel et aux relations de travail dans les secteurs à haut risque (génie civil, industrie, agriculture).

En 2013, les services de l'Inspection du travail ont, selon le rapport, procédé à 16 108 visites de contrôle axées sur la santé et la sécurité au travail (16 640 en 2015), dont 1 164 ont été effectuées à la suite de la notification d'accidents du travail (947 en 2015). En 2015, les visites de contrôle en matière de santé et de sécurité au travail réalisées par lesdits services ont concerné 216 824 salariés et les visites plus générales (portant à la fois sur les relations

de travail et les questions de santé et de sécurité) 396 015 salariés – en 2013, elles avaient couvert 269 186 salariés et, en 2014, 277 530 salariés. En 2013, l'Inspection du travail a prononcé 4 517 ordonnances exigeant la mise en place de mesures destinées à remédier à certaines lacunes (3 725 en 2015), 452 décisions ayant pour effet d'interdire la poursuite des activités sur un lieu de travail en raison du danger qu'elles présentent pour la santé et la sécurité au travail (412 en 2015), 26 mises en examen (poursuites pénales) à l'encontre de responsables dont il y a raisonnablement lieu de penser qu'ils aient commis des actes répréhensibles susceptibles de mettre autrui en danger en raison de l'absence de mesures de santé et de sécurité au travail (42 en 2015), et 950 demandes d'engagement de poursuites (1 234 en 2014 et 938 en 2015).

Le montant total des amendes infligées par les magistrats à l'issue des 560 poursuites engagées au titre de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail a atteint 109 910 402 RSD (916 764,50 €) ; 184 de ces poursuites ont été menées à leur terme, 70 ont fait l'objet d'un rappel, 139 ont été suspendues, 25 ont été interrompues et 8 ont été rejetées. Les inspecteurs du travail ont intenté 32 recours contre les décisions rendues par les autorités de poursuites concernant des actions relatives à des questions de santé et de sécurité au travail. En 2015, le montant total des amendes infligées par les magistrats à l'issue de 640 poursuites engagées au titre de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail s'est établi à 107 261 500 RSD (894 604,36 €).

Le rapport assure que la coopération entre les services de l'Inspection du travail, le ministère de la Justice et les tribunaux est très efficace et que des réunions conjointes sont organisées si besoin est. Le montant des amendes que les tribunaux ont menacé d'infliger pour des infractions touchant à la santé et à la sécurité au travail a cependant été très élevé en 2013, ce qui montre la difficulté qu'il y a à imposer des sanctions appropriées. De plus, les inspecteurs du travail ont désormais la possibilité de suivre toutes les phases du traitement des actions engagées devant la justice et d'être informés du mode de règlement de ces litiges. Pourtant, ils sont tenus de participer à la quasi-totalité des procédures à titre de témoins, lors de multiples confrontations avec les contrevenants, etc., ce qui, selon le rapport, alourdit leur charge de travail et leur prend beaucoup de temps. En outre, au second semestre 2013, de nombreuses entités économiques, entreprises ou personnes morales se sont fait rayer du registre serbe des entreprises afin d'éviter d'avoir à régler les sommes qu'elles devaient à leur personnel, au fisc et aux caisses d'assurance maladie – invalidité, et se sont ensuite réinscrites sous un autre nom.

Le rapport indique également que les services de l'Inspection du travail ont été associés aux travaux de divers groupes (groupe de travail chargé de l'élaboration de la loi relative aux régimes d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, groupe de travail chargé de l'élaboration de la loi relative aux contrôles réalisés par les services d'inspection) et ont pris part à la réunion du Conseil en charge de la santé et de la sécurité au travail au cours de laquelle a été examiné le projet de loi portant modification de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail. Les services de l'Inspection du travail ont par ailleurs participé activement aux différents ateliers, conférences, tables rondes et séminaires organisés par les partenaires sociaux.

Le Comité constate que le nombre de visites de contrôle a augmenté, mais observe que le pourcentage de travailleurs couverts par ces visites a diminué.

Conclusion

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

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 Serbie.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§4, les États 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 consultatives. Il peut s'agir de services communs à 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 l'Observation interprétative de 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).

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion et demandé des informations plus détaillées concernant les obligations légales de fournir l'accès aux services de santé au travail (législation, procédures, institution), ainsi que sur l'élaboration, lorsque des services de santé au travail ne sont pas institués dans toutes les entreprises, d'une stratégie visant à fournir l'accès à ces services. Le rapport indique, dans sa réponse sur ce point, que l'article 41 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, qui vise à protéger la santé des salariés sur leur lieu de travail, fait obligation à l'employeur de faire appel au service de médecine du travail pour toute une série de tâches : participation à l'évaluation des risques, information des salariés concernant les risques que présentent pour leur santé les travaux qu'ils ont à effectuer, formation du personnel aux premiers secours, détermination et examen des causes des maladies professionnelles, évaluation de l'état de santé exigé pour l'exécution de tâches présentant un risque accru, réalisation d'examens médicaux préalables à l'embauche et de visites médicales périodiques pour les salariés employés sur des sites à haut risque, conseils aux employeurs. L'employeur doit en outre déterminer, au vu de l'évaluation des risques et de l'avis donné par le service de médecine du travail, quelles sont les conditions sanitaires spécifiques exigées pour la réalisation de certaines opérations ou pour l'utilisation de certains équipements sur le lieu de travail (article 16), et prévoir des examens médicaux préalables à l'embauche et des visites médicales périodiques sur le lieu de travail (article 43). Si les examens médicaux périodiques font ressortir que le salarié ne remplit pas physiquement les conditions particulières exigées pour occuper un poste, l'employeur doit le réaffecter sur un autre site qui lui convienne compte tenu de ses capacités. Le fait de ne pas remplir les conditions requises, sur le plan physique, pour exécuter des tâches sur un lieu de travail présentant un risque accru ne peut pas constituer un motif d'annulation du contrat de travail. Le Comité prend note, dans le rapport, de la liste des textes juridiques subordonnés qui régissent les contrôles de santé.

Le Comité prend note de l'organisation des services de médecine du travail telle qu'elle résulte de la loi relative aux soins de santé (Journal officiel n°s 107/05, 72/09, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12 et 45/13) et du règlement relatif au plan du réseau serbe d'établissements de soins de santé (Journal officiel n°s 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009 et 85/2009).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des statistiques concernant le nombre de travailleurs en traitement auprès des services de médecine du travail, la proportion d'entreprises qui offrent ou partagent un service de médecine du travail avec d'autres entreprises, et le nombre de médecins du travail par rapport à la population active. Le rapport indique, dans la réponse sur ce point, que les services de médecine du travail dispensent des soins de santé spécialement destinés aux travailleurs et s'occupent de la santé primaire de la population en âge de travailler. En 2015,

leurs effectifs comptaient 373 médecins dont 255 spécialistes de la santé (68 %), 98 généralistes (26 %) et 20 médecins spécialiste (5 %). Au total, ils ont assuré 1 653 882 interventions (c.-à-d. consultations médicales) et recensé 709 004 cas de maladies, lésions et problèmes de santé.

Le Comité observe que plusieurs fonctions assignées aux services de médecine du travail sont réservées aux salariés employés sur des lieux de travail à haut risque. Il demande quelles stratégies ou mesures d'incitation ont été mises en place pour favoriser l'accès aux services de santé en milieu professionnel, notamment pour les salariés des petites et moyennes entreprises.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Serbie 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 Serbie. Néanmoins, il y a des lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 11§1 de la Charte.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, d'après l'OMS, l'espérance de vie à la naissance était de 75,6 ans en 2015 (moyenne pour les deux sexes). Elle était donc intérieure à celle enregistrée dans d'autres pays européens (par exemple, la moyenne dans l'UE des 28 était de 80,6 ans la même année).

Le rapport ne contient pas d'informations sur les indicateurs relatifs aux soins de santé (le taux de mortalité, le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité maternelle). Il se contente de faire référence à un rapport publié par l'Institut de santé publique (en langue serbe). Le Comité rappelle que les États parties doivent garantir à leur population le meilleur état de santé possible compte tenu des connaissances actuelles. Les systèmes de santé doivent répondre de manière appropriée aux risques sanitaires évitables, à savoir ceux susceptibles d'être maîtrisés par l'intervention humaine (Conclusions XV-2 (2001), Danemark). Les indicateurs en la matière sont, pour l'essentiel, l'espérance de vie et les principales causes de mortalité. Ces indicateurs doivent refléter une amélioration et ne pas présenter d'écart manifeste par rapport à la moyenne des autres pays européens (Conclusions 2005, Lituanie).

Le Comité rappelle également que la mortalité infantile et la mortalité maternelle sont révélatrices du bon ou mauvais fonctionnement de l'ensemble du dispositif sanitaire d'un pays donné (Conclusions 2003, Roumanie). Elles concernent des risques évitables, et tout doit être fait, en particulier dans les systèmes de santé fortement développés, pour réduire au maximum leurs taux (Conclusions 2003, France). L'existence de taux de mortalité infantile et maternelle élevés constitue un problème récurrent de non-conformité constaté dans plusieurs pays, qui, conjugué aux autres indicateurs de santé de base, témoigne de la faiblesse du système de santé (Conclusions 2013, Ukraine).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) et sur les principales causes de décès, ainsi que sur les mesures prises pour lutter contre les causes de mortalité. Il demande aussi des informations sur le taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes), le taux de mortalité maternelle (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) et l'évolution de ces indicateurs. Le Comité souligne que, si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Accès aux soins de santé

Le rapport souligne que la loi relative aux soins de santé régit l'organisation des services de soins de santé. Les soins de santé, au sens de cette loi, recouvrent les mesures visant à préserver et à améliorer la santé des citoyens, à prévenir, contrôler et assurer le dépistage précoce des maladies, des accidents et autres troubles de santé, et à offrir en temps utile des traitements et des possibilités de réadaptation efficaces. Le rapport fait aussi mention de la loi relative à l'assurance maladie, qui dresse la liste des services de soins auxquels ont accès les assurés. D'après le rapport, le budget de la santé, qui est alimenté par les cotisations obligatoires versées à la Caisse nationale d'assurance-maladie, finance les activités de prévention, de dépistage précoce des maladies et de réadaptation, ainsi que les activités liées à la réalisation des objectifs d'intérêt général dans le domaine de la santé et le programme du ministère de la Santé mis en œuvre par le réseau d'établissements de santé publique.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les structures administratives chargées de la bonne application du cadre réglementaire et sur les mesures prises/programmes menés pour assurer sa mise en œuvre.

Le Comité rappelle que le droit à l'accès aux soins de santé exige notamment que le coût des soins de santé soit à la charge, à tout le moins partiellement, de la collectivité dans son ensemble (Conclusions I, 1969, Observation interprétative relative à l'article 11) et ne représente pas une charge excessive pour l'individu concerné. Les paiements directs ne doivent pas constituer la principale source de financement du système de santé (Conclusions 2013, Géorgie). A cette fin, des mesures visant à atténuer les effets de la participation financière des patients, en particulier ceux issus des catégories défavorisées de la population, doivent être prises (Conclusions XVII-2 (2005), Portugal). Le Comité demande des informations sur les dépenses totales consacrées à la santé en pourcentage du PIB. Il demande également que le prochain rapport fournisse des informations sur la part des dépenses de santé restant à la charge des patients.

Le rapport souligne qu'en vertu du principe d'égalité d'accès aux soins, les soins de santé sont prodigués sans discrimination fondée sur la race, le sexe, l'âge, la nationalité, l'origine sociale, les croyances religieuses, l'appartenance à un groupe politique ou autre, la tranche de revenus, la culture, la langue et le type de maladie ou de handicap physique ou mental. Le Comité demande si, dans la pratique, un accès suffisant aux soins de santé est assuré de manière équitable dans tout le pays, et notamment pour les catégories les plus défavorisées (les Roms et la communauté LGBTI, etc.).

Le Comité note que, selon le rapport établi en 2016 par la Commission européenne, la pérennité du secteur de la santé est menacée par la mauvaise situation financière de la caisse publique d'assurance maladie, qui a été aggravée par la baisse des cotisations d'assurance sociale en 2014. Le manque de personnel médical à même de dispenser des soins de santé primaires reste problématique. Le Comité demande au Gouvernement de commenter ces informations et d'indiquer quelles mesures ont été prises pour remédier à ces difficultés.

Le Comité rappelle que les modes d'accès aux soins ne doivent pas entraîner des retards indus dans la fourniture des soins. Il souligne qu'il sera particulièrement attentif à ce que l'accès aux traitements soit fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en termes de qualité de vie (Conclusions XV-2 (2001), Royaume-Uni). Le Comité demande des informations sur les règles applicables à la gestion des listes d'attente et des délais d'attente, ainsi que des données statistiques sur les délais d'attente moyens pour bénéficier de soins hospitaliers/ambulatoires, de soins primaires, de soins spécialisés et d'opérations chirurgicales.

Le Comité rappelle également que les professionnels et les équipements de santé doivent être en nombre suffisant. Concernant les lits d'hôpitaux dans les pays en transition, les États doivent faire leur possible pour atteindre l'objectif fixé par l'OMS, à savoir, trois lits pour 1 000 habitants (Conclusions XV-2 (2001), Addendum, Turquie). Une densité très faible des lits d'hôpitaux, parallèlement à l'existence de listes d'attente, pourrait constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé par le plus grand nombre (Conclusions XV-2 (2001), Danemark). Les conditions de séjour dans les hôpitaux, y compris les institutions psychiatriques, doivent être adéquates et garantir une vie conforme à la dignité humaine (Conclusions 2005, Roumanie). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données statistiques sur le nombre de professionnels de santé et d'établissements de santé.

En ce qui concerne la prévention de la toxicomanie, le Comité relève dans le rapport établi en 2016 par la Commission européenne qu'un Observatoire des drogues et des toxicomanies a été créé en mars 2016. Il demande des informations sur les activités de cet observatoire, en précisant quel a été leur impact sur la dépendance aux drogues.

Le Comité demande que le prochain rapport consacré à l'article 11§1 contienne des informations sur l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement.

Il demande aussi des informations sur l'offre de soins et traitements dentaires (par exemple qui peut bénéficier de soins gratuits, le coût des soins les plus fréquents et la part des frais restant à la charge des patients).

En ce qui concerne le droit des personnes transgenres à la protection de la santé, le Comité relève dans les observations présentées par Transgender Europe et l'Association Lesbienne & Gay Internationale (ILGA), que selon une lettre rédigée par le président la commission chargée des questions transgenre, « la réglementation exige que l'opération chirurgicale soit effectuée de telle façon que tous les organes génitaux, internes et externes, soient retirés et que de nouveaux organes génitaux correspondant au sexe choisi soient reconstruits. Il s'agit de la procédure standard appliquée à nos patients, ainsi qu'aux patients de la région [……]. À l'issue de l'intervention chirurgicale, une lettre de sortie est remise au patient, indiquant que les conditions permettant de procéder à un changement de nom ainsi qu'à tout autre changement correspondant au nouveau sexe sont remplies ». Le Comité demande que le prochain rapport confirme qu'en Serbie, la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres n'exige pas (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Serbie. Néanmoins, il y a des lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 11§2 de la Charte.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 11§2, les États parties doivent démontrer, par des mesures concrètes, qu'ils mènent une politique d'éducation utile en faveur de la population en général et des populations concernées par des problèmes spécifiques (Fondation Marangoupoulos pour les droits de l'homme (FMDH) c. Grèce, réclamation n° 30/2005, décision sur le bien-fondé du 6 décembre 2006, paragraphes 216 et 219). L'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de la politique de santé publique. Les activités peuvent être plus ou moins développées selon les problèmes de santé publique les plus importants dans le pays (Conclusions 2007, Albanie). Des mesures doivent être prises afin de prévenir les comportements nocifs – tabagisme, consommation excessive d'alcool et usage de drogues – et d'encourager le développement du sens de la responsabilité individuelle, au sujet notamment des questions d'alimentation saine, de sexualité, ou encore d'environnement (International Centre for the Legal Protection of Human Rights (INTERIGHTS) c. Croatie, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphe 43).

Le rapport ne décrit aucune de ces activités d'information et de sensibilisation. Par conséquent, le Comité demande des informations sur les activités concrètes/spécifiques – campagnes/programmes éducatifs ou de sensibilisation – mises en œuvre par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies. Il souligne que, dans l'hypothèse où ces informations ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité rappelle que l'éducation à la santé à l'école doit être assurée tout au long de la scolarité et faire partie intégrante des programmes scolaires. Elle doit couvrir les thèmes suivants : prévention du tabagisme et de l'alcoolisme, éducation sexuelle et génésique, en particulier en ce qui concerne la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida, prévention routière et promotion d'une alimentation saine.

L'éducation sexuelle et génésique s'entend comme un processus visant à développer la capacité des enfants et adolescents à comprendre leur sexualité dans sa dimension biologique, psychologique, socioculturelle et reproductrice, de façon à leur permettre de prendre des décisions responsables pour ce qui concerne leurs comportements en matière de sexualité et de procréation. Les États parties doivent veiller à ce que : 1) l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires ; 2) les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif ; 3) la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante – il faut en particulier s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique et ; 4) une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (International Centre for the Legal Protection of Human Rights (INTERIGHTS) c. Croatie, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphes 46 – 47).

Le Comité demande si éducation à la santé fait partie intégrante des programmes scolaires et quels sujets sont couverts. Il demande en particulier si une éducation sexuelle et

génésique est dispensée dans les établissements scolaires de Serbie et selon quelles modalités.

Le rapport précise qu'en vertu de la loi relative à l'assurance maladie, une éducation à la santé doit être dispensée selon les modalités suivantes : (i) une éducation à la santé assurée dans le cadre de cours spécifiques ou de sessions de conseil par des professionnels de la santé et portant sur la protection, la préservation et l'amélioration de la santé, la prévention des risques et l'adoption d'habitudes et d'un mode de vie sains et ; (ii) une éducation à la santé axée sur le planning familial, la prévention des grossesses, la contraception, le contrôle des naissances et la stérilisation chirurgicale, les tests de grossesse, le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et des contaminations par le VIH. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures concrètes qui ont été prises pour mettre en œuvre la politique de santé publique et le cadre juridique en la matière (programmes, plans d'action, projets menés dans le domaine de l'éducation à la santé).

Le Comité souligne que, si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité rappelle que des consultations et dépistages gratuits et réguliers doivent exister pour les femmes enceintes et les enfants et être répartis sur tout le territoire (Conclusions 2005, République de Moldova). Il rappelle également qu'une surveillance médicale gratuite doit être organisée pendant toute la scolarité. L'appréciation de la conformité de la situation tient compte de la fréquence des examens médicaux à l'école, de leurs objectifs, de la proportion d'élèves concernés et des ressources en personnel (Conclusions XV-2 (2001), France).

Le rapport souligne que selon la loi relative à l'assurance santé, les enfants, les élèves et les étudiants jusqu'à 26 ans, les femmes enceintes et les adultes visées par le programme national de prévention et de diagnostic précoce des maladies revêtant une importance médicale et sociale majeure (programmes de dépistage) doivent bénéficier d'examens médicaux généraux et d'autres examens. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures/activités concrètes mises en œuvre pour assurer l'application de la législation, notamment sur les types de consultation et de dépistage proposés aux femmes enceintes, les examens médicaux réalisés en milieu scolaire, leur fréquence et le pourcentage d'élèves couverts.

Le Comité rappelle que des dépistages des maladies responsables des taux élevés de mortalité doivent être organisés, si possible systématiquement (Conclusions 2005, République de Moldova). En effet, dans les domaines où le dépistage s'est avéré être un outil de prévention efficace, il doit être utilisé au maximum de ses capacités (Conclusions XV-2 (2001), Belgique). Le rapport souligne que le Programme national « La Serbie contre le cancer » a été adopté en 2008. Le Comité prend note des informations disponibles sur le site web du Bureau national de dépistage du cancer, selon lesquelles la Serbie met progressivement en place des dépistages du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein depuis 2012. Le Bureau national de dépistage du cancer, rattaché à l'Institut de santé publique de Serbie « Dr Milan Jovanovic Batut », coordonne, organise, contrôle et évalue la mise en œuvre des programmes de dépistage, forme les autres participants aux activités de dépistage et leur offre son assistance technique.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre et l'impact dans la pratique des programmes de dépistage (s'ils ont entraîné une réduction du taux de mortalité). Il demande également des informations sur les programmes/initiatives de dépistage disponibles concernant les autres maladies qui constituent les principales causes de mortalité (outre le cancer).

Le Comité souligne que, si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Serbie. Néanmoins, il y a des lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 11§3 de la Charte.

Environnement sain

Le rapport ne contient aucune information sur ce point.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures concrètes qui ont été prises, ainsi que sur les niveaux et les évolutions constatés en ce qui concerne la pollution atmosphérique, la contamination de l'eau potable, la gestion des déchets, l'amiante et la sécurité alimentaire pendant la période de référence. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point.

Le Comité rappelle que les mesures anti-tabac revêtent une importance particulière pour ce qui est du respect de l'article 11, étant donné que le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans les pays développés. Pour être efficace, toute politique de prévention doit restreindre l'offre de tabac par une réglementation de la production, de la distribution, de la publicité et des prix (Conclusions XVII-2 (2005), Malte). Doivent notamment être prévues l'interdiction de vendre du tabac aux jeunes (Conclusions XV-2 (2001), Portugal), l'interdiction de fumer dans les lieux publics (Conclusions 2013, Andorre), y compris les transports, et l'interdiction de la publicité par voie d'affichage et dans la presse écrite (Conclusions XV-2 (2001), Grèce). L'efficacité de cette politique est appréciée sur la base des données statistiques relatives à l'évolution de la consommation de tabac (Conclusions XVII-2 (2005), Malte). Cette approche s'applique également, *mutatis mutandis,* aux mesures de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

Le Comité relève dans le rapport 2016 établi par la Commission européenne qu'aucun progrès n'a été accompli en vue d'élaborer une nouvelle stratégie de lutte contre le tabagisme. La même source précise qu'en ce qui concerne la prévention de la toxicomanie, l'Observatoire des drogues et de la toxicomanie a été créé en mars 2016.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les niveaux de consommation de tabac, d'alcool et de drogues, sur l'évolution de ces niveaux et sur les mesures prises pour en réduire et en prévenir la consommation. Le Comité souligne que, si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport précise qu'en application de la loi relative à l'assurance santé, la vaccination, l'immunoprophylaxie et la chémoprophylaxie sont utilisées et sont obligatoires dans le cadre du programme national de vaccination de la population contre certaines maladies contagieuses. Par ailleurs, des mesures sanitaires et épidémiologiques, ainsi que des procédures sont en place aux fins de la prévention, du dépistage et du traitement des infections à VIH et d'autres maladies contagieuses.

Le rapport ajoute qu'une nouvelle loi relative à la protection de la population contre les maladies transmissibles a été adoptée en 2016 (en dehors de la période de référence). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures concrètes qui ont été prises pour assurer l'application de cette loi dans la pratique.

Le Comité rappelle que les États parties doivent disposer d'un programme de vaccination largement accessible. Ils doivent maintenir des taux de couverture vaccinale élevés en vue non seulement de réduire l'incidence des maladies, mais aussi de neutraliser le réservoir de virus et ainsi atteindre les objectifs fixés par l'OMS d'éradiquer plusieurs maladies infectieuses (Conclusions XV-2 (2001), Belgique). Les États doivent prouver leur capacité de réaction face aux maladies contagieuses (système de déclaration et de relevé des maladies, traitement particulier des cas de sida, mesures d'urgence pour faire face aux épidémies, etc.) (Conclusions XVII-2 (2005), Lettonie).

Le Comité demande des informations sur les mesures concrètes qui ont été prises pour assurer la surveillance et la prévention des maladies transmissibles, notamment du sida. Il demande également que le prochain rapport fournisse des données chiffrées sur les taux de couverture vaccinale pour les principaux vaccins.

Le Comité souligne que, si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Accidents

Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Le Comité rappelle que les États parties doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs (Conclusions 2005, République de Moldova).

Le Comité demande des informations sur les mesures/politiques adoptées afin de prévenir les types d'accidents susmentionnés et d'en réduire le nombre, et sur les évolutions constatées dans ce domaine (si le nombre d'accidents a augmenté ou diminué).

Le Comité souligne que, si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Serbie.

S'agissant des **prestations familiales** et des **prestations de maternité**, le Comité renvoie à ses conclusions relatives, respectivement, à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système serbe de sécurité sociale et note qu'il continue de couvrir les risques traditionnels (soins médicaux, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail/maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (employeurs, salariés) et par le budget de l'État.

Selon les statistiques officielles (Annuaire statistique 2016, couvrant les données de 2015), en 2015, la population serbe était estimée à 7 095 383 habitants au total, et la population active à 3 126 100 personnes.

En réponse à la question du Comité, le rapport précise que 96 % de la population totale est couverte par le régime obligatoire d'assurance **maladie** (voir Conclusions 2013 pour des précisions sur les catégories de personnes couvertes). Le rapport indique également qu'en 2015, 2 508 384 personnes, soit 80 % de la population active, étaient affiliées au régime obligatoire d'assurance pension et invalidité (qui couvre la **vieillesse**, l'**invalidité**, les **survivants**, l'invalidité résultant d'un **accident du travail** ou d'une **maladie professionnelle** et l'assistance par des aidants). En juin 2016 (hors période de référence), on dénombrait 1 729 629 bénéficiaires de ces prestations. Le Comité considère que la proportion de personnes couvertes est suffisante pour ces branches. En ce qui concerne la **maladie**, le Comité note que, selon la base de données MISSCEO, une assurance obligatoire couvre les salariés, les entrepreneurs, les prêtres et les ecclésiastiques se trouvant temporairement dans l'incapacité de travailler (les agriculteurs sont exclus). Au vu de l'étendue des catégories couvertes par l'assurance obligatoire, le Comité considère que la couverture est adéquate, il demande néanmoins que le prochain rapport fournisse des précisions sur le nombre de personnes couvertes. Les salariés (y compris les salariés employés temporairement) et les travailleurs indépendants sont couverts en cas de **chômage**. Le rapport ne contient cependant pas de données concernant la proportion de personnes couvertes dans cette branche. Le Comité rappelle que le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population active pour ce qui concerne les prestations servies en remplacement des revenus, à savoir les prestations de maladie, de maternité, de chômage, les pensions et les prestations servies en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il renouvelle par conséquent sa demande d'informations concernant le nombre de personnes couvertes par l'assurance chômage rapporté à la population active totale et demande que des informations actualisées sur les taux de couverture (pourcentage de personnes assurées par rapport à la population active totale) pour chaque branche soient systématiquement fournies dans chaque rapport relatif à l'article 12 de la Charte. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 2 544 € par an en 2015, soit 212 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 1 272 € par an, soit 106 € par mois. 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 85 € par mois. Le salaire minimum s'élevait à 235 €.

Le Comité a précédemment noté que le montant de l'indemnité versée aux assurés se trouvant temporairement en incapacité de travailler en raison d'une **maladie** représentait

65 % du salaire moyen perçu au cours des trois derniers mois et à 100 % de celui-ci si l'incapacité temporaire était due à un **accident du travail** ou à une **maladie professionnelle**. Compte tenu du montant du salaire minimum, le Comité considère que le montant de ces prestations est suffisant.

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

Des pensions d'**invalidité** sont accordées aux personnes qui ont complètement perdu, et ce, de manière permanente, leur capacité de travailler, que ce soit dans le cadre du travail (y compris du service militaire) ou non. Le Comité relève dans la base de données du MISSCEO qu'en janvier 2015, le montant de la pension minimum s'élevait à 13 288 RSD (108 €) pour les salariés, les officiers de l'armée et les travailleurs indépendants et à 10 447 RSD (86 €) pour les agriculteurs. Le Comité rappelle que, dans le cadre de l'article 12§1, le montant des prestations servies en remplacement des revenus doit se situer dans une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu et ne doit pas tomber en-deçà du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat. Toutefois, lorsque le montant des prestations servies en remplacement des revenus se situe entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté, d'autres prestations peuvent, le cas échéant, également être prises en considération. Dans la mesure où le montant de la pension minimum versée aux agriculteurs n'est que légèrement supérieur au seuil de 40 %, le Comité demande que le prochain rapport indique si les personnes concernées ont droit à des prestations complémentaires (notamment à des prestations d'assistance sociale). Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Pour être admis au bénéfice de prestations de **chômage**, une personne doit avoir été assurée pendant au moins douze mois au cours d'une période de dix-huit mois. S'agissant des conditions de suspension du droit aux prestations, les autorités ont expliqué (rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013) qu'une personne inscrite au chômage ne pouvait refuser une offre d'emploi adéquate ou une activité adéquate organisée dans le cadre d'une mesure active en faveur de l'emploi que si elle se trouvait temporairement en incapacité de travailler. Les autorités ont toutefois précisé qu'un tel refus était peu probable, dans la mesure où l'intéressé avait participé à la définition de ce que constituait une offre d'emploi ou une mesure active adéquate lors de l'établissement de son plan personnalisé de retour à l'emploi, dans les 90 jours qui avaient suivi son inscription au chômage. Le Comité relève dans la base de données MISSCEO que le montant des prestations correspond à 50 % du salaire moyen perçu par l'intéressé dans les six mois qui ont précédé son inscription au chômage, sachant qu'il ne peut être inférieur à 80 %, ni supérieur à 160 % du salaire minimum. Sur cette base, le montant minimum des prestations de chômage s'élevait en 2015 à 188 €, ce qui est conforme à l'article 12§1 de la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé que la durée de service des prestations de chômage était trop brève, à tout le moins pour les personnes ayant cotisé pendant un maximum de cinq ans, qui n'avaient droit qu'à trois mois de prestations de chômage (la durée maximale étant de douze mois pour les personnes ayant cotisé pendant plus de 25 ans, ou, exceptionnellement, de 24 mois pour les personnes proches de l'âge de la retraite). Puisque la situation n'a pas changé à cet égard, le Comité maintient son constat de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Serbie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte, au motif que la durée de service des prestations de chômage pour les personnes ayant cotisé pendant une durée maximale de cinq ans est trop brève.

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 Serbie.

Le Comité note que la Serbie n'a pas ratifié le Code européen de sécurité sociale. Par conséquent, faute de pouvoir prendre en considération d'autres sources, telles que les résolutions du Comité des Ministres sur l'application du Code, il lui faut faire sa propre évaluation en se fondant sur les informations fournies dans le rapport.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum), soit au moins six des neufs parties du Code, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux et la vieillesse pour trois).

Le Comité note que la Serbie a ratifié la Convention n° 102 de l'OIT et en a accepté les parties II à VI, VIII et X. La Partie VI ne s'applique plus du fait de sa ratification de la Convention de l'OIT n° 121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le Comité rappelle qu'afin de pouvoir déterminer si le système de sécurité sociale est maintenu à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code, il lui faut apprécier les informations relatives aux branches couvertes, au champ d'application personnel et au niveau des prestations versées.

Le Comité renvoie à son appréciation relative à l'article 12§1 qui considère que le système de sécurité sociale continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Il renvoie à sa conclusion relative à l'article 12§1 qui indique que la proportion des personnes couvertes par les branches qui concernent la santé, la vieillesse, l'invalidité, les survivants, les accidents du travail et maladies professionnelles est suffisante, et il se réfère à sa demande relative à l'article 12§1, des informations complémentaires concernant le nombre de personnes couvertes par l'assurance maladie et l'assurance chômage rapporté à la population active total.

Le Comité se renvoie également à son appréciation relative à l'article 12§1 qui indique que le montant des prestations concernant la maladie, l'accident du travail ou la maladie professionnelle, le chômage et l'invalidité est suffisant. Toutefois dans la mesure où le montant de la pension minimum versée aux agriculteurs en ce qui concerne l'invalidité n'est que légèrement supérieur au seuil de pauvreté de 40 %, le Comité demande, relative à l'article 12§1, que le prochain rapport indique si les personnes concernées ont droit à des prestations complémentaires (notamment à des prestations d'assistance sociale) and il réserve sa position sur ce point. En ce qui concerne les prestations de vieillesse, le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 23.

Le Comité note que le Rapport 2017 de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT ne mentionne aucune observation ni demande directe à l'intention du Gouvernement concernant ses Conventions n° 102 et n° 121.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Serbie 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 Serbie.

Le Comité renvoie à ses précédentes conclusions relatives aux articles 12§1 and 12§3 pour une description du système serbe de sécurité sociale. S'agissant des prestations familiales et des prestations de maternité, le Comité renvoie à ses conclusions relatives, respectivement, à l'article 16 et à l'article 8§1.

S'agissant des autres branches de la sécurité sociale, le Comité a précédemment demandé à être informé de tout changement intervenu au cours de la période de référence, ainsi que de l'impact desdits changements sur la couverture personnelle et les montants minimum des prestations servies en remplacement des revenus (Conclusions 2013). Le rapport ne contient toutefois aucune information sur les améliorations apportées pendant la période de référence, outre le versement d'une allocation exceptionnelle aux bénéficiaires de pensions minimum en 2012 et en 2013 et l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2014, d'une loi révisée relative à l'assurance maladie, qui a porté à 100 % du salaire (au lieu de 65 %) le montant de l'indemnité versée en cas d'incapacité temporaire due à des complications pendant la grossesse ou à une maladie liée à la grossesse.

Le Comité rappelle que l'article 12§3 exige des États parties qu'ils améliorent leur système de sécurité sociale. Par conséquent, une situation qui révèle des progrès peut s'avérer conforme à l'article 12§3 même si les niveaux d'exigence requis par les articles 12§1 et 12§2 n'ont pas été atteints ou si ces dispositions n'ont pas été acceptées. L'élargissement des dispositifs, la protection contre de nouveaux risques ou l'augmentation des prestations sont autant d'exemples de progrès. Une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3. L'appréciation de la situation dépend de la nature des changements apportés (champ d'application, conditions d'octroi des prestations, montants des prestations, etc.), des raisons avancées pour justifier les changements et de la politique sociale et économique dans laquelle ils s'inscrivent, de l'étendue des changements apportés (catégories et nombre de personnes concernées, montant des prestations avant et après le changement), de la nécessité de la réforme, de l'existence de mesures d'assistance sociale destinées aux personnes qui se trouvent dans le besoin en raison de ces changements (ces informations peuvent être soumises dans le cadre de l'article 13) et des résultats obtenus grâce à ces changements. En revanche, lorsque l'effet cumulé des restrictions entraîne une dégradation significative du niveau de vie et des conditions de vie de certains groupes de la population, il peut y avoir violation de l'article 12§3 de la Charte. Même si les mesures restrictives prises séparément sont conformes à la Charte, leur effet cumulé, avec les procédures adoptées pour les mettre en place, peut constituer une violation du droit à la protection sociale. Des mesures visant à consolider les finances publiques peuvent être jugées nécessaires pour garantir le maintien et la durabilité du régime de sécurité sociale. Cependant, les modifications ne doivent pas porter atteinte à la protection sociale effective des citoyens contre les risques sociaux et économiques, et ne doivent pas réduire le système de sécurité sociale à un simple système d'assistance sociale. En tout état de cause, toute modification du système de sécurité sociale doit assurer le maintien d'un système de sécurité sociale de base suffisamment étendu.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité demande une nouvelle fois que le prochain rapport l'informe de tout changement qui aurait été apporté au système de sécurité sociale pendant la période de référence, en précisant quel a été l'impact de ces changements sur le champ d'application personnel du système et sur les niveaux minima des prestations servies en remplacement des revenus. De telles informations doivent figurer dans chaque rapport relatif à l'article 12§3 afin que le Comité puisse se prononcer sur la conformité de la situation avec la Charte. Le présent rapport ne contenant pas suffisamment d'éléments pour apprécier la situation, le Comité réserve sa position et considère que, dans l'hypothèse où

les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 12§3 de la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Serbie.

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 par des mesures unilatérales.

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), demandé si et comment l'égalité de traitement des ressortissants des États parties qui résident légalement ou travaillent régulièrement en Serbie non couverts par des accords bilatéraux est garantie par des mesures unilatérales. Il a aussi demandé si des négociations sont en cours avec les États parties concernés en vue de la conclusion de tels accords.

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les autres États parties, le Comité relève dans le rapport que la Serbie a conclu un nouvel accord avec la Croatie et a entamé des négociations avec la Grèce, la Fédération de Russie et l'Ukraine. Elle prévoit de faire de même avec l'Azerbaïdjan et l'Espagne. Le Comité note cependant qu'aucun accord n'a encore été conclu et n'est prévu avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Estonie, la Finlande, la Géorgie, l'Irlande, l'Islande, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la République de Moldova et le Portugal.

S'agissant des mesures unilatérales prises par la Serbie, le Comité relève dans le précédent rapport que les dispositions du droit interne traitent, en principe, les ressortissants des autres États parties qui travaillent légalement en Serbie sur un pied d'égalité avec les nationaux. Le Comité demande que le prochain rapport précise si, pour les ressortissants des autres États parties, l'octroi des prestations de sécurité sociale est subordonné à une condition de durée de résidence ou d'emploi. Il considère, entretemps, que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 (Conclusions XVIII-1 (2006), Chypre).

Le Comité a précédemment considéré (Conclusions 2013) la situation conforme à la Charte sur ce point. Il relève toutefois dans le précédent rapport que l'allocation parentale est versée à la mère (et, à titre exceptionnel, au père) d'un enfant sous réserve que l'intéressée soit citoyenne serbe résidant en République de Serbie, conformément à l'article 14 de la loi relative à l'aide financière aux familles avec enfants. Au titre de l'article 17 de cette même loi, l'allocation pour enfant à charge est servie à l'un des parents, au tuteur ou à la famille d'accueil, pourvu que l'enfant soit citoyen serbe résidant en Serbie de même que le parent, le tuteur ou la famille d'accueil. Le Comité observe que les ressortissants étrangers travaillant légalement sur le territoire de la République de Serbie ont droit à l'allocation pour enfant si cela est prescrit par un accord international, et demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur ce point.

Étant donné qu'aucun accord n'a encore été conclu, ni n'est prévu avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Estonie, la Finlande, la Géorgie, l'Irlande, l'Islande, la Lettonie, la Lituanie, Malte,

la République de Moldova et le Portugal, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle que les prestations d'invalidité, de vieillesse ou de survivants, d'accidents du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et dans les conditions d'octroi fixées par cette législation peuvent être maintenues quels que soient les déplacements de l'intéressé. En ce qui concerne la conservation des avantages acquis (exportabilité), les obligations contractées par les États parties doivent être remplies indépendamment de tout autre accord multilatéral éventuellement applicable en matière de sécurité sociale. Cela signifie que les États peuvent choisir entre un accord bilatéral ou toute autre mesure, qu'elle soit unilatérale, législative ou administrative.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé si le droit au maintien des avantages acquis en Serbie par des ressortissants d'États parties non liés par un accord bilatéral est garanti par des mesures unilatérales et, dans l'affirmative, sous quelles conditions. Il a également demandé pourquoi aucun accord n'avait été conclu avec certains États parties ainsi que des informations sur les accords envisagés et la date possible de leur signature. Le rapport indique que les bénéficiaires ont le droit de percevoir leur retraite et leur pension d'invalidité hors du territoire serbe dans les conditions prévues par les accords applicables. À cet égard, le Comité demande si les accords de sécurité sociale existants conclus avec les autres États parties assurent la conservation des avantages acquis. Il demande également si les négociations en cours avec la Grèce, la Fédération de Russie et l'Ukraine prévoient d'inclure des dispositions relatives à ce principe.

Le Comité comprend que les prestations de chômage ne sont exportables que vers la Bosnie-Herzégovine et demande que le prochain rapport précise si cette compréhension est correcte.

Le Comité rappelle que la conservation des avantages acquis peut aussi être assurée par des mesures unilatérales, législatives ou administratives. À cet égard, il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures unilatérales prises ou envisagées. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

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

Le Comité rappelle que le fait d'avoir changé de pays d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations ne doit pas être à l'origine de préjudices. Cela implique, le cas échéant, d'assurer la totalisation des périodes d'emploi ou d'assurance passées à l'étranger et, pour les prestations à long terme, la proratisation pour l'ouverture, le calcul et le versement des prestations.

Les États ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : convention multilatérale, accord bilatéral, ou tout autre moyen, telles des mesures unilatérales, législatives ou administratives.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé si et comment le droit à la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi est garanti aux ressortissants des États parties non liés par un accord bilatéral avec la Serbie. Il a également demandé pourquoi aucun accord n'avait été conclu avec certains États parties, ainsi que des informations sur les accords envisagés et la date possible de leur signature. Le Comité comprend, d'après le rapport, que le principe de totalisation et de maintien des périodes et prestations n'est garanti que par des accords bilatéraux. À cet égard, le Comité relève dans le rapport que la Serbie a conclu un nouvel accord de sécurité sociale avec la Croatie, a

entamé des négociations avec la Fédération de Russie, la Grèce et l'Ukraine, et prévoit de faire de même avec l'Azerbaïdjan et l'Espagne.

Le rapport indique que la Serbie souhaite étendre le réseau des accords de sécurité sociale à tous les autres États parties. La conclusion de tels accords nécessite cependant la volonté mutuelle des deux parties intéressées.

Le Comité rappelle que le maintien des droits en cours d'acquisition peut aussi être assuré par des mesures unilatérales, législatives ou administratives. À cet égard, il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures unilatérales prises ou envisagées. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Serbie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte au motif que l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres Etats parties.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité relève également dans le rapport que le Gouvernement envisage d'organiser une couverture sociale sans réductions des prestations sociales. Il souhaite toutefois éviter une accumulation d'arriérés, et envisage donc le maintien de la politique de conservation et d'extension des droits sociaux, le maintien du niveau acquis de prestations et leur versement précis et ponctuel.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a relevé que la Loi sur la protection sociale garantit le droit aux services sociaux et à l'aide financière. L'aide financière comprend l'aide sociale en espèces, l'allocation pour personne à charge, l'aide unique en espèces, les prestations en nature et d'autres types d'aide financière. Tant les personnes seules que les familles peuvent bénéficier de l'aide sociale en espèces. Les chômeurs capables de travailler peuvent prétendre à une aide sociale en espèces à condition d'être inscrits comme demandeurs d'emploi. Selon le rapport, il y avait 251 358 bénéficiaires de l'assistance sociale en 2015. Le Comité relève également les prestations couvertes par la Loi sur l'aide financière aux familles avec enfants. Il note toutefois que l'Article 13§1 vise uniquement la situation des personnes seules et sans ressources.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé quelles formes d'assistance sociale pourraient être réduites ou supprimées en cas de refus d'une offre d'emploi ou de formation, et si la suppression d'une telle assistance équivaudrait à priver l'intéressé de tous ses moyens de subsistance. A cet égard, le Comité relève dans la base de données MISSCEO que le bénéficiaire doit être inscrit au chômage et ne peut pas refuser les offres d'emploi qui lui sont faites, les propositions de travail à temps partiel, les emplois saisonniers, les formations professionnelles ou les apprentissages. À cet égard, le Comité relève dans le rapport qu'en vertu de l'article 80 de la Loi sur la protection sociale, chacun est responsable de veiller à la satisfaction de ses propres besoins et des besoins de sa famille, et toute personne capable de travailler doit avoir le droit de mener des activités susceptibles de lui permettre de remédier à ses difficultés sociales et/ou de bénéficier de mesures d'insertion sociale.

Le Comité relève dans le rapport qu'aux termes de l'article 83, l'aide sociale en espèces peut être octroyée à une personne valide qui n'a pas refusé une offre d'emploi, même temporaire, occasionnel ou saisonnier, ni de formation ou de reconversion professionnelle, ni une offre de formation complémentaire ou d'instruction élémentaire. Par conséquent, tout refus d'une offre d'emploi, même temporaire, occasionnel ou saisonnier, ou de formation ou reconversion professionnelle, ou encore de formation complémentaire ou d'instruction élémentaire fait perdre le droit à une l'aide financière. Le Comité rappelle sa question, à savoir si dans une telle éventualité les aides sont intégralement supprimées et si cette suppression équivaut à priver l'intéressé de tous ses moyens de subsistance. Le Comité considère que, si ces informations ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a relevé que la personne capable d'exercer une activité professionnelle peut bénéficier de l'assistance sociale pendant neuf mois maximum, et a demandé si cette aide était totalement supprimée à l'issue de la période statutaire. A ce propos, le Comité relève dans MISSCEO que la prestation est versée aussi longtemps que le demandeur y a droit. Les familles dont la plupart des membres sont capables de travailler ne peuvent percevoir des prestations pendant plus de neuf mois par année civile. Les droits sont contrôlés annuellement. À cet égard, le Comité relève dans le rapport qu'en vertu de l'article 85, paragraphe 3 de la Loi sur la protection sociale, toute personne capable de travailler et/ou toute famille dans la plupart des membres sont capables de travailler de

bénéficier d'une aide sociale pour un maximum de 9 mois par année civile, si elles remplissent les conditions fixées par la loi ; par conséquent, les prestations cessent à l'issue des neuf mois. Le Comité comprend que le droit à cette aide est renouvelé l'année suivante si l'intéressé remplit encore les conditions d'éligibilité. Il demande que le prochain rapport confirme son interprétation.

Niveau des prestations

Pour apprécier le montant de l'assistance sociale servie pendant la période de référence, le Comité tient compte des éléments suivants :

- Prestation de base : Le Comité relève dans la base de données MISSCEO que l'assiette de calcul de l'aide financière est de 20 % du salaire net moyen. En janvier 2015, elle s'élevait à 7789 RSD (64 EUR). Le Comité relève que pour les personnes visées par l'article 85, paragraphe 3 de la Loi sur la protection sociale, la prestation mensuelle atteint effectivement 48 EUR (si l'on considère qu'elle est versée neuf mois par an).
- Prestations supplémentaires : la base de données MISSCEO indique que les bénéficiaires d'aides en espèces ont droit, en fonction de la taille de la famille, à des réductions sur le prix de l'électricité, de l'eau et d'autres services publics. Cette réduction relève de la compétence des collectivités locales. Le Comité demande que le prochain rapport indique le montant moyen de l'aide versée à une personne seule sans ressources qui bénéficie de l'assistance financière. Il demande également que le prochain rapport indique le montant moyen des autres prestations complémentaires (c'est-à-dire aide unique en espèces, prestations en nature) auxquelles une telle personne peut prétendre.

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 106 EUR en 2015.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale était insuffisant. Il relève dans le rapport au Comité gouvernemental (GC (2014) 21) que, pour y remédier, d'importantes mesures seraient prises et que des préparatifs étaient en cours pour une refonte complète du système social, dont une mesure contribuant directement à relever le niveau minimum de l'aide sociale. Ce document stratégique sur la réforme de la politique de l'emploi et de la politique sociale devait être adopté avant la fin du mois de janvier 2015. Ce document prévoit une couverture plus adaptée et une majoration du montant des prestations, notamment pour les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées et les personnes vivant seules. Le pays envisage également de fixer un seuil de revenus au niveau du seuil de pauvreté absolue. Le Comité demande que le prochain rapport l'informe de la mise en œuvre du document de stratégie et des résultats concrets obtenus.

Le Comité considère qu'au cours de la période de référence le niveau de l'assistance reste manifestement insuffisant, car le total des aides pouvant être obtenues par une personne seule sans ressources est inférieur au seuil de pauvreté. Le Comité réitère par conséquent son constat de non-conformité.

Droit de recours et assistance judiciaire

En réponse à la question posée par le Comité, le rapport indique que toute décision concernant la reconnaissance ou le maintien des droits et des prestations du système de la sécurité sociale peut faire l'objet d'un appel, et les autorités de recours ont le pouvoir de statuer en droit dans les affaires prévues aux articles 232 et 233 de la Loi sur les procédures administratives générales.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si les organes de recours ont compétence pour statuer sur le fond des affaires. Le Comité réitère sa question et considère

que, si ces informations ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte.

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 leur 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 l'assistance sociale et médicale d'urgence aux ressortissants étrangers en situation irrégulière présents sur leur territoire.

Ressortissants d'État parties résidant légalement sur le territoire

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13§1, les étrangers ressortissants de Etats parties qui résident légalement ou travaillent régulièrement sur le territoire d'un autre Etat partie et qui ne disposent pas de ressources suffisantes doivent bénéficier d'un droit individuel à une assistance appropriée sur un pied d'égalité avec les nationaux. L'égalité de traitement signifie que le droit aux prestations d'assistance, y compris les garanties de ressources, ne doit pas être limité par la loi aux nationaux ou à certaines catégories d'étrangers et que les critères appliqués dans la pratique à l'octroi des prestations ne doivent pas être fondés sur la nationalité. L'égalité de traitement implique également que des conditions supplémentaires, comme la durée de résidence, ou plus difficiles à remplir ne doivent pas être imposées.

Le Comité rappelle également qu'en vertu de la Charte, les ressortissants d'États parties qui résident légalement dans un pays ne peuvent pas être rapatriés au seul motif qu'ils auraient besoin d'assistance. A l'expiration de la période de validité du titre de séjour et/ou permis de travail, les Parties n'ont plus d'obligation à l'égard des étrangers couverts par la Charte, même s'ils sont en situation de besoin. Cela ne signifie toutefois pas que les autorités d'un pays puissent retirer un titre de séjour au seul motif que l'intéressé n'a pas de ressources et est incapable de subvenir aux besoins de sa famille. Le Comité demande si la législation et la pratique satisfont à ces exigences.

Le Comité relève dans la base de données MISSCEO que les étrangers et les apatrides peuvent bénéficier des prestations en vertu des accords internationaux. Le Comité demande que le prochain rapport précise si les ressortissants des Etats parties légalement présents sur le territoire et en possession de titres de séjour permanents ou provisoires sont traités sur un pied d'égalité avec les citoyens du pays en matière d'accès à l'aide sociale, sans condition de durée de résidence. Il considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le rapport suivant confirme que tout ressortissant étranger en état de besoin peut, en droit et dans la pratique, bénéficier

gratuitement de soins médicaux d'urgence et d'une assistance sociale d'urgence (hébergement, nourriture, vêtements etc.).

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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Il demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique sont conformes à ces exigences.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Serbie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant.

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 Serbie.

L'article 24 de la loi relative à la protection sociale pose le principe du respect de l'intégrité et de la dignité des bénéficiaires. La loi confère à ces derniers le droit à une protection sociale fondée sur la justice sociale, la responsabilité et la solidarité, fournie dans des conditions respectant leur intégrité physique et mentale, leur sécurité, leurs croyances morales et culturelles et leurs convictions religieuses, conformément aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales qui leur sont garantis.

Selon le rapport, les personnes en situation de besoin ne sont exposées, ni en droit ni en pratique, à aucune forme de discrimination dans l'exercice de leurs droits politiques ou sociaux du seul fait qu'elles bénéficient de l'assistance ou de prestations sociales. Elles exercent leurs droits politiques et sociaux comme les autres citoyens.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Serbie 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 Serbie.

Le Comité note que selon le rapport, la loi sur la protection sociale a réussi dans une grande mesure à offrir des services de conseil, des thérapies, des services sociaux et des formations au titre du système de protection sociale, y compris les services de conseil, les thérapies et les services sociaux et la formation offerts sous forme intensive aux familles en crise ; le conseil et l'aide aux parents, aux familles d'accueil et aux parents adoptifs ; l'aide aux familles prenant en charge leur enfant ou un proche adulte touché par un handicap ; le maintien des relations familiales et le regroupement familial ; le conseil et l'aide en cas de violences ; la thérapie familiale ; la médiation ; les lignes d'assistance téléphonique ; l'activation ; d'autres services de conseil, des formations et des activités. Le Comité prend note des statistiques communiquées par l'Institut national de la protection sociale concernant le nombre de cas de conseil et d'aide offerts, y compris l'aide aux personnes démunies. Ces services sont financés avant tout par les collectivités locales.

Selon le rapport, les municipalités qui ont mis en place de tels services les offrent à titre gracieux. Le Comité note cependant que seul un petit nombre de municipalités disposent des moyens financiers nécessaires pour offrir des services de cette nature à une échelle suffisante et de manière à répondre aux besoins de la population.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport précise si l'égalité de traitement en matière d'accès aux services concernés est garantie aux ressortissants d'autres Etats parties séjournant légalement en Serbie tout comme aux ressortissants serbes.

Il renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13 § 1 où il a réservé sa position pour ce qui est de vérifier si l'égalité de traitement des ressortissants d'Etats parties séjournant légalement en Serbie (au bénéfice de permis permanents ou temporaires) est garantie en matière d'accès à l'assistance sociale. C'est pourquoi, il réserve aussi sa position pour ce qui est de garantir sur un pied d'égalité avec les ressortissants du pays l'accès des ressortissants d'Etats parties aux services visés à l'article 13 § 3 de la Charte.

Le Comité rappelle que l'article 13 § 3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes ou qui risquent de ne pas en disposer. Les services sociaux visés par l'article 13 § 3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de bien connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes démunies de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Il demande que le prochain rapport indique dans quelle mesure ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Serbie.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (réclamation n° 86/2012, *Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Ba*s, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Le Comité relève dans le rapport que l'assistance sociale est accordée sous forme d'une allocation pécuniaire mensuelle. Elle peut être octroyée à un demandeur d'asile ou à une personne ayant obtenu l'asile sous réserve que l'intéressé ne soit pas placé dans un centre d'accueil et que les membres de sa famille soient sans ressources ou aient des revenus inférieurs à un plafond fixé par la réglementation. Les personnes résidant dans un centre d'accueil n'ont pas droit à cette assistance étant donné que le centre leur offre déjà toutes les conditions propres à assurer leur subsistance – hébergement et articles de première nécessité (habillement, chaussures, aide en espèces, etc.) –, comme prévu par l'article 39 de la loi relative à l'asile.

Le plafond de revenus correspond à celui du système de protection sociale, c.-à-d. le plafond de sécurité sociale en vigueur, qui permet de déterminer si une personne vulnérable et en situation de précarité matérielle est éligible à un dispositif de protection sociale. L'égalité de traitement des demandeurs d'asile est donc assurée. Le centre d'action sociale de la commune où est déposé le dossier (c.-à-d. la commune où séjourne la personne qui a obtenu l'asile) décide de la suite à donner à la demande d'allocation mensuelle d'assistance sociale.

Selon le rapport, les conditions d'éligibilité applicables aux demandeurs d'asile et aux personnes ayant obtenu l'asile vont être plus étroitement alignées sur celles auxquelles doivent satisfaire les nationaux, comme prévu par la loi relative à la protection sociale.

Le Comité relève dans le rapport que tous les ressortissants étrangers en situation de précarité sont admis, en droit et en pratique, au bénéfice de l'aide sociale d'urgence (logement, nourriture, habillement). Il note qu'en 2015, 1 462 étrangers ou apatrides ayant besoin d'une aide sociale ont été enregistrés par les centres d'action sociale.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations concernant l'assistance médicale fournie aux ressortissants étrangers en situation régulière qui sont en situation de besoin.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Serbie 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 Serbie.

Organisation des services sociaux

Le rapport indique que la loi relative à la protection sociale (adoptée en 2011) regroupe les services de l'action sociale en catégories voisines, par exemple :1) services d'évaluation et de planification, 2) services d'aide de proximité et d'accompagnement au quotidien, 3) services d'aide à la vie autonome, 4) services d'orientation et de conseil, thérapies, services sociaux et activités pédagogiques, 5) services de placement. Ces services sont fournis à titre temporaire, ponctuel ou permanent en fonction des besoins et de l'intérêt supérieur des bénéficiaires. Il existe des services destinés aux enfants et adolescents, aux jeunes adultes et à la famille, ainsi que des services s'adressant aux adultes et aux personnes âgées.

D'après le rapport, la loi précitée intègre les services d'orientation et de conseil, les thérapies, les services sociaux et les formations dans le champ de la protection sociale, qui comprend désormais les dispositifs suivants : 1. Services d'orientation et de conseil, thérapie, services d'accompagnement intensif des familles en difficulté ; 2. Activités de conseil et accompagnement des parents, des parents d'accueil et des parents adoptifs ; 3. Aide aux familles qui s'occupent d'un enfant ou d'un membre adulte de la famille atteint d'un handicap ; 4. Maintien des liens familiaux et regroupement familial ; 5. Activités de conseil et accompagnement des victimes de violences ; 6. Thérapies familiales ; 7.Médiation ; 8. Services d'assistance téléphonique ; 9. Activation ; 10. Autres services de conseil, formations et activités.

Les services sociaux peuvent être fournis par des organismes publics, des personnes physiques ou morales, des associations, des entreprises ou toute autre forme d'organisation prévue par la loi. À l'échelon local, les collectivités locales sont chargées de la mise en place des services sociaux et de définir des objectifs prioritaires en fonction des besoins de la population locale.

Accès égal et effectif

Le rapport indique que la loi relative à la protection sociale subordonne le paiement des services à la situation socio-économique du bénéficiaire : le bénéficiaire ou ses proches peuvent avoir à régler tout ou partie des frais, ou rien du tout (article 72).

Le rapport mentionne l'existence de 140 centres d'action sociale qui font partie intégrante du système de protection sociale et exercent des missions déléguées de service public : tout citoyen se trouvant en état de besoin peut ainsi exercer ses droits, sans discrimination, conformément aux Règles relatives à l'organisation, aux normes et aux modalités de fonctionnement des centres d'action sociale. Ces centres sont équitablement répartis sur le territoire serbe. Soixante-quinze établissements publics assurent par ailleurs une prise en charge institutionnelle.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quelles voies de recours – comme la possibilité de saisir une instance indépendante – étaient ouvertes aux usagers dans les cas urgents de discrimination et d'atteinte à la dignité humaine. Constatant que ces informations ne figurent toujours pas dans le rapport, il réitère sa question et considère que, si cette information n'est pas fournie dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le rapport précise si les ressortissants d'autres États parties résidant légalement ou travaillant régulièrement en Serbie ont droit au bénéfice des services sociaux au même titre que les nationaux et, au cas où des restrictions seraient appliquées, lesquelles. Le Comité, constatant que le rapport ne contient aucune information à ce sujet, réitère sa question et

considère que, si cette information n'est pas fournie dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Qualité des services

Le Comité note que loi relative à la protection sociale a introduit un système qualité. Outre la définition et l'application de normes essentielles, ce dispositif prévoit une procédure d'agrément pour la formation et l'homologation des prestataires de services, publics ou privés. Les autorisations d'activité sont délivrées par la Chambre des services sociaux.

Le rapport décrit les modalités de contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le contrôle prend la forme d'une inspection conduite par des agents du ministère en charge des services sociaux. Les inspecteurs sont habilités à : 1) procéder immédiatement à un contrôle de l'activité des établissements et services concernés ; 2) imposer des instructions obligatoires visant à assurer le respect des textes législatifs et réglementaires et vérifier leur mise en œuvre ; 3) retirer ses pouvoirs à tout inspecteur qui ne se serait pas acquitté de sa mission en temps utile, avec professionnalisme, légalement et consciencieusement, et charger un organisme qui réalise des missions déléguées d'inspection de déterminer sa responsabilité ; 4) organiser des actions conjointes avec les inspecteurs de tels organismes ; 5) procéder à une inspection immédiate, si l'organisme disposant de pouvoirs délégués omet de le faire ; 6) demander des rapports, des données et des informations concernant l'exercice des pouvoirs d'inspection délégués.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des précisions sur les effectifs employés dans le secteur des services sociaux et sur la question de savoir si ces effectifs sont suffisants compte tenu du nombre d'usagers.

Le rapport indique que d'après les données disponibles auprès de la Chambre des services sociaux, qui tient le registre des agréments et autorisations, 3 278 travailleurs sont agréés dont 2 747 pour assurer des services sociaux de base et 226 pour des activités spécialisées ; 329 sont agréés pour assurer la supervision des services sociaux de base et 7 pour la supervision des activités spécialisées ; enfin, 486 personnes sont agréées pour traiter des affaires juridiques dans le contexte des services sociaux.

Le rapport souligne qu'en ce qui concerne les capacités administratives des établissements et services sociaux et médico-sociaux (centres d'action sociale et prise en charge institutionnelle), les effectifs demeurent insuffisants. Un besoin constant de formation et de mise à niveau des connaissances et des compétences du personnel actuel et du personnel nouvellement recruté va de pair avec le manque de moyens de ces structures. Le rapport fait état de l'adoption (par arrêté ministériel publié au Journal officiel n° 101 du 8 décembre 2015 de la République serbe) d'une loi qui fixe des plafonds d'emplois dans le secteur public. Pour 2015, le plafond des effectifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux a été fixé à 9 226 salariés en contrat à durée déterminée, soit une perte de 79 emplois par rapport à 2014. À cet égard, le Comité demande si cette situation de personnel insuffisant dans les services publics a eu une répercussion sur la qualité des services et si le gouvernement envisage de prendre des mesures spécifiques pour améliorer la situation.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur le montant des dépenses publiques consacrées à la protection sociale. Le rapport ne contenant pas ces informations, le Comité réitère sa question et demande que le prochain rapport fournisse les informations pertinentes.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé s'il existe une loi relative à la protection des données à caractère personnel.

Le rapport fait état de l'adoption, en 2008, d'une loi relative à la protection des données à caractère personnel qui met en place un ensemble de dispositions concernant la collecte et le traitement des données à caractère personnel, les droits des personnes concernées et la

protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Serbie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des données chiffrées sur les subventions versées par le Gouvernement et les pouvoirs locaux aux organisations bénévoles qui délivrent des services sociaux. Il a également demandé des précisions sur toutes les autres formes d'aide prévues pour les organisations bénévoles, notamment les incitations fiscales.

Le rapport ne répondant pas à ces questions, le Comité les réitère et souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a rappelé que les États doivent encourager les individus et organisations à participer au maintien des services, par exemple en engageant des initiatives en vue de renforcer le dialogue avec la société civile dans les secteurs de la politique sociale qui affectent les services sociaux, et demandé si le dialogue avec la société civile était assuré et comment.

Le Comité constate là encore que le rapport ne contient pas ces informations. Il reitere sa question et souligne que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé, en l'absence d'informations relatives à la question de la discrimination, si et comment le Gouvernement veillait à ce que les services gérés par le secteur privé soient effectifs et accessibles à tous sur un pied d'égalité, sans discrimination aucune, fondée notamment sur la race, l'origine ethnique, la religion, le handicap, l'âge, l'orientation sexuelle et les opinions politiques.

Le Comité constate que le rapport ne contient pas ces informations. Le Comité réitère ses questions et souligne que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

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

Cadre législatif

Le rapport indique que la Stratégie nationale sur le vieillissement adoptée en 2006 s'est achevée fin 2015. Le Comité note qu'un rapport sur les résultats de la mise en œuvre de la Stratégie a été publié par le Fonds des Nations Unis pour la Population (UNFPA). Selon ce rapport, les questions du vieillissement ont globalement été intégrées dans les plans de développements locaux, municipaux et nationaux, même si, en pratique, certaines mesures restent encore inappliquées. La Stratégie devrait être renouvelée, cantonnée aux objectifs précédemment fixés.

Le rapport précise que la coordination du suivi et de la mise en œuvre des politiques relatives au vieillissement de la population a été déléguée au Conseil du Gouvernement pour les Personnes Âgées et le Vieillissement, un organe de conseil spécialisé, créé en 2011 pour défendre et promouvoir les intérêts des personnes âgées.

Le rapport précise également qu'une importante part des personnes âgées, principalement issue des villes, est membre de clubs ou d'associations qui, outre leur capacité d'intégration dans la société, organisent forums et tours de tables pour défendre et influencer la prise de décision dans les collectivités locales et/ou les villes.

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 a, dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), demandé si la loi de 2009 interdit la discrimination fondée sur l'âge pour ce qui concerne la fourniture de biens, services et facilités par des organismes privés. Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. Le Comité relève, cependant, dans le rapport du Réseau européen des experts juridique de l'égalité de genre et de la non-discrimination relatif à la Serbie que la loi interdit expressément toute discrimination fondée sur l'âge. D'après cette même source, l'article 21§3 de la Constitution serbe proscrit également les discriminations fondées sur l'âge.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a précédemment demandé si une telle procédure existe, en particulier, si des garanties sont prévues pour éviter qu'elles ne soient privées arbitrairement de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome. Le Comité constate que le rapport ne fournit aucune information à ce sujet ; il se borne à indiquer que, pour ce qui concerne la sécurité sociale, le bénéficiaire jouit du droit au consentement libre et éclairé et de son corollaire, le droit à l'information, ainsi que du droit au respect de sa vie privée. Le Comité réitère sa question.

Ressources suffisantes

Afin d'apprécier le caractère suffisant des ressources des personnes âgées sous l'angle de l'article 23, le Comité prend en compte l'ensemble des mesures de protection sociale garanties aux personnes âgées et visant à leur assurer un niveau de ressources qui leur permette de vivre décemment et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. Il examine en particulier les pensions, contributives ou non contributives, ainsi que les autres prestations pécuniaires complémentaires servies aux personnes âgées. Il compare ensuite ces ressources au revenu médian ajusté. Il rappelle cependant qu'il ne lui incombe pas seulement d'apprécier la législation, mais aussi de voir si les obligations qui découlent de la Charte sont respectées dans les faits. À cette fin, il prend également en

considération des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le rapport ne fournit aucune information sur le montant minimal de la pension de vieillesse. Le Comité relève cependant, dans la base de données MISSCEO, que celui-ci s'élevait, en 2015, à 13 288 RSD par mois (environ 108 €) pour les salariés retraités, officiers de l'armée et travailleurs indépendants, et 10 447 RSD par mois (environ 86 €) pour les exploitants agricoles. Le rapport ne fournit aucune information sur le montant de la prime versée quatre fois par an aux pensionnaires, le montant de l'aide sociale en espèces ou le montant des aides et prestations de longue durée versées à ceux qui s'occupent de personnes dépendantes. Le Comité demande à recevoir des informations actualisées du montant de ces prestations dans le prochain rapport.

En réponse à la question du Comité (Conclusion 2013), le rapport indique qu'il n'existe pas de pension sociale à ce jour.

Quant aux prestations auxquelles ont droit les personnes âgées de plus de 65 ans les plus modestes, le rapport ne fournit toujours pas d'information à ce sujet, de sorte que le Comité renouvelle sa demande. Le Comité relève cependant, dans le rapport de l'UNFPA, que les collectivités locales fournissent aux familles de personnes âgées une assistance en espèce ou en nature.

Le Comité rappelle avoir considéré la situation non conforme à la Charte au regard de l'article 13§1 (Conclusion 2017, article 13§1) en raison du caractère manifestement insuffisant du niveau de l'assistance sociale. Il a noté que la prestation de base s'élevait à 7 789 RSD (environ 64 €) par mois pour une personne seule et 11 683 RSD (environ 102 €) pour un couple.

Le Comité rappelle qu'il considère que le niveau des pensions et de l'assistance sociale est suffisant lorsque le montant mensuel des prestations – prestation de base et/ou prestations supplémentaires – versées à une personne seule n'est pas manifestement inférieur au seuil de pauvreté (fixé à 40 – 50 % du revenu médian ajusté). Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat était estimé, en 2013, à 106 € par mois (le seuil fixé sur la base de 40 % du revenu médian ajusté était de 85 €). Le Comité note que la pension minimale est au-dessus des 50 % du revenu médian ajusté (et que la pension pour les exploitants agricoles est juste au-dessus des 40 %), mais relève néanmoins que 19,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent au niveau du seuil de risque de pauvreté. Il relève également dans le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions de 2013 que 5 % de la population âgée de 65 ans et plus ne bénéficie d'aucune pension**.**

Pour ces raisons, le Comité considère que le niveau de l'assistance sociale est manifestement insuffisant, compte tenu, notamment du grand nombre de personnes âgées qui doivent compter sur elle. Il conclut, dès lors, que les ressources suffisantes ne sont pas garanties.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), notamment demandé ce qui a été fait pour, d'une part, évaluer l'ampleur du problème et, d'autre part, faire prendre conscience de la nécessité d'éradiquer la maltraitance et le délaissement des personnes âgées. Le rapport indique que les services sociaux prennent dûment compte des cas de violence exercées sur les personnes âgées : ils recensent, d'une part, les cas de violence et propose, d'autre part, une aide aux victimes. Ils ont, notamment, retiré à ce titre 66 personnes âgées de leur famille, introduit 68 recours en justice, apporté un soutien financier, juridique ou conseillés 1 193 personnes âgées et placé 275 personnes âgées victimes dans d'autres institutions adéquat.

Le Comité note que la Stratégie nationale prévoyait l'adoption de mesures propres à prévenir et protéger les personnes âgées de la négligence, la discrimination et la violence. Le Comité souhaite être informé des mesures et projets mis en œuvre en la matière ainsi que leurs résultats.

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 et facilités.

S'agissant des services et facilités proprement dits, le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), premièrement demandé des informations sur l'accès des personnes âgées aux services de proximité. Le rapport indique qu'un tiers des municipalités disposent de services de soins en journée, services de soupe populaires, particulièrement présent dans les grandes villes, ainsi que des réductions sur le prix des médicaments et services de transport, voir même une exemption de certains coûts pour les personnes âgées les plus démunies. 9 018 personnes âgées bénéficiaient d'une aide à domicile en 2015 et 1 511 bénéficiaient des services de centres d'accueils en journées. Le Comité relève cependant, dans le rapport de l'UNFPA, que de nombreux services publics ne sont pas ou plus accessibles aux personnes âgées vivant en zones rurales.

Le Comité a, deuxièmement, demandé comment s'opère le contrôle de la qualité des services et quelles possibilités ont les personnes âgées d'introduire une réclamation. Le rapport indique que l'établissement de standards et mécanismes de contrôle relève de la compétence de l'État et des collectivités locales. Les prestataires de services, qu'ils soient publics ou privés, doivent être agréés. Le contrôle de la qualité des services sociaux est réalisé par les inspecteurs sociaux. Le Comité demande à recevoir davantage de précisions sur le nombre d'agrément délivré, le statut des inspecteurs, la fréquence de leurs inspections ainsi que sur les mesures qu'ils sont habilités à prendre en cas de violation ou abus avérés. Il souhaite également trouver, dans le prochain rapport, des informations sur l'organisation des mécanismes de contrôle au niveau national et municipal, en particulier, les compétences de chacun en la matière.

Le Comité a, troisièmement, demandé si certains services sont payants et quel est le mode de calcul de la participation financière. Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet, de sorte que le Comité réitère sa question.

Le Comité a, quatrièmement, demandé des informations sur les éventuels services ou facilités auxquels peuvent faire appel les familles qui s'occupent de personnes âgées, ainsi que sur les services spécialement destinés aux patients souffrant de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Le rapport indique qu'un certain nombre de collectivités locales fournissent aux familles de personnes âgées une assistance en espèce ou en nature et une aide à la maison. Certaines mettent également à disposition un service de soutien psychologique et social pour les familles de personnes âgées. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet, en particulier si ces services sont dispensés sur l'ensemble du territoire.

Le Comité a, cinquièmement, demandé à connaître les loisirs et les facilités culturelles et éducatives offertes aux personnes âgées. Le rapport indique que les personnes âgées sont très impliquées dans les associations de citoyens, organisations caritatives et autres ONGs actives dans le vieillissement actif de la population.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le rapport indique que la Stratégie a permis de développer un certain nombre de plateformes informatiques destinées à informer les personnes âgées sur leurs droits et services disponibles au niveau national et local, à l'instar du portail « Penzin ». Le centre gérontologique de Belgrade a également financé un centre d'information. Le Comité relève,

par ailleurs, dans le rapport de l'UNFPA que les personnes âgées peuvent compter sur les centres de protection sociale, particulièrement actif dans l'information des personnes âgées. Le Comité note cependant que les personnes âgées vivant en zones rurales sont moins bien informées de leurs droits que les autres et demande, à cet égard, si des mesures ont été prises ou sont envisagées pour remédier à cette situation.

Logement

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013) demandé si les besoins des personnes âgées sont pris en compte dans les politiques de logement nationales ou locales. Le rapport ne fournit aucune information à cet égard. Le Comité relève cependant dans les réponses au questionnaire du Rapporteur Spécial sur le droit à un logement adéquate, Mme Leilani Farha, que la Serbie s'est dotée d'un certain nombre de lois qui prennent en compte les exigences et besoins des personnes âgées.

Le Comité a également demandé si des logements protégés ou encadrés sont proposés et si l'offre de logement de ce type est suffisante. Le rapport indique que, conformément à la loi sur la protection sociale, les collectivités locales ont eu l'opportunité de financer la création de logements sociaux protégés. Le Comité demande que le rapport fournisse davantage d'informations sur le sujet, et notamment le nombre de bâtiments construits, les services offerts aux personnes âgées en matière de logement et s'il existe des aides financières pour adapter/rénover les logements privés des personnes âgées. Il demande également combien de personnes âgées vivent chez elles, si d'autres formes alternatives d'hébergements (logements sociaux et petites communautés de logement) ont été construits, et si oui, combien et dans quelles régions. Le Comité note, par ailleurs, d'après cette autre source, que la Serbie projette d'adopter un plan pour la reconstruction d'au moins 90 bâtiments dans les 30 municipalités les moins développées de la Serbie. Il demande que le prochain rapport fournisse davantage d'information à ce sujet.

Le rapport indique également que les personnes vulnérables vivant en logement social peuvent bénéficier d'une réduction forfaitaire appliquée aux factures d'électricité, de gaz naturel et de chauffage. Le Comité demande si ces aides sont systématiquement octroyées aux personnes âgées vulnérables, quelle que soit la municipalité où elles résident. Il souhaite recevoir des informations plus détaillées sur le niveau des frais des logements sociaux et sur ce qu'il advient lorsque les personnes concernées ou leurs familles ne sont pas en mesure de payer les frais demandés.

Entre-temps, le Comité réserve sa position sur ce point**.**

Soins de santé

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé des précisions sur les programmes et services de soins spécialement destinés aux personnes âgées. Il a également demandé à être informé de toute nouvelle mesure qui aurait été prise pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins gériatriques et des soins de longue durée, ou pour mieux coordonner les services sociaux et les services de santé dispensés aux personnes âgées. Le rapport indique qu'un nouveau centre gérontologique spécialisé dans les soins palliatifs pour personnes âgées a été inauguré à Subotica en dehors de la période de référence.

Le Comité relève dans le rapport de l'UNFPA qu'une grande partie des personnes âgées n'a pas accès aux services de soins de santé primaire. Les capacités de prise en charge pour des soins de longue durée sont limitées et souvent mal organisées. Le Comité souhaite savoir quelles sont les mesures envisagées pour remédier à cette situation**.**

Soins en institutions

Selon le rapport, 14 059 personnes âgées étaient, en 2015, hébergées dans les résidences de soins publics et privées. Le rapport précise que les services d'hébergement en résidence de soins ont connu une nette amélioration. Les conditions dans les foyers ont également été améliorées (confort accru, services améliorés et standardisés), les services de réhabilitation ont été renforcés et de nombreuses activités et programmes sont maintenant proposés aux bénéficiaires.

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), demandé quelles sont les modalités d'agrément et de contrôle des différentes structures, si des procédures de recours ont été prévues concernant la qualité des soins et des services ou concernant les éventuels mauvais traitements. Le Comité constate que la Serbie a récemment mis en place un système d'accréditation pour les prestataires de services – institutions et professionnels en contact direct avec les bénéficiaires. Le rapport indique que l'établissement des normes et les mécanismes de contrôle relèvent de la compétence nationale et municipale. Il indique, par ailleurs, que les centres de travail social et résidences de soins sont contraints par la loi d'informer annuellement le ministre compétent de leur travail. Un bénéficiaire qui n'est pas satisfait d'un service ou d'un prestataire de service peut déposer plainte auprès de l'autorité compétente. Le Comité note qu'une base de données relative aux prestataires de services et soins prodigués devait être mise en place. Il demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet, en particulier si celle-ci est toujours prévue et si, oui, quand le sera-t-elle.

Le Comité a également demandé quels sont les autorités ou organismes compétents pour inspecter les maisons de retraite et les résidences (tant publiques que privées). Le rapport indique que le contrôle de la qualité des services, y compris le placement en institutions, est réalisé par les inspecteurs de la protection sociale. Il précise que les services d'inspections ont délivré près de 37 interdictions d'exploitation à l'intention de maisons de retraite entre la seconde moitié de 2014 et 2015 (33 étaient illégales et 4 n'avaient pas de permis de travail). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet, en particulier si ces inspecteurs font partie d'un organe indépendant.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Serbie n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif que les ressources suffisantes ne sont pas garanties.

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 Serbie.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le Comité relève que l'indicateur national utilisé pour mesurer la pauvreté utilise la notion de pauvreté absolue.

Le rapport indique qu'en 2014, quelque 8,9 % de la population avait un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté – 11 340 dinars (RSD) (soit 94,99 €) par mois par unité du foyer engageant des dépenses – qui ne permettait donc pas à ces personnes de subvenir à leurs besoins essentiels. Le profil de pauvreté montre que le taux de pauvreté absolue est nettement plus élevé dans les zones non urbaines : il atteint ici 12,2 %, contre 6,2 % en milieu urbain.

Conformément à la pratique européenne, le seuil de risque de pauvreté est également mesuré, et ce à partir des données fournies par l'Etude sur les revenus et les conditions de vie. Selon cet indicateur relatif, le taux de risque de pauvreté est passé de 42 % en 2013 à 41,3 % en 2015 (indicateur clé de pauvreté du Semestre européen). En 2016 – hors période de référence -, il a été ramené à 38,7 %.

Le taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux, qui était de 32,6 % en 2014, a atteint 37,2 % en 2015 ; ce même taux calculé après transferts sociaux s'établissait, en 2014 comme en 2015, à 25,4 %. Pour les ménages à intensité de travail nulle ou très faible, les taux en question sont passés de 13,7 % en 2013 à 15,6 % en 2015. Le pourcentage de la population souffrant de privations matérielles graves a baissé (24 % en 2015, contre 26,9 % en 2013).

Le Comité note que, selon le rapport, la pauvreté qui touche les enfants est sensiblement supérieure à la moyenne observée pour l'ensemble de la population, tant en termes absolus que relatifs. Ainsi, en 2014, la proportion d'enfants de moins de 13 ans en situation de pauvreté absolue s'établissait à 12,2 % ; elle était de 11,5 % pour les enfants âgés de 14 à 18 ans. La même année, 29,9 % des enfants de moins de 18 ans étaient en situation de risque de pauvreté.

Le Comité observe que, d'après les données Eurostat concernant la Serbie pour l'année 2015, les principaux indicateurs de la pauvreté étaient nettement supérieurs (41,3 %) à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (23,8 %).

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

L'article 4 de la loi sur la protection sociale dispose que « toute personne ou famille qui a besoin d'une assistance sociale ou d'une aide pour surmonter des problèmes sociaux et les difficultés de la vie et pour créer les conditions lui permettant de subvenir à ses besoins essentiels doit être admise à bénéficier d'une protection sociale, conformément à la loi ». Afin de garantir ce droit, la loi doit prévoir des services sociaux et des aides pécuniaires, qu'elle encadre par d'autres dispositions : les bénéficiaires de l'assistance sociale doivent être de nationalité serbe (article 6) – cela étant, les ressortissants étrangers et les apatrides y ont également accès dès lors que la législation communautaire ou des accords internationaux le permettent ; un complément de ressources peut être servi sous différentes formes – aide sociale en espèces, prestation d'assistance, prestation pour formation professionnelle, prestation en nature et autres.

Cette même loi dispose que des services de proximité destinés aux familles nécessitant un soutien intensif doivent être mis en place et proposés dans le cadre de vie de ces familles (article 40).

Le ministère du Travail, de l'Emploi, des Anciens combattants et des Affaires sociales contribue lui aussi au déploiement de services de proximité, non seulement en qualité de

coordinateur de projets de grande envergure par le biais desquels il finance ces services, mais aussi en tant que bailleur de fonds pour les collectivités locales et les organisations de la société civile auxquelles il est fait appel pour créer de nouveaux services de proximité ou assurer le maintien de ceux déjà en place. Les financements des collectivités locales peuvent provenir de différentes sources : dons, budgets des collectivités locales, budget de l'Etat, etc.

Les bénéficiaires de l'assistance sociale sont en droit :

- d'obtenir des informations sur toutes les données utilisées pour recenser les besoins sociaux et sur les solutions proposées pour y répondre (article 34) ;
- de prendre part à l'évaluation de leur situation et de leurs besoins, ainsi qu'aux décisions prises en la matière ; de recevoir en temps utile tous les renseignements nécessaires ; d'avoir connaissance des autres services qui peuvent leur être proposés à titre de substitution et d'être dûment informés de leurs modalités. Aucun service ne peut être fourni sans le consentement du bénéficiaire, sauf dans les cas prévus par la loi (article 35) ;
- de choisir librement les services et leurs prestataires (article 36) ;
- de se voir garantir la confidentialité de toutes les données à caractère privé (article 37) ;
- d'être assurés du respect de leur vie privée lorsque des services sociaux leur sont fournis (article 38) ;
- de déposer plainte auprès d'une autorité compétente s'ils ne sont pas satisfaits d'un service qui leur a été fourni, d'une procédure appliquée par le prestataire ou du comportement de ce dernier (article 39).

Le Comité relève que les modifications actuellement apportées à la loi sur la protection sociale devraient permettre de mieux cibler les bénéficiaires des prestations d'assistance sociale servies en espèces ; elles devraient également se traduire par une hausse des aides versées aux enfants à charge ainsi que par des mesures destinées à protéger les chômeurs de longue durée, les personnes âgées et les personnes handicapées.

Le Comité note en outre que, selon le rapport, la part que représentent dans le PIB les dépenses consacrées à la protection sociale (moins de 25 %) est inférieure à la moyenne des 28 pays de l'UE, qui était de l'ordre de 29 % ces dernières années.

Le règlement de 2014 relatif à la politique d'inclusion sociale pour les bénéficiaires de prestations d'assistance sociale servies en espèces (Journal officiel de la Republika Sprska n° 112/14) fait obligation de mettre en place des mesures visant à permettre à ceux d'entre eux qui sont capables de travailler de surmonter une situation sociale difficile. Quatre ministères (celui du Travail, de l'Emploi, des Anciens combattants et des Affaires sociales, celui de la Santé, celui de la Fonction publique et de l'Autonomie locale, et celui de l'Education, des Sciences et du Développement technologique) ont passé un accord visant à donner effet aux dispositions dudit règlement.

Le processus d'agrément des prestataires de services se poursuit. Une base de données des services locaux devait voir le jour avant la fin de 2016.

La loi relative au financement des collectivités locales a institué un nouveau mécanisme national de « transferts spécialement affectés » imputés au budget de l'Etat, mécanisme destiné aux municipalités qui n'ont pas les moyens de proposer des services sociaux. Aux termes d'un règlement adopté en mars 2016, lesdits transferts se verront allouer, à compter du 1er janvier 2017, une enveloppe annuelle représentant 1,5 % du budget estimé du ministère du Travail, de l'Emploi, des Anciens combattants et des Affaires sociales pour la mise en place d'un programme d'aides sociales d'un niveau suffisant.

Le Comité note que plusieurs mesures ont bien été déployées – dans le sillage, en particulier, du processus d'adhésion à l'Union européenne -, mais qu'une proportion très importante de la population, surtout des enfants, demeure en situation de risque de

pauvreté. Afin d'avoir une idée plus précise de l'approche globale et coordonnée mise en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, il demande que le prochain rapport indique s'il existe des mécanismes permettant de coordonner les mesures précitées, y compris leur fourniture (en d'autres termes, comment se traduit cette coordination pour ceux qui bénéficient d'une assistance ou de services), quels moyens leur sont alloués et combien de personnes en ont bénéficié au cours de chaque année couverte par la période considérée.

Le Comité renvoie par ailleurs à son constat de non-conformité relatif aux autres dispositions de la Charte pertinentes pour évaluer la conformité avec l'article 30 (voir Conclusions 2013, Observation interprétative de l'article 30). Il renvoie plus particulièrement :

- à l'article 1§1 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que les efforts déployés au titre des politiques de l'emploi soient suffisants pour lutter contre le chômage et favoriser la création d'emplois (Conclusions 2016) ;
- à l'article 10§4 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que des mesures spéciales de reconversion professionnelle et de réinsertion des chômeurs de longue durée soient effectivement prises ou encouragées (Conclusions 2016) ;
- à l'article 12§1 et à sa conclusion selon laquelle la durée de service des indemnités de chômage versées aux personnes justifiant d'un maximum de cinq années d'affiliation au régime d'assurance chômage est trop brève (Conclusions 2017) ;
- à l'article 13§1 et à sa conclusion selon laquelle le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant (Conclusions 2017) ;
- à l'article 15§2 et à sa conclusion selon laquelle, d'une part, l'accès effectif au marché ordinaire du travail n'est pas garanti aux personnes handicapées et, d'autre part, il n'est pas établi que l'obligation légale d'aménagements raisonnables soit respectée (Conclusions 2016) ;
- à l'article 16 et à sa conclusion selon laquelle l'égalité de traitement des ressortissants des autres Etats parties n'est pas assurée en ce qui concerne le versement des prestations familiales (Conclusions 2015).

Sur la base des informations dont il dispose, le Comité constate qu'en dépit de quelques modestes progrès (intervenus, pour beaucoup, après la période de référence), le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale demeure très élevé, en particulier pour les enfants, que la part des dépenses destinées à y remédier est faible, et qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il considère par conséquent que la situation n'est pas conforme aux prescriptions de l'article 30.

Contrôle et évaluation

Selon le rapport, les autorités serbes suivent régulièrement les initiatives et activités mises en place pour favoriser l'inclusion sociale et lutter contre la pauvreté, et en rendent compte. Les informations sur lesquelles elles s'appuient à cet effet proviennent d'enquêtes statistiques périodiques ainsi que d'analyses des données administratives relatives aux bénéficiaires des prestations destinées aux plus démunis. Des renseignements plus précis figurent par ailleurs dans d'autres documents tels que les premier et deuxième rapports sur l'inclusion sociale et la lutte contre la pauvreté (adoptés respectivement en 2010 et 2014), ou encore celui consacré à la réforme de la politique de l'emploi et de la politique sociale, établi dans le cadre du processus d'adhésion à l'Union européenne, qui définit les mesures et activités qui seront déployées dans les années à venir pour offrir une meilleure protection aux populations vulnérables et qui précise les crédits budgétaires y afférents. Un groupe de travail interministériel constitué en application de l'arrêté ministériel relatif à la poursuite de ladite réforme a été chargé d'en suivre la mise en œuvre. Le ministère du Travail, de l'Emploi, des Anciens combattants et des Affaires sociales a coordonné l'ensemble du

processus ayant conduit à la définition et à l'élaboration de la réforme, avec les conseils avisés de l'Equipe en charge de l'inclusion sociale et de la lutte contre la pauvreté.

Le Comité relève que, dans la mesure où elle suit les efforts menés pour combattre l'exclusion sociale et la pauvreté, l'Equipe précitée renforce les capacités du Gouvernement à mettre en place des politiques en faveur de l'inclusion sociale.

Le Comité rappelle cependant que l'article 30 de la Charte requiert l'existence de mécanismes de surveillance servant à contrôler et adapter les efforts menés dans tous les domaines et secteurs, et à tous les niveaux (national, régional, local), pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale, mécanismes qui mobilisent tous les secteurs concernés, y compris la société civile et les personnes directement affectées par la pauvreté et par l'exclusion (voir Conclusions 2003, France, article 30). Il demande par conséquent que le prochain rapport fournisse des informations complètes sur les mécanismes couvrant tous les secteurs et domaines de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Serbie n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

REPUBLIQUE SLOVAQUE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la République slovaque, qui a ratifié la Charte le 23 avril 2009. L'échéance pour remettre le 7e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la République slovaque l'a présenté le 9 novembre 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 République slovaque a accepté toutes les dispositions de ce groupe, excepté l'article 13§4.

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

Les Conclusions relatives à la République slovaque concernent 18 situations et sont les suivantes :

– 9 conclusions de conformité : articles 3§3, 3§4, 11§2, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3, 14§1 et 14§2,

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

* * *

*

De plus, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet de la conclusion de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations concernant le droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16).

Le Comité a examiné ces informations et a adopté une conclusion de conformité concernant cet article.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 l'orientation professionnelle (article 9),
- droit à la formation professionnelle – formation technique et professionnelle ; accès à l'enseignement technique supérieur et à l'enseignement universitaire (article 10§1),
- droit à la formation professionnelle – chômeurs de longue durée (article 10§4),
- droit à l'exercice d'une activité lucrative sur le territoire des autres Parties contractantes – simplification des formalités et réduction des droits et taxes (article 18§2),
- droit à la protection en cas de licenciement (article 24).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 9 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.

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 République slovaque.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a examiné le cadre réglementaire et législatif et a noté que ce dernier offrait une approche globale de la politique de santé et de sécurité au travail. Il a demandé des précisions sur les changements introduits par la loi n° 124/2006 relative à la santé et à la sécurité au travail (Conclusions 2013 et XIX-2 (2009)). Le rapport ne contient aucune information à ce sujet.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a aussi demandé lesquelles, des autorités de santé publique ou des autorités d'inspection du travail, étaient chargées de contrôler l'application par les employeurs des obligations de protection édictées par la loi n° 124/2006. Le rapport précise que le Ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille est la principale instance responsable du contrôle de la santé et de la sécurité au travail et des conditions de travail. Son rôle est d'assurer la conception, la coordination et l'exécution de la politique de l'État, d'élaborer les documents d'orientation, des rédiger les textes réglementaires et de veiller à leur application dans la pratique. L'Inspection nationale du travail fait partie du Ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille. Elle dirige les activités de ses antennes régionales, supervise et vérifie les normes de protection du travail et veille au respect de la réglementation en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Le Ministère de la Santé est la principale instance responsable de la santé au travail pour les professions directement exposées à des substances chimiques, cancérigènes et mutagènes, ainsi qu'au bruit et aux vibrations. Sous la coordination directe du Ministère de la Santé, l'Autorité de santé publique et ses antennes régionales assurent dans la pratique l'exécution des règles de protection de la santé au travail.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Le Comité a également demandé des informations sur les actions mises en œuvre et les résultats obtenus dans le cadre de la Stratégie 2008-2012 relative à la santé et à la sécurité au travail. Le rapport précise qu'elle a conduit à l'adoption, le 10 juillet 2013, de la Stratégie 2013-2020 relative à la santé et à la sécurité au travail, qui définit et fixe des objectifs d'importance cruciale dans ce domaine. Il ajoute que plusieurs modifications ont été apportées à la loi n° 124/2006 afin de protéger mieux encore la santé des travailleurs. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations plus complètes sur la teneur, la mise en œuvre et les résultats de la stratégie nationale relative à la santé et à la sécurité au travail. Il demande si l'objectif de la stratégie est de développer et maintenir une culture de prévention des risques professionnels. Il demande enfin que le prochain rapport indique si les politiques et les stratégies sont réexaminées périodiquement et, le cas échéant, adaptés en fonction de l'évolution des risques.

Le Comité conclut qu'il n'est pas établi qu'il existe une politique en matière de santé et de sécurité au travail dont l'objectif consiste à développer et à maintenir une culture de prévention.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que les services de l'Inspection du travail participaient au développement d'une culture de sécurité et de santé auprès des employeurs et des travailleurs, et partageaient la connaissance acquise à l'occasion des activités de contrôle.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), il a demandé des précisions sur le rôle joué par les différentes mesures et structures dans l'organisation pratique de l'évaluation des risques professionnels, l'adaptation des mesures de prévention à la nature des risques, et l'organisation de l'information et la formation des travailleurs. Il a également demandé si les pouvoirs publics participaient à la mise en œuvre de mesures de prévention (évaluation des risques, sensibilisation, mesures de protection de la sécurité), tant au niveau national qu'au niveau des entreprises. Le rapport précise que dans le domaine de la protection de la santé au travail, l'Autorité de santé publique veille au respect par les employeurs de leur obligation de protéger la santé des salariés (loi n° 355/2007 Coll. et règlements ministériels). Elle vérifie régulièrement que les mesures visant à prévenir ou à limiter les maladies professionnelles sont respectées, constate et définit les manquements par les employeurs à leurs obligations légales en la matière et leur inflige des sanctions. Elle assure la coordination des activités de surveillance des conditions de travail menées par l'État avec celles de l'Inspection du travail, et procède à des visites d'inspection communes axées sur la protection de la sécurité et de la santé au travail. L'Autorité de santé publique contrôle les activités des services de santé au travail et mène des enquêtes pour vérifier que la protection de la santé au travail est assurée afin de prévenir les maladies professionnelles. L'Inspection du travail se concentre pour sa part sur la sécurité au travail et sur la prévention des accidents du travail.

Le Comité a demandé des informations sur la manière dont les employeurs, notamment les petites et moyennes entreprises, s'acquittaient de leurs obligations en matière d'évaluation initiale des risques spécifiques aux postes de travail et d'adoption de mesures préventives ciblées dans la pratique. Le rapport n'aborde pas la question de la prévention des risques professionnels au niveau de l'entreprise. Le Comité rappelle qu'outre le respect des règles qui touchent à la protection, il examine également les risques liés au travail et s'assure que les entreprises se dotent de mesures préventives tenant compte de la nature des risques et axées sur l'information et la formation des salariés. Il demande par conséquent ce qui est fait à l'échelon des entreprises sur le plan de la prévention.

Le Comité conclut qu'il n'est pas établi que la prévention des risques professionnels est organisée au niveau des entreprises, que les risques professionnels sont évalués, et que des mesures préventives adaptées à la nature des risques sont adoptées.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur le rôle joué par les pouvoirs publics dans la formation de professionnels de la sécurité et de la santé au travail, l'élaboration de modules de formation à destination des employeurs et des travailleurs et la mise au point de schémas de certification en la matière. Le rapport indique en réponse que le Ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille, le ministère de la Santé et l'Inspection nationale du travail organisent à l'intention des professionnels des séminaires portant sur la santé et la sécurité au travail.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des précisions sur les institutions qui participaient à la recherche sur la sécurité et la santé au travail (analyse de risques sectoriels, élaboration de règles de conduite et de recommandations, formations, etc.). Aucune information n'a été communiquée sur ce point. Le Comité demande une nouvelle fois si les pouvoirs publics sont impliqués dans la recherche (connaissances scientifiques et techniques) en matière de santé et de sécurité au travail et dans d'autres activités (analyse des risques sectoriels, élaboration de normes, formulation

de lignes directrices, publications, séminaires, formations), dans la formation (professionnels qualifiés) et dans l'élaboration de modules de formation (comment travailler, comment minimiser les risques pour soi et pour autrui) et de dispositifs de certification.

Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte, au motif qu'il n'est pas établi que la politique nationale en matière de santé et sécurité au travail inclue de manière adéquate la formation, l'information, la garantie de qualité et la recherche.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions XIX-2 (2009) et 2013), le Comité a demandé des informations sur la participation des organisations de travailleurs au Comité de coordination pour la sécurité et la santé au travail, et sur les contrôles effectués par les inspecteurs de la KOZ SR (Confédération des syndicats de la République slovaque). Il a aussi demandé des informations sur les modalités de consultation entre les employeurs et les travailleurs au niveau des entreprises. Il a souligné que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le rapport suivant, rien ne permettrait d'établir la conformité de la situation avec l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Le rapport précise que les partenaires sociaux sont directement associés à l'élaboration des politiques en matière de santé et de sécurité au travail et des documents s'y rapportant, ainsi que de la législation, par l'intermédiaire du Conseil économique et social, qui doit approuver chaque texte de loi, stratégie et programme avant que le Gouvernement ne puisse les adopter. Si les partenaires sociaux ne donnent pas leur aval, les textes doivent être retravaillés.

S'agissant de la consultation entre employeurs et salariés au niveau de l'entreprise, le rapport ne fournit pas d'informations. Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 22 de la Charte révisée (Conclusions 2014) et considère que la situation de la République slovaque est conforme sur ce point.

Le Comité constate l'existence d'une coopération réelle entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entreprises.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte, aux motifs que :

- il n'est pas établi qu'il existe une politique de santé et de sécurité au travail adéquate ;
- il n'est pas établi que la prévention des risques professionnels soit organisée au niveau des entreprises, que les risques professionnels soient évalués et que des mesures préventives adaptées à la nature des risques soient adoptées ;
- il n'est pas établi que la politique nationale en matière de santé et sécurité au travail inclue de manière adéquate la formation, l'information, la garantie de qualité et la recherche.

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 République slovaque, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§2 de la Charte.

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

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 a précédemment demandé (Conclusions 2013) de commenter l'analyse selon laquelle si le système de prévention et de protection de la sécurité et la santé était organisé par la loi n° 124/2006, la réglementation spécifique de la plupart des risques relevait essentiellement de la loi n° 355/2007 relative à la protection, au soutien et au développement de la santé publique. Il a aussi demandé des explications concernant le système de protection spécifique contre les risques professionnels mis en place par la loi n° 124/2006, et le cas échéant par la loi n° 355/2007(Conclusions 2013 et XIX-2 (2009). Le rapport n'aborde pas ces questions.

Compte tenu de l'absence d'informations dans le rapport, le Comité n'est pas en mesure d'établir si, pendant la période de référence, la législation et la réglementation de la République slovaque en matière de santé et de sécurité au travail étaient conformes à l'article 3§2 de la Charte. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les points suivants :

- si la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail couvrent la majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 (1998) ;
- si cette couverture est spécifique en ce sens que la réglementation définit des prescriptions suffisamment précises pour permettre leur application effective et efficace.

Niveaux de prévention et de protection

Le Comité examine les niveaux de prévention et de protection au travail prévus par les lois et règlements en relation avec certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a précédemment considéré (Conclusions 2013) 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 a demandé des informations complètes et actualisées sur les évolutions de la législation et de la réglementation qui auraient eu, pendant la période de référence, une incidence sur ces niveaux. Il a aussi demandé des précisions concernant l'obligation d'évaluer les risques professionnels sur les lieux de travail et les délais de mise en conformité avec cette obligation. Le rapport ne contient pas d'informations sur les niveaux de prévention et de protection applicables à la mise en place, l'aménagement et l'entretien des postes de travail.

Compte tenu de l'absence d'informations dans le rapport, le Comité n'est pas en mesure d'établir si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation prévue par l'article 3§2 de la Charte, qui exige que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation pour la mise en place, l'aménagement et l'entretien des

lieux de travail soient conformes aux niveaux fixés par les normes de référence internationales. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation et notamment sur toute modification qui leur aurait été apportée pendant la période de référence concernant ces questions en particulier.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité demande que le prochain rapport précise quelles sont les dispositions spécifiques assurant la protection contre les risques d'exposition au benzène.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions XVIII-2 (2007), XIX-2 (2009) et 2013) que les niveaux de prévention et de protection contre l'amiante étaient au moins équivalents à ceux prévus par les normes internationales de référence et a rappelé que le rapport devait contenir des informations sur les évolutions de la législation et de la réglementation intervenues au cours de la période de référence. Il a demandé des informations sur les mesures adoptées pour transposer la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm^3 introduite par la Directive 2009/148/CE. Le rapport n'abordant pas cette question, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et actualisées sur ce point. En attendant, le Comite conclut qu'il n'est pas établi que les niveaux de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes soient suffisants.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions XVIII-2 (2007), XIX-2 (2009) et 2013) que les niveaux de prévention et de protection contre les radiations ionisantes étaient au moins équivalents à ceux prévus par les normes internationales de référence et a rappelé que le rapport devait contenir des informations sur les évolutions de la législation et de la réglementation intervenues au cours de la période de référence. Le rapport n'abordant pas cette question, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et actualisées sur ce point.

Le Comité note que, selon la recommandation n° 103 de la Commission internationale de protection radiologique (2007) concernant l'exposition professionnelle aux radiations, la limite d'exposition devrait être une dose équivalant, pour le cristallin de l'œil, à une moyenne de 20 mSv par an sur une période définie de cinq ans, la valeur annuelle ne devant pas dépasser 50 mSv. Le Comité note également que, selon les commentaires formulés dans la demande directe de la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR), publiée en 2015 (105^e session de la Conférence internationale du travail) concernant la Convention n° 115 sur la protection contre les radiations (1960), l'article 9(2) du règlement n° 345/2006 sur les critères élémentaires de sécurité pour la protection de la santé des travailleurs et du grand public contre les effets des rayonnements ionisants fixe la dose admissible pour le cristallin de l'œil à 50 mSv par an. Le Comité demande que le prochain rapport indique s'il est prévu de réviser le règlement n° 345/2006 à la lumière de l'expérience acquise et des connaissances actuelles.

En ce qui concerne la révision régulière des limites d'exposition, le Comité note que, selon les commentaires formulés dans la demande directe de la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR), publiée en 2014 (104^e session de la Conférence internationale du travail) concernant la Convention n° 148 sur le milieu de travail (pollution de l'air, bruit et vibrations) (1977), le Conseil économique et social de la République slovaque, conformément à l'article 10 de la loi n° 103/2007 et à l'article 8 de son règlement, met en place des organes consultatifs pour chaque domaine de ses activités, qui sont composés d'experts désignés par les représentants du gouvernement et des partenaires sociaux. Le ministère de l'Economie élabore les critères des limites

d'exposition et détermine ces limites. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes informations utiles à cet égard.

Le Comité 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).

Compte tenu de l'absence d'informations dans le rapport, le Comité n'est pas en mesure d'établir si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation prévue par l'article 3§2 de la Charte, qui exige que les niveaux de protection requis par la législation et la réglementation relatives aux substances et aux agents dangereux soient conformes aux niveaux fixés par les normes de référence internationales. Par conséquent, le Comité conclut qu'il n'est pas établi que les niveaux de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes soient suffisants. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, et notamment sur toute modification qui leur aurait été apportée pendant la période de référence concernant ces questions en particulier.

Champ d'application personnel des règlements

Travailleurs temporaires

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a considéré que la situation de la République slovaque était conforme à l'article 3§2 de la Charte en ce qui concernait l'égalité de traitement des travailleurs intérimaires, temporaires et sous contrat à durée déterminée. Il a demandé si des mesures particulières avaient été prises pour assurer la protection des travailleurs temporaires contre les risques résultant de la succession de périodes travaillées au service de plusieurs employeurs.

Le rapport précise que les mêmes règles et principes s'appliquent aux travailleurs temporaires et aux autres catégories de travailleurs, comme le prévoit l'article 2 de la loi n° 124/2006 Coll. relative à la sécurité au travail et à la protection de la santé au travail (voir aussi Conclusions 2015).

Le Comité a aussi demandé des informations actualisées sur les taux d'accidents du travail ventilés par catégories de travailleurs. Le rapport précise que les autorités ne ventilent pas les taux d'accidents en fonction des différents contrats de travail et ajoute que le taux d'accidents était de 0,35 % en 2015.

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Autres catégories de travailleurs

Le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2013) si les employés de maison, les travailleurs indépendants et les travailleurs à domicile étaient couverts par la législation et la réglementation en vigueur, et notamment la loi n° 124/2006, et le cas échéant, la loi n° 355/2007. Il a souligné que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir la conformité de la situation avec l'article 3§2 de la Charte.

Le rapport ne contient pas d'informations faisant état d'une éventuelle évolution du cadre juridique régissant la protection des autres catégories de travailleurs.

Compte tenu de l'absence d'informations dans le rapport, le Comité n'est pas en mesure d'établir si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation prévue par l'article 3§2 de la Charte, qui exige que tous les travailleurs, en ce compris les travailleurs indépendants, soient couverts par une réglementation en matière de santé et de sécurité conforme aux niveaux fixés par les normes de référence internationales. Par conséquent, le Comité conclut qu'il n'est pas établi que les travailleurs indépendants et les employés de

maison soient protégés par la règlementation en matière de santé et de sécurité au travail. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et à la réglementation, et notamment sur toute modification qui leur aurait été apportée pendant la période de référence concernant ces questions en particulier.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2013) des informations sur la participation des organisations de travailleurs au Comité de coordination pour la sécurité et la santé au travail, et notamment sur leur participation à la définition des risques couverts et des niveaux de prévention et de protection. Il a aussi demandé quelles étaient les modalités de consultation au niveau des entreprises entre les employeurs et les travailleurs, et notamment les travailleurs en situation précaire. Il a souligné que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir la conformité de la situation avec l'article 3§2 de la Charte. Le rapport n'aborde pas ces questions.

Le Comité note que, selon les commentaires formulés dans la demande directe de la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR), publiée en 2014 (104e session de la Conférence internationale du travail) concernant la Convention n° 148 sur le milieu de travail (pollution de l'air, bruit et vibrations) (1977), le Conseil économique et social, conformément à l'article 10 de la loi n° 103/2007 et à l'article 8 de son règlement, met en place des organes consultatifs pour chaque domaine de ses activités, qui sont composés d'experts désignés par les représentants du gouvernement et des partenaires sociaux. Le ministère de l'Economie élabore les critères des limites d'exposition et détermine ces limites. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes informations utiles à cet égard.

En l'absence des informations demandées dans le rapport, le Comité n'est pas en mesure d'établir si la situation satisfait à l'obligation prévue par l'article 3§2 de la Charte. Par conséquent, le Comité conclut qu'il n'est pas établi que des consultations avec les organisations d'employeurs et de travailleurs soient organisées. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et à la réglementation, et notamment sur toute modification qui leur aurait été apportée pendant la période de référence concernant ces questions en particulier.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi qu'il existe une législation spécifique couvrant les principaux risques professionnels ;
- il n'est pas établi que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation pour la mise en place, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail soient conformes aux niveaux fixés par les normes de référence internationales ;
- il n'est pas établi que les niveaux de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes soient suffisants ;
- il n'est pas établi que les travailleurs indépendants et les employés de maison soient protégés par la règlementation en matière de santé et de sécurité au travail ;
- il n'est pas établi que des consultations avec les organisations d'employeurs et de travailleurs soient organisées.

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 République slovaque.

Accidents du travail et maladies professionnelles

En réponse à la demande du Comité (Conclusions 2013) concernant l'impact des mesures prises sur les accidents du travail dans le secteur minier, le rapport précise qu'en 2015, 222 accidents du travail ont été recensés, dont un mortel et trois graves. En 2015, le nombre de salariés du secteur minier était de 12 091 personnes et le taux d'accidents du travail dans ce secteur s'élevait à 1,84 %.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a aussi demandé des explications concernant le taux d'incidence extrêmement faible des accidents du travail, indiqué dans le rapport ou par les données EUROSTAT, en comparaison avec la moyenne des 27 pays de l'UE. Le rapport ne répond pas à cette question. Le Comité renouvelle sa question et demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur les obligations de signalement des accidents du travail et sur toute mesure prise pour remédier à un éventuel problème de sous-déclaration dans la pratique.

Le Comité rappelle que les Etats parties sont tenus de communiquer des données précises sur l'évolution des accidents du travail et que, pour apprécier le respect effectif du droit consacré à l'article 3§3 de la Charte, le nombre et la fréquence des accidents du travail et leur évolution sont déterminants. Par conséquent, il demande que des données fiables concernant les indicateurs pris en considération soient communiquées dans le prochain rapport et qu'y figurent notamment des données pour chaque année de la période de référence et des données faisant abstraction des restrictions territoriales ou sectorielles et du seuil d'effectifs (20 salariés) en-deçà duquel les accidents ne sont pas comptabilisés.

D'après les données Eurostat, le nombre d'accidents du travail non mortels ayant entraîné au moins quatre jours civils d'absence n'a guère évolué au cours de la période de référence (8 483 en 2012 et 8 552 en 2014). Le taux d'incidence normalisé des accidents du travail non mortels pour 100 000 travailleurs était de 421,22 en 2012 et de 414,92 en 2014. Le Comité note que ce taux est nettement inférieur au taux moyen relevé dans l'UE des 28 (1 717,15 en 2012 et 1 642,09 en 2014). Le nombre d'accidents mortels, en diminution, est passé de 53 en 2012 à 40 en 2014. De même, le taux d'incidence normalisé d'accidents du travail mortels pour 100 000 travailleurs est passé de 3,14 en 2012 à 2,31 en 2014. Le Comité note que le taux d'incidence normalisé des accidents du travail mortels était inférieur au taux moyen relevé dans l'UE des 28 (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014) à la fin de la période de référence.

Le rapport ne contient pas d'informations concernant les maladies professionnelles. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention. Il 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 République slovaque soit conforme à l'article 3§3 de la Charte.

Le Comité relève dans la base de données du MISSOC que la loi n° 461/2003 relative à l'assurance sociale (annexe I) en République slovaque dresse une liste de 47 maladies

professionnelles. Il note également que, selon les commentaires formulés dans la demande directe de la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR), publiée en 2014 (104e session de la Conférence internationale du travail) concernant la Convention n° 148 sur le milieu de travail (pollution de l'air, bruit et vibrations) (1977), 316 maladies professionnelles avaient été enregistrées en République slovaque en 2013 et que la deuxième cause principale de maladie était le travail avec des équipements sources de vibrations.

Entre-temps, le Comité réserve sa position sur ce point.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage l'Inspection du travail sur les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Le rapport ne contenant pas de réponse à sa question sur ce point (Conclusions 2013), le Comité réitère sa question. 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 République slovaque soit conforme à l'article 3§3 de la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé combien d'inspecteurs du travail étaient employés par l'Inspection nationale du travail, l'Autorité de santé publique et le Bureau des mines. Le rapport précise qu'en 2015, on dénombrait 318 inspecteurs au sein de l'Inspection nationale du travail et de l'Inspection régionale, 35 inspecteurs au sein du Bureau des mines et de ses antennes régionales et 1 993 inspecteurs au sein de l'Autorité de santé publique et de ses antennes régionales. Le Comité note que, selon ILOSTAT, le nombre d'inspecteurs du travail était de 298 en 2012 et de 318 en 2015, et que le nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10 000 salariés était de 1,3 en 2012 et en 2015.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que lui soient communiquées des données statistiques concernant le nombre de visites de contrôle, de plaintes et d'enquêtes à la suite d'accidents menées par les trois instances précitées, pour chaque année de la période de référence.

Le rapport précise qu'en 2015, l'Inspection nationale du travail a procédé à 65 622 inspections (contre 54 421 en 2014) dans 26 847 entreprises et a constaté 406 155 infractions (contre 47 255 en 2014). Elle a infligé 4 770 amendes (contre 2 460 en 2014) d'un montant total de 5 639 304 € (contre 4 964 355 € en 2014) à des organisations et 1 713 amendes (contre 1 683 en 2014), d'un montant total de 100 179 € (contre 108 867 € en 2014) à titre individuel. Le Comité note que le nombre de visites de contrôle a augmenté pendant la période de référence, mais moins que pendant la période de référence précédente (78 916 visites avaient été menées en 2011). D'après le rapport, l'augmentation du nombre d'inspections pendant la période de référence visait, notamment, à faire en sorte que le nombre d'accidents du travail reste faible.

L'Autorité de santé publique a procédé en 2015 à 18 767 visites de contrôle dans 24 482 établissements. Elle a infligé 232 amendes d'un montant total de 120 060 €.

En ce qui concerne le secteur minier, le rapport précise qu'en 2015, 878 visites d'inspection (contre 896 en 2014) ont été menées dans 461 établissements, ce qui a donné lieu à 522 constats d'infraction (contre 392 en 2014). Les services d'inspection ont infligé 32 amendes (contre 15 en 2014) d'un montant total de 22 004 € (contre 30 650 € en 2014) à des organisations et 72 amendes (59 en 2014), d'un montant total de 2 308 € (contre 1 308 € en 2014) à titre individuel.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013, XIX-2 (2009)), le Comité a demandé quel était le nombre de travailleurs couverts par les visites de contrôle par rapport à la population active et combien d'affaires avaient été déférées au parquet et avaient abouti à

une condamnation. Il a souligné que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir la conformité de la situation à l'article 3§3 de la Charte.

Le rapport précise que l'Inspection nationale du travail ne collecte pas d'informations sur le nombre de salariés couverts par les visites d'inspection, mais seulement concernant le nombre d'établissements contrôlés en fonction de leur nombre de salariés. En particulier, en 2015, ont fait l'objet d'une visite de contrôle 7 706 travailleurs indépendants, 11 862 entreprises de un à neuf salariés, 4 412 entreprises de dix à 49 salariés, 2 058 entreprises de 50 à 249 salariés et 809 entreprises de plus de 250 salariés. Le Comité demande une nouvelle fois combien d'affaires ont été déférées au parquet et combien ont abouti à une condamnation.

En réponse à la question posée par le Comité (Conclusions 2013) concernant la fonction, la portée et les conséquences des contrôles effectués par les inspecteurs de la Confédération des syndicats de la République slovaque (KOZ SR) en vertu d'un accord passé avec l'Inspection nationale du travail, le rapport précise que ces inspections sont menées en application des articles 4 et 6 de la Convention n° 155 de l'OIT, de la Constitution de la République slovaque, du code du travail et de la loi n° 124/2006 relative à la santé et à la sécurité au travail. Le Comité note que, lorsqu'elle procède à une inspection, la Confédération des syndicats agit de manière indépendante, dans son domaine de compétence, sans tenir compte de ce que fait l'Inspection nationale. Les inspections axées sur la santé et la sécurité au travail sont exécutés par des syndicats membres de la Confédération. Le rapport ajoute que le système d'inspections a été conçu en s'appuyant sur les instruments de l'OIT et les directives et recommandations de l'Union européenne en la matière. Les inspections portent essentiellement sur la prévention des accidents du travail ; elles visent à donner des conseils professionnels et à offrir une assistance aux employeurs sur les questions de santé et de sécurité. Les inspecteurs participent également aux contrôles menés individuellement sur les lieux de travail. Les syndicats confient ces inspections à des experts de chaque secteur professionnel. Le Comité prend note des compétences des inspecteurs de la Confédération des syndicats dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Le Comité considère que, compte tenu du nombre de visites de contrôle menées et de la proportion de travailleurs couverts, l'inspection du travail est efficace.

Conclusion

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

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 République slovaque.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§4, les États 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, dotés, essentiellement de fonctions de prévention et de conseil. Il peut s'agir de services communs à 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 de 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'État « 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).

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2013) l'institution progressive de services de santé au travail. Il a noté que les travailleurs indépendants avaient accès aux services de médecine du travail et a demandé ce qu'il en était des employés de maison et des travailleurs à domicile, ainsi que des travailleurs temporaires et intérimaires. Il a aussi demandé si l'examen médical préliminaire était renouvelé lors de la réembauche de cette dernière catégorie de travailleurs et s'il existait des secteurs qui étaient exclus du champ d'application de la législation. Le rapport souligne que les mêmes dispositions s'appliquent à ces catégories de travailleurs (travailleurs temporaires et intérimaires, employés de maison et travailleurs à domicile) et ajoute que le suivi médical ne dépend pas du type de contrat de travail mais de la nature des tâches à effectuer (voir Conclusions 2013). Le rapport précise qu'aucun secteur économique n'est exclu de ces dispositions, mais que certains secteurs sont soumis à des exigences supplémentaires. Chaque médecin assume la responsabilité des examens médicaux et de la délivrance des autorisations relative à l'accomplissement de tâches dangereuses.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quel était le nombre de médecins du travail rapporté à la population active. Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. Le Comité réitère sa question.

Le Comité note que, selon les commentaires formulés dans la demande directe de la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR), publiée en 2014 (104e session de la Conférence internationale du travail) concernant la Convention n° 161 sur les services de santé au travail (1985), la Stratégie de protection de la sécurité et de la santé au travail de la République slovaque jusqu'en 2020 ne semble pas comporter de détails au sujet de la politique nationale sur les services de santé au travail, et notamment sur les principes généraux qui régissent leurs fonctions, leur organisation et leur fonctionnement. Le Comité note également que, selon la même source, les soins de santé primaire et la surveillance de la santé sont principalement destinés aux travailleurs qui accomplissent un travail dangereux. En effet, l'article 21(2) de la loi n° 124/2006, modifiée par la loi n°479/2011 Coll., prévoit que l'employeur n'est pas tenu de fournir des services de santé au travail aux employés qui accomplissent un travail compris dans la classification des travaux qui ne présentent « aucun risque de préjudice pour la santé » ou « des travaux qui n'impliquent, après examen du risque, aucune présomption de préjudice quelconque pour la santé ». Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes informations utiles à cet égard.

Le Comité rappelle qu'en acceptant l'article 3§4, les États se sont engagés à donner accès à des services de médecine du travail à tous les travailleurs dans toutes les branches d'activité économique et toutes les entreprises, qu'ils exercent ou non des travaux classés

comme présentant un risque de préjudice pour la santé. Vu la nature progressive des obligations posées par l'article 3§4 de la Charte, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les stratégies mises en place pour tenter, en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, d'améliorer l'accès aux services de sécurité, d'hygiène et de santé au travail dans les petites et moyennes entreprises.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la République slovaque 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 République slovaque.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance en République slovaque (moyenne des deux sexes confondus) était de 76,7 ans en 2015 (75,6 en 2010). L'espérance de vie reste inférieure à celle d'autres pays européens. L'espérance de vie à la naissance était ainsi estimée à 80,6 ans en 2015 pour les 28 pays de l'UE.

Le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) s'élevait à 9,9 en 2015 (contre 9,84 en 2010, 9,70 en 2012, 9,60 en 2013 et 9,50 en 2014.

Le rapport indique que le taux de mortalité infantile a baissé au fil des ans et qu'il s'établissait à 3,1 décès pour 1 000 enfants nés vivants en 2015 (3,1 en 2014 et 2013, 3,4 en 2012). D'après les données publiées par Eurostat, le taux de mortalité infantile s'élevait à 5,1 pour 1 000 enfants nés vivants en 2015 (5,8 en 2014, 5,5 en 2013 et 5,8 en 2012).

Le Comité a noté précédemment une détérioration de la situation s'agissant de la mortalité maternelle. Il a par conséquent demandé quelles en étaient les principales causes et des informations sur les mesures prises pour la réduire (Conclusions 2013). Le rapport indique que le taux de mortalité maternelle est stabilisé à 6 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes depuis 2011. Le Comité relève que selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle s'élevait à 6 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes durant la période de référence. Le rapport indique par ailleurs que ce taux de mortalité s'explique principalement par le fait que nombreuses femmes négligent de se soumettre aux contrôles médicaux réguliers prescrits durant la grossesse. En vue d'abaisser ce taux, la loi 461/2003 relative à la sécurité sociale a été modifiée pour disposer que si la future mère n'effectue pas les contrôles médicaux prescrits, elle ne pourra pas demander les prestations de maternité. Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur les effets de ces dispositions et de toute autre mesure prise pour réduire le taux de mortalité maternelle, notamment chez les catégories vulnérables.

Le Comité a précédemment noté que les décès dus à des maladies cardiaques ischémiques étaient beaucoup plus fréquents en République slovaque que dans d'autres pays européens, à l'instar des décès par pneumonie (Conclusions XIX-2 (2009)), et demandé des informations sur les mesures prises pour remédier à ce problème (Conclusions 2013). Le rapport ne contient aucune information concernant les mesures prises pour réduire le nombre de décès prématurés. Le Comité relève dans le rapport Slovaquie 2016 de la série *Health Systems in Transition* [systèmes de santé en transition] de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé que les maladies de l'appareil circulatoire étaient les causes de décès les plus fréquentes en Slovaquie. Ces maladies étaient responsables de la moitié de l'ensemble des décès en 2014. La même source fait état d'une montée de l'incidence du cancer, du diabète sucré et des troubles mentaux. Le Comité relève en outre dans la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé qu'en 2012, la République slovaque arrivait en tête du classement des pays de l'OCDE pour le taux de mortalité dû aux maladies cardiovasculaires et figurait en 5e position pour le taux de mortalité par cancer. Le niveau de ces indicateurs étant inquiétant, il demande une nouvelle fois que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises pour lutter contre les maladies qui constituent les principales causes de décès prématuré. Entretemps, faute d'informations, il conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures suffisantes aient été prises pour réduire le nombre de décès prématurés.

Accès aux soins de santé

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente pour une description du système de santé (Conclusions 2013).

Il a noté précédemment que la loi relative aux caisses d'assurance maladie oblige celles-ci à évaluer la qualité des prestataires de soins et à les classer selon leur niveau de réussite au regard des critères retenus pour les indicateurs de qualité définis par le ministère de la Santé (Conclusions 2013). Il a également noté que l'Autorité de surveillance des soins de santé veillait à ce que les services de soins de santé et le régime public d'assurance maladie fournissent les prestations adéquates, et demandé à être informé des résultats des activités menées par cet organisme. Le rapport fournit des informations concernant ses principales activités, sa composition et son mandat. Il indique que toute personne estimant ne pas avoir reçu les soins appropriés peut saisir l'Autorité de surveillance d'une plainte.

Le Comité relève que le rapport Slovaquie 2016 de la série *Health Systems in Transition* [systèmes de santé en transition] de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé pointe la faible responsabilité du système de santé, étant donné que très peu des résultats obtenus sont mesurés. Selon une étude menée en 2015 auprès d'un groupe de discussion (*focus group*), la corruption est perçue comme le troisième problème le plus grave du pays, la santé étant considérée comme le secteur où la corruption est la plus répandue. La procédure centralisée d'appels d'offres de marchés publics, par exemple pour les services d'urgence, est jugée particulièrement inefficace et déconnectée des besoins réels en matière de santé. Le Comité demande à recevoir les commentaires du Gouvernement sur ce qui précède dans le prochain rapport.

Le Comité relève que selon l'OCDE, la part du PIB allouée aux dépenses de santé (dépenses en capital non comprises) en République slovaque était de 7,6 % en 2013, par rapport à une moyenne OCDE de 8,9. Ce chiffre est légèrement inférieur à celui de 2012 (7,7). La même source précise que la part des dépenses de santé restant à la charge des patients s'élevait à 22,4 %, contre 19 % en moyenne pour l'ensemble de l'OCDE en 2012. Le Comité note, d'après des données plus récentes de la Banque mondiale, qu'en 2014 les sommes restant à la charge des patients représentait 22,6 % du montant total des dépenses de santé. Le Comité relève dans le rapport Slovaquie 2016 précité, de la série *Health Systems in Transition*, que les dépenses privées se composaient principalement de paiements directs correspondant essentiellement au copaiement pour les médicaments prescrits sur ordonnance et les biens médicaux durables, à la participation aux frais demandée pour l'accès à plusieurs services de santé, notamment en stomatologie, et aux paiements directs pour les médicaments en vente libre. Il demande des informations à jour dans le rapport suivant concernant la part des paiements directs dans les dépenses de santé totales et les mesures prises pour les réduire. Il demande aussi des informations sur la part des paiements directs attribuables aux paiements informels et la fréquence des paiements informels, et si les paiements informels sont une pratique courante en République slovaque.

Le Comité a noté précédemment qu'un arrêté du ministère de la Santé portant sur la question des « listes d'attente » était entré en vigueur au 1er janvier 2010. Si l'assuré doit attendre plus de trois mois pour bénéficier des soins médicaux recommandés par le prestataire, la compagnie d'assurance maladie doit l'inscrire dans une liste d'attente, établie pour chaque prestataire de soins médicaux, suivant les affections énumérées à l'annexe de l'arrêté. Le Comité a demandé à être informé de la mise en œuvre de ce système et notamment si cela avait contribué à assurer que les soins de santé soient fournis dans des délais médicalement acceptables (Conclusions 2013). Le rapport indique que ces listes d'attente aident les patients à mieux se préparer à leur opération, au sens où avant la mise en place de ce dispositif, ils ne savaient pas exactement quand elle aurait lieu si beaucoup d'autres patients attendaient pour la même intervention. Dorénavant, ils savent exactement quand leur opération aura lieu, selon la liste d'attente créée par leur compagnie d'assurance

maladie. Il convient de mentionner que les listes d'attente ne concernent que 4 % de toutes les interventions médicales programmées : d'autres interventions sont réalisées quasi-immédiatement, la priorité étant donnée aux urgences. Le Comité demande des informations sur les règles applicables en matière de gestion des listes d'attente, ainsi que des données statistiques sur les délais d'attente moyens réels pour les soins hospitaliers et ambulatoires ainsi que pour les soins primaires, les soins spécialisés et les interventions chirurgicales.

En réponse à la question du Comité concernant l'existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes, le rapport indique que leur prise en charge est assurée par cinq établissements publics spécialisés (centres pour le traitement de la dépendance aux drogues), des services de consultation externes en santé mentale, des hôpitaux psychiatriques et des pavillons psychiatriques dans les centres hospitaliers universitaires et les hôpitaux généraux. Des prestataires privés assurent aussi le traitement de la toxicomanie. Un traitement de sevrage peut être divisé en deux phases : la désintoxication et la prévention des rechutes. Les cures de désintoxication sont proposées dans des centres ambulatoires et hospitaliers et s'accompagnent généralement d'un traitement pharmacologique. La thérapie de rehaussement de la motivation, la thérapie cognitivo-comportementale et la prévention structurée de la rechute sont les principaux éléments des interventions psychosociales. La prise en charge institutionnelle est assurée à la fois par les services des départements spécialisés dans le traitement des dépendances des hôpitaux psychiatriques et par les centres pour le traitement de la dépendance aux drogues, qui sont des instituts psychiatriques spécialisés. Les services de suivi et de réinsertion sociale des toxicomanes sont assurés par des ONG extérieures au secteur de la santé. Ces prestations sont assurées dans des établissements résidentiels ou par l'intermédiaire de groupes d'entraide.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations concernant l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations concernant l'offre de soins et traitements dentaires (par exemple, qui a droit à des soins dentaires gratuits, coût des principaux traitements et proportion des paiements directs des patients).

Concernant le droit à la protection de la santé des personnes transgenres, le Comité a demandé dans ses conclusions précédentes si, en République slovaque, la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou intégrité physique (Conclusions 2013, Introduction générale). Le Comité prend note des observations présentées par Transgender Europe et ILGA-Europe concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent cycle de contrôle, dont il ressort que la République slovaque fait partie des pays qui subordonnent la reconnaissance juridique de l'identité de genre à une stérilisation. Le rapport ne fournissant aucune information sur ce point, le Comité renouvelle sa question.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures suffisantes aient été prises pour réduire le nombre de décès prématurés.

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 République slovaque.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité a pris note précédemment de plusieurs programmes de promotion de la santé et de prévention des activités nocives : le Programme national de prévention de l'obésité, un programme de protection de la santé des habitants des quartiers défavorisés, la Stratégie nationale de lutte contre la drogue 2009-2012, le Plan d'action contre les problèmes liés à l'alcool 2006-2010 et un programme de réduction du tabagisme. Il a demandé à être informé des résultats/de la mise en œuvre de ces programmes et de toute autre initiative de promotion de la santé qui aurait été prise (campagnes de sensibilisation via les médias ou des documents écrits) (Conclusions 2013). Le rapport indique que la mise en œuvre de l'ensemble des programmes susmentionnés, qui visent à réduire l'incidence des effets négatifs des modes de vie, se poursuivra jusqu'en 2025.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 11§2, les États doivent démontrer, par des mesures concrètes, qu'ils mènent une politique d'éducation utile en faveur de la population en général et des populations concernées par des problèmes spécifiques (*FMDH c. Grèce*, réclamation n° 30/2005, décision sur le bien-fondé du 6 décembre 2006, paragraphes 216 et 219). L'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de la politique de santé publique. Les activités peuvent être plus ou moins développées selon les problèmes de santé publique les plus importants dans le pays (Conclusions 2007, Albanie). Le Comité demande des informations sur les activités concrètes/spécifiques – par exemple des campagnes ou programmes d'éducation ou de sensibilisation – entreprises par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (dans le cadre des programmes mentionnés dans le rapport ou d'autres initiatives).

S'agissant de l'éducation à la santé à l'école, il ressort du rapport que d'importants changements ont été apportés aux programmes scolaires, avec l'introduction de nouvelles thématiques ayant trait à un mode de vie sain, à la protection de la santé, à l'activité physique et à la promotion de la santé. Des séances d'information animées par des experts sont en outre organisées pour sensibiliser aux aspects négatifs du tabagisme et de la consommation de drogues.

Le Comité rappelle que les États doivent assurer que : l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires ; les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif ; la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante ; il faut en particulier s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique ; une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (*Centre international pour la protection juridique des droits de l'homme (INTERIGHTS) c. Croatie*, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphes 46-47). Le Comité demande que le rapport suivant indique si une éducation sexuelle et génésique est dispensée à l'école en République slovaque et, dans l'affirmative, quelles en sont les modalités.

Consultation et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a rappelé qu'une surveillance médicale gratuite doit être organisée pendant toute la scolarité et demandé des informations concernant la

fréquence des examens médicaux à l'école, leurs objectifs, la proportion d'élèves concernés et les ressources en personnel (Conclusions 2013).

Le rapport indique que conformément aux dispositions du droit interne, tout enfant bénéficie d'un suivi médical régulier pendant sa première année de vie, sous forme de neuf visites médicales axées sur différents aspects de la santé du nourrisson. Un bilan est en outre effectué à 2 et 3 ans. Avant l'entrée à l'école, les enfants âgés de 5 ans sont soumis à un examen pédiatrique complet comportant la réalisation d'un bilan psychologique, afin de vérifier leur aptitude physique et mentale à suivre l'enseignement primaire. Les contrôles suivants ont lieu à l'âge de 7 ans (si l'enfant n'avait pas commencé l'enseignement primaire) et à l'âge de 9 ans. Par la suite, les visites médicales obligatoires ont lieu tous les deux ans.

S'agissant du dépistage des maladies qui constituent les principales causes de décès, le Comité a précédemment pris note de l'existence d'un programme national de prévention des maladies cardiovasculaires visant à réduire la mortalité globale due à ces affections, et demandé si d'autres programmes de dépistage étaient en place pour le cancer, la pneumonie et d'autres causes majeures de mortalité (Conclusions 2013). Le rapport indique qu'il est procédé à des dépistages réguliers pour différents types de cancer à compter du moment où une personne atteint l'âge où l'incidence de ces cancers est la plus forte. Il ajoute que des contrôles réguliers sont également effectués pour d'autres maladies relevant de la médecine interne pour lesquelles le taux de mortalité associé devient élevé à partir d'un certain âge, à l'instar de ce qui se fait pour le dépistage du cancer. Le Comité demande des informations confirmant que des dépistages des maladies responsables de taux élevés de mortalité prématurée sont organisés gratuitement et de façon systématique, étayées d'exemples concrets.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la République slovaque 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 République slovaque.

Environnement sain

Le Comité a demandé précédemment que le rapport suivant ne se contente pas de dresser la liste des mesures de prévention/protection contre les risques liés à l'environnement, mais qu'il fournisse également des informations concernant la mise en œuvre de la législation. Par exemple, en donnant des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique et les tendances en la matière, ou sur les cas de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire enregistrés pendant la période de référence (Conclusions 2013).

Le rapport ne fournit pas d'informations sur les mesures prises en matière de protection de l'environnement. Il se limite à énumérer les missions et activités de l'Institut slovaque d'hydro-météorologie, qui gère un système de surveillance intégré à l'échelle nationale de tous les aspects clés de l'atmosphère et de l'hydrosphère.

Le Comité demande que le rapport suivant comporte des informations relatives aux principales lois et mesures adoptées dans le domaine de la protection de l'environnement (protection de la qualité de l'air et de la salubrité de l'eau, limitation de l'exposition au bruit), ainsi que dans les domaines des radiations ionisantes, de l'amiante et de la sécurité alimentaire. Il demande aussi à recevoir des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique et d'exposition à l'amiante et les cas de pollution de l'eau et d'intoxication alimentaire enregistrés durant la période de référence. Entretemps, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures appropriées aient été prises pour assurer un environnement sain.

Tabac, alcool et substances psychotropes

S'agissant du tabac, le Comité a demandé dans sa conclusion précédente des informations à jour sur l'état des lois concernant les environnements sans tabac, les mises en garde sanitaires figurant sur les paquets de tabac, ainsi que la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac (Conclusions 2013). Le rapport indique que la loi 89/2016 Coll. sur la fabrication, l'étiquetage et la vente du tabac et de ses produits dérivés a été adoptée et est entrée en vigueur à compter du 20 mai 2016. Ce texte énonce les règles applicables aux ingrédients et aux émissions des produits du tabac et aux informations y afférentes, dont les teneurs maximales en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes ; les obligations en matière d'étiquetage et de conditionnement des produits du tabac, y compris les avertissements sanitaires qui doivent être apposés sur les produits du tabac ; l'interdiction du tabac à usage oral ; des dispositions relatives à la vente à distance transfrontalière de produits du tabac, et les conditions de mise sur le marché de nouveaux produits du tabac.

En ce qui concerne les environnements sans fumée, le rapport indique que la loi 377/2004 Coll. relative à la protection des non-fumeurs instaure l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Ceci englobe l'ensemble des transports en commun (aéroports, arrêts de bus, stations de tramways, etc.), les établissements de soins, les établissements scolaires du primaire et du secondaire et leurs équipements sportifs, les universités et les résidences étudiantes, les structures prestataires de services sociaux, les institutions culturelles, les bâtiments de l'administration publique, les restaurants, bars et pubs si ces locaux n'ont pas aménagé sur au moins 50 % de leur surface un espace sans fumée entièrement cloisonné, séparé du reste de l'établissement et dédié aux non-fumeurs. Le rapport précise que chaque ville peut mettre en place une interdiction de fumer dans d'autres lieux publics relevant de sa compétence. Le Comité note, dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (Profil Slovaquie 2017), que les lieux suivants ne sont pas des environnements entièrement sans fumée : les établissements publics, les cafés, pubs et bars, les transports

en commun. Le Comité demande des informations sur les mesures de réduction du tabagisme dans ces environnements.

Le rapport indique que d'après les informations communiquées par le Conseil du Gouvernement de la République slovaque pour la politique antidrogue, la consommation de drogues et d'alcool est en recul constant. Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations à jour présentant les chiffres et tendances de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport ne fournit pas d'information concernant les évolutions en matière de vaccination et de surveillance épidémiologique durant la période de référence. Le Comité demande des informations à jour sur ce point, y compris des données statistiques sur le taux de couverture vaccinale.

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 soit conforme à la Charte sur ce point.

Accidents

Le rapport ne fournit pas d'information concernant l'évolution des accidents durant la période de référence.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 11 de la Charte, les États doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents à l'école et les accidents durant les loisirs (Conclusions 2005, République de Moldova). Il demande que des informations sur les tendances observées en la matière figurent dans le rapport suivant. Il demande aussi des informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents et sur les campagnes menées dans cette optique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures appropriées aient été prises pour assurer un environnement sain.

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 République slovaque.

S'agissant des **prestations familiales** et des **prestations de maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité a précédemment relevé que le système slovaque de sécurité sociale couvrait l'ensemble des branches traditionnelles (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail / maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants) et reposait sur un financement collectif en ce qu'il était alimenté par des cotisations (versées par les employeurs, les travailleurs et l'Etat) ainsi que par des fonds imputés au budget national.

Le rapport ne donne aucune information quant au pourcentage de la population couvert par les différentes branches de la sécurité sociale. D'après la base de données MISSOC, tous les résidents sont couverts en ce qui concerne les **soins de santé**, par le régime d'assurance maladie universel, financé par des cotisations obligatoires et par des subventions de l'Etat. Sont couverts par les régimes **vieillesse, invalidité et survivants** tous les travailleurs salariés et indépendants dont les revenus annuels sont supérieurs à 50 % de la rémunération moyenne nationale (soit 4 944 € en 2015), les personnes qui s'occupent d'un enfant âgé de moins de 6 ans (18 ans si l'enfant est handicapé), les titulaires de l'allocation d'assistance (*Príspevok za opatrovanie*) ainsi que les personnes qui dispensent une aide personnelle à raison d'au moins 140 heures par mois. L'affiliation volontaire est possible sous certaines conditions et des régimes spéciaux ont été mis en place pour les policiers, les militaires et les douaniers. Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté qu'en 2011, le taux de couverture pour les prestations de vieillesse était de 81 % et le taux de remplacement de 51,5 %.

Concernant les **accidents du travail / maladies professionnelles**, le Comité relève dans la base de données MISSOC qu'il existe un régime d'assurance obligatoire financé par les cotisations patronales, régime qui verse aux salariés des indemnités pécuniaires liées aux gains selon un principe de garantie de ressources (à hauteur d'au moins 80 %). Ce régime couvre tous les salariés et, dans certaines circonstances, les étudiants ainsi que d'autres personnes ; les travailleurs indépendants ne peuvent cependant en bénéficier.

En réponse à la question posée par le Comité, le rapport indique que l'assurance **maladie** est obligatoire pour les actifs – travailleurs salariés et indépendants ; seules certaines catégories de personnes n'entrent donc pas dans le champ d'application de ce régime (c'est le cas, par exemple, des étudiants et des chômeurs). Le Comité note néanmoins que, selon la base de données MISSOC, les travailleurs indépendants ne sont couverts par l'assurance obligatoire qu'à la condition que leurs revenus annuels soient supérieurs à 50 % de la rémunération moyenne nationale ; il relève également qu'une affiliation volontaire est possible et que des régimes spéciaux ont été mis en place pour les policiers, les militaires et les douaniers. Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté qu'en 2011, le taux de couverture pour les prestations de maladie était de 75 % et le taux de remplacement de 63,4 %.

Pour ce qui est de l'assurance **chômage**, le rapport précise que ce régime, qui forme un sous-système de la sécurité sociale, est obligatoire pour tous les salariés, mais non pour les travailleurs indépendants. Pour avoir droit aux prestations de chômage, il faut justifier d'un total cumulé d'au moins deux années de cotisation à l'assurance chômage au cours des trois dernières années (quatre en cas d'emploi temporaire). Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté qu'en 2011, le taux de couverture pour les prestations de chômage était de 58,9 % et le taux de remplacement de 61,2 %.

Le Comité souligne que, pour pouvoir déterminer si la couverture personnelle est suffisante, il doit trouver, dans tous les rapports, des données actualisées concernant le nombre de personnes ou le pourcentage de la population bénéficiant de la couverture de santé, ainsi que le nombre de personnes ou le pourcentage de la population active auxquels sont servies des prestations en remplacement des revenus (chômage, retraite, maladie). Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées à ce sujet.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 6 390 € par an en 2015, soit 577,5 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait 3 465 € par an, soit 288,75 € par mois. Le seuil de 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 231€ par mois. Le salaire minimum s'élevait à 380 € par mois en 2015.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé la situation de la République slovaque non conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que les niveaux minima des prestations de chômage, de maladie et de vieillesse étaient insuffisants. Il a en outre estimé que le motif pour lequel les prestations de maladie pouvaient être réduites était discriminatoire.

Selon le rapport, le système de sécurité sociale, dont proviennent toutes les prestations précitées, ne prévoit pas de minima prédéfinis. Leur montant est calculé à partir de la base d'évaluation journalière et du niveau de revenus. Dans la mesure où il n'existe pas de minimum prédéfini, on pourrait considérer que les prestations les plus modestes vont à ceux qui perçoivent le salaire minimum. Le rapport ne donne cependant aucune information concernant le montant des prestations servies à ceux qui perçoivent le salaire minimum, mais insiste sur le fait que le nombre de travailleurs rémunérés au salaire minimum est inférieur à 2 % de la population, de sorte que le nombre d'assurés qui touchent des indemnités de chômage ou une retraite "minimales" est très faible. Les autorités affirment par ailleurs dans le rapport que les taux de remplacement des prestations servies en République slovaque sont conformes aux niveaux prescrits par le Code européen de sécurité sociale – quand bien même la Slovaquie n'a pas ratifié cet instrument. Elles renvoient aux taux de remplacement mentionnés ci-dessus et dans les précédentes Conclusions, mais ne fournissent pas de données actualisées à ce sujet. Enfin, selon le rapport, les aides sociales de l'Etat (allocation pour difficultés matérielles, allocation de protection, allocation d'activation, allocation logement, allocation de garde d'enfant, allocation de maternité, allocation de parent, allocations familiales et autres prestations) sont ouvertes à toute personne répondant aux critères d'admission requis, notamment aux conditions de ressources. Selon les informations fournies dans le cadre de l'article 13§1, le montant maximum des prestations complémentaires atteignait 243,54 € pour un célibataire, mais il n'est pas précisé si ce plafond concerne la période de référence.

Le Comité note d'après la base de données MISSOC que :

- **les indemnités de chômage** sont calculées à partir de la base d'évaluation moyenne (revenus bruts) des deux dernières années et sont plafonnées à un montant égal au double du salaire mensuel moyen national. Elles correspondent à 50 % de la base d'évaluation et sont servies pour une durée maximale de six mois (quatre mois pour les salariés sous contrat à durée déterminée). A l'issue d'une période de trois mois, le bénéficiaire peut choisir de continuer à percevoir les indemnités pendant trois mois maximum ou de se désinscrire comme demandeur d'emploi et obtenir ainsi une prime. Le Comité note que, si l'on prend le salaire minimum comme base d'évaluation, le montant minimal des indemnités de chômage s'élevait à 190 € par mois en 2015, somme qui représente 33 % à peine du revenu médian ajusté et qui est dès lors insuffisante. D'autre part, le rapport ne précise toujours pas, comme il a été demandé dans les Conclusions XVIII-1 (2006), XIX-2 (2009) et 2013) si les chômeurs disposent d'une période initiale durant laquelle ils peuvent refuser une offre d'emploi au motif qu'elle ne

répond pas à leurs exigences ou à leur expérience professionnelle, sans risquer de perdre définitivement ou momentanément leurs indemnités de chômage. Par conséquent, le Comité maintient que la situation n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que le montant des indemnités de chômage est insuffisant et qu'il n'est pas établi les chômeurs disposent d'une période initiale raisonnable durant laquelle ils peuvent refuser une offre d'emploi ne correspondant pas à leurs qualifications sans risquer de perdre leurs indemnités de chômage ;

- **les indemnités de maladie** sont calculées à partir de la base d'évaluation, qui représente les revenus journaliers de l'année précédente, assortis d'un plafond égal à 1,5 fois le salaire mensuel moyen national. Les prestations correspondent à 25 % de cette base d'évaluation durant les trois premiers jours et à 55 % ensuite, pendant une durée maximale de 52 semaines. Le Comité note que, pour un travailleur à temps plein rémunéré au salaire minimum, le montant minimal des indemnités de maladie s'élevait à 209 € par mois en 2015, somme qui représente 36 % à peine du revenu médian ajusté et est dès lors insuffisante. Les prestations sont minorées de 50 % si la maladie résulte d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Aucune indemnité n'est accordée si la maladie est une conséquence du comportement à risque de l'assuré. En cas de non-respect d'un traitement prescrit, le droit aux prestations est suspendu pour une durée de 30 jours calendaires. Le Comité relève dans les informations fournies au Comité gouvernemental (rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions 2013) qu'en vertu de l'article 111 par. 1 de la loi n° 461/2003 Coll relative à l'assurance sociale, la minoration de 50 % s'applique lorsque l'intéressé s'est lui-même blessé sous l'influence de l'alcool ou de drogues, tandis que la prestation est versée intégralement si la maladie résulte d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Le Comité demande que le prochain rapport précise si cela signifie que la minoration concerne en fait le régime des accidents de travail et non l'assurance maladie, et fournisse toutes informations et données utiles sur ces deux questions. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

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

Le Comité demande que le prochain rapport contienne toute information pertinente et à jour sur ces prestations, ainsi que sur celles versées en cas d'**invalidité** ainsi qu'au titre d'**accidents du travail** et **maladies professionnelles**.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le niveau minimum des prestations de chômage est insuffisant ;
- il n'est pas établi que les chômeurs disposent d'une période initiale raisonnable durant laquelle ils peuvent refuser une offre d'emploi ne correspondant pas à leurs qualifications sans perdre leur droit aux prestations de chômage ;
- le montant minimum des prestations de maladie 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 République slovaque.

Le Comité constate que la République slovaque n'a pas ratifié le Code européen de sécurité sociale. Par conséquent, faute de pouvoir prendre en considération d'autres sources, telles que les résolutions du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale, il lui faut faire sa propre évaluation en se fondant sur les informations fournies dans le rapport.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum), soit au moins six des neufs parties du Code, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux et la vieillesse pour trois).

Le Comité note que la République slovaque a ratifié la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum) et a accepté les parties II, III, V, VII, VIII, IX et X, qui concernent respectivement les soins médicaux, les indemnités de maladie, les prestations de vieillesse, les prestations aux familles, les prestations de maternité, les prestations d'invalidité et les prestations de survivants. A la suite de la ratification de la Convention n° 130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, la partie III ne s'applique plus. La République slovaque a également ratifié la Convention n° 128 de l'OIT concernant les prestations d'invalidité et les prestations de survivants. Le Comité note que le Rapport 2017 de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT ne mentionne aucune observation ni demande directe à l'intention du Gouvernement concernant ses Conventions n^{os} 102, 128 et 130

Le Comité note également que le présent rapport fait état du constat posé par la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations, selon lequel la République slovaque se conforme à la Convention n° 102 de l'OIT.

Le Comité rappelle qu'afin de pouvoir déterminer si le système de sécurité sociale est maintenu à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code, il lui faut apprécier les informations relatives aux branches couvertes, au champ d'application personnel et au niveau des prestations versées.

Le Comité rappelle avoir estimé, dans le cadre de son appréciation relative à la situation au regard de l'article 12§1, que le système slovaque de sécurité sociale couvre la totalité des risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants), et avoir demandé au titre de ce même article que lui soient fournies des informations à jour afin de pouvoir évaluer l'adéquation de la couverture personnelle. Il rappelle également avoir considéré, dans le cadre de son appréciation au regard de l'article 12§1, que les montants minima des prestations versées en cas de chômage et de maladie sont insuffisants, et qu'il n'est pas établi que les chômeurs disposent d'une période initiale raisonnable durant laquelle ils peuvent refuser une offre d'emploi ne correspondant pas à leurs qualifications sans perdre leur droit aux prestations de chômage. En ce qui concerne les prestations de vieillesse, le Comite renvoie à son évaluation au titre de l'article 23. Le Comité tient compte du fait que le montant des prestations servies dans les autres branches semble être d'un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque 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 République slovaque.

Il relève dans ledit rapport l'instauration, en 2015, de pensions minimales destinées à garantir un niveau de vie décent aux personnes âgées qui, à défaut, connaîtraient des difficultés matérielles. Il note que, selon la base de données MISSOC, la prestation de vieillesse minimale (premier pilier) correspond depuis 2015 à 136 % du minimum vital lorsque l'intéressé justifie d'au moins 30 années de cotisation ; ce montant est majoré de 2 % par année de cotisation supplémentaire, et de 3 % après 40 années de cotisation.

Le Comité relève par ailleurs que, d'après un document d'information sur la réforme des retraites en Slovaquie établi par l'Institut syndical européen, une importance plus grande a été accordée, depuis le 1er janvier 2013, au principe de solidarité lié au régime obligatoire de retraite. Le taux de remplacement des revenus a été revu à la hausse pour les nouveaux retraités qui avaient perçu de bas salaires durant leur carrière professionnelle, et à la baisse pour ceux ayant perçu des salaires élevés. Les mesures d'incitation fiscale en faveur du régime de retraite complémentaire volontaire ont été suspendues entre 2011 et 2013. Depuis 2013, les cotisations à l'assurance pension sont dues non seulement sur les gains tirés de contrats d'emploi et l'exercice d'une activité indépendante, mais aussi sur le travail effectué en dehors d'une relation d'emploi. S'agissant du régime privé de retraite, le taux initial des cotisations a été ramené, en septembre 2012, de 9 à 4 % du salaire brut. Le principe d'affiliation audit régime a été revu à plusieurs reprises ; elle est restée volontaire jusqu'en mars 2012 et est ensuite devenue obligatoire pour toutes les personnes entrées sur le marché du travail à compter d'avril 2012, avec cependant la possibilité d'y renoncer au cours des deux premières années d'emploi. Depuis le 1er janvier 2013, les nouveaux affiliés ne sont automatiquement inscrits qu'au premier pilier de sécurité sociale ; jusqu'à l'âge de 35 ans, ils peuvent cependant demander librement à s'affilier au deuxième pilier (OCDE 2015 ; Commission européenne et Comité de la protection sociale 2015). La durée de cotisation minimale pour l'ouverture de droits à pension dans le deuxième pilier a été ramenée de quinze à dix ans en avril 2012, et a été totalement supprimée au 1er janvier 2015 (voir Commission européenne et Comité de la protection sociale 2015 ; OCDE 2015).

A la lumière des informations disponibles dans d'autres sources, le Comité considère que la situation est conforme à l'article 12§3 de la Charte. Il rappelle néanmoins que les Etats sont tenus de fournir, dans tous les rapports relatifs à l'article 12§3, des informations pertinentes sur les mesures adoptées pour améliorer progressivement le système de sécurité sociale. Ces informations doivent indiquer la nature des changements apportés, les raisons avancées pour expliquer ces changements, le cadre de la politique sociale et économique dans lequel ils interviennent, ainsi que leur ampleur et les résultats qui en découlent. Le Comité demande par conséquent que ces informations soient régulièrement communiquées dans tous les rapports à venir.

S'agissant des modifications apportées durant la période de référence aux prestations de maternité et aux prestations pour garde d'enfants, le Comité en examinera la portée et les effets lors de son prochain examen relatif à la conformité des situations nationales au regard des articles 8 et 16.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque 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 République slovaque.

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

Droit à l'égalité de traitement

Le rapport ne contient pas d'informations sur l'égalité de traitement. Toutefois, le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), considéré la situation conforme à la Charte sur ce point compte tenu de la législation de l'UE portant sur la coordination des systèmes sécurité sociale des États Membres de l'UE, régie par les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, tels qu'amendés par le règlement (UE) n° 1231/2010, et la loi slovaque qui encadre ces questions.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 (Conclusions XVIII-1 (2006), Chypre).

Bien que le rapport ne contienne pas d'informations à ce sujet, le Comité note, d'après le précédent rapport, qu'aucune condition de résidence de l'enfant n'est exigée pour le versement des prestations familiales.

Le Comité relève, cependant, dans la base de données MISSOC, que la République slovaque subordonne le versement des prestations familiales à la double condition que l'enfant et le bénéficiaire résident tous deux légalement, de façon temporaire ou permanente, en République slovaque. Il demande que le prochain rapport précise la situation et, entre-temps, réserve sa position sur ce point.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé si les accords conclus avec le Monténégro, la Serbie et la Fédération de Russie règlent la question du versement des prestations familiales. Il a également demandé si des accords sont envisagés avec les États qui appliquent un principe différent que celui de la condition de résidence de l'enfant pour l'admission au bénéfice des prestations familiales (Albanie, Andorre, Arménie, Géorgie et Turquie). Le précédent rapport indique que le versement des prestations familiales n'est pas régie par les accords bilatéraux de sécurité sociale mais plutôt par le système d'assistance sociale d'État, financé sur le budget de l'État et, de ce fait, toute personne résidant légalement sur le territoire de la République slovaque peut demander à bénéficier de ces prestations sous réserve d'éligibilité. Ledit rapport précise que les conditions imposées aux ressortissants étrangers sont les mêmes que celles imposées aux ressortissants slovaques.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le rapport ne contient pas d'informations sur l'exportabilité des prestations sociales. Le Comité a toutefois considéré, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), que la situation en République slovaque est conforme à la Charte sur ce point, eu égard à l'article 116§3 de la loi n° 461/2003 Coll. relative à la sécurité sociale. La situation n'ayant pas changé, le Comité réitère donc sa conclusion de conformité sur ce point.

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

Le Comité rappelle que le fait d'avoir changé de pays d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. 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 (Conclusions XIV-1 (1998), Portugal). Les États ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : conventions multilatérales, accords bilatéraux, ou tout autre moyen, comme des mesures unilatérales, législatives ou administratives.

Les principes de la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi et la proratisation des prestations s'appliquent aux ressortissants des États parties membres de l'UE ou appartenant à l'EEE. S'agissant des ressortissants des États non membres de l'UE ou n'appartenant pas à l'EEE, le présent rapport indique que ces principes sont consacrés par des accords bilatéraux, que la République slovaque a pour l'heure conclu avec la Fédération de Russie, la Serbie, l'Ukraine, la Turquie, la Bosnie-Herzégovine, le Monténégro et "l'ex-République yougoslave de Macédoine" (ancien accord bilatéral avec l'ex-Yougoslavie) et les pays de l'ex-Union soviétique. Le rapport indique également que la République slovaque a entamé des négociations avec "l'ex-République yougoslave de Macédoine", le Monténégro et la Russie. Le Comité relève dans le précédent rapport que, en ce qui concerne "l'ex-République yougoslave de Macédoine", un accord a été signé en novembre 2014. Il demande que le prochain rapport fournisse davantage de précisions sur ce point.

Le Comité constate également que le rapport ne précise pas le contenu de ces accords, ni n'indique dans quelle mesure ils garantissent aux ressortissants des États parties concernés le maintien des droits en cours d'acquisition. Le Comité demande, par conséquent, que ces informations figurent dans le prochain rapport.

Enfin, le Comité relève que le rapport ne fait pas mention de mesures unilatérales, qu'elles soient législatives ou administratives, qui auraient été prises ou seraient envisagées par la République slovaque en vue de garantir le maintien des droits en cours d'acquisition pour les ressortissants des autres États parties non membres de l'UE ou n'appartenant pas à l'EEE, de sorte qu'il considère la situation non conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que le droit à la conservation des droits en cours d'acquisition soit 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 République slovaque.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Selon le rapport, l'aide sociale de l'État est accordée à toute personne répondant aux critères requis, c'est-à-dire avoir des ressources insuffisantes ou des moyens de subsistance insuffisants qui ne permettent pas à l'intéressé d'avoir des conditions de vie appropriées. Des prestations telles que l'allocation pour difficultés matérielles, l'allocation de protection, l'allocation d'activation, etc., visent à aider ceux qui ne sont pas en mesure de se procurer les ressources nécessaires pour mener une vie décente.

Le Comité note en outre que ces prestations sont conçues pour offrir une solution provisoire ; elles ne visent pas à constituer le revenu d'une personne pendant une longue période, même si leur versement est acquis pendant toute la durée de la période difficile. À cet égard, le Comité relève aussi dans la base de données MISSOC que l'allocation pour difficultés matérielles est versée aussi longtemps que cette situation perdure.

Le rapport indique que ces prestations ne doivent pas être considérées comme la principale source de revenu dans la mesure où elles sont attribuées en complément des allocations servies par le système d'assurance sociale, comme les allocations vieillesse, personne handicapée, chômage, maladie, etc. À ce sujet, le Comité rappelle que le droit à l'assistance naît lorsqu'un individu n'est pas en mesure de se procurer des ressources « par ses propres moyens ou de les recevoir par une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale ». Il considère ainsi que relèvent de l'assistance sociale les prestations pour lesquelles le besoin individuel constitue le critère essentiel d'attribution sans qu'il n'existe aucune exigence d'affiliation à un quelconque organisme de sécurité sociale destiné à couvrir un risque particulier, ni aucune condition d'activité professionnelle ou de versement de cotisations. En outre, comme l'indique l'article 13§1, l'assistance intervient lorsqu'il n'existe pas de prestations de sécurité sociale assurant à la personne concernée des ressources suffisantes ou le moyen de supporter le coût des soins nécessités par son état (Conclusions XIII-4 (1996), Observation interprétative des articles 12 et 13). La référence à la sécurité sociale ne préjuge pas du lien existant entre sécurité sociale et assistance sociale qui prévaut dans chaque État, que le dispositif d'assistance ait évolué en marge de la sécurité sociale ou fasse partie intégrante du système de protection sociale (réclamation n° 88/2012, *Finnish Society of Social Rights c. Finlande,* décision sur le bien-fondé du 9 septembre 2014, par. 111). En conséquence, l'article 13§1 garantit le droit à des prestations pour lesquelles le besoin individuel constitue le critère essentiel d'attribution et qui sont versées au seul motif qu'une personne est en situation de besoin. Partant, le Comité considère que dans les situations où le but de l'assistance sociale est de compléter les prestations servies par la sécurité sociale pour que les revenus de l'intéressé atteignent un seuil de décence, par exemple un niveau suffisant pour assurer sa subsistance, il importe de prendre en compte l'ensemble des revenus obtenus au titre des deux régimes pour apprécier si cela assure un niveau de revenu correspondant au seuil de pauvreté au sens de cette disposition de la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé comment la notion d'« offre d'emploi convenable » était interprétée dans la pratique et si un refus entraînait la suppression des moyens de subsistance de la personne concernée. Il relève dans le rapport que toute offre d'emploi proposée à un bénéficiaire de l'allocation pour difficultés matérielles par les services de l'Office du travail, des affaires sociales et de la famille doit tenir compte des compétences et des connaissances de l'intéressé. Celui-ci est ensuite invité à un entretien pour examiner d'autres offres d'emploi éventuelles et faire le point sur ses qualifications. Cependant, si la personne persiste à refuser les emplois

proposés sans raisons objectives, le montant de l'allocation pour difficultés matérielles peut être réduit (tout en veillant à ne pas laisser la personne sans ressources suffisantes).

Niveau des prestations

Afin d'apprécier la situation pendant la période de référence, le Comité prend note des informations suivantes :

- Prestation de base : selon la base de données MISSOC, le montant de l'allocation pour difficultés matérielles est égal à la différence entre le revenu de l'intéressé et le montant théorique de l'allocation. Le montant mensuel maximum était de 61,60 € en 2015.
- Prestations complémentaires : l'allocation d'activation s'élevait à 63,07 € par mois pour les personnes ayant des revenus équivalant au niveau du salaire minimum. L'allocation de logement était fixée à 55,80 € pour les personnes vivant seules. Une aide servie en une seule fois vise à couvrir en partie les dépenses exceptionnelles des foyers bénéficiaires de l'allocation pour difficultés matérielles. Son montant est fonction des dépenses réellement engagées, dans la limite de trois fois le montant du revenu minimum de subsistance (198,09 €).
- 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 289 € en 2015.

Le Comité relève dans le rapport national que les prestations sont toutes servies par le système public d'aide sociale dont peuvent bénéficier les personnes répondant aux conditions requises. Des prestations telles que l'allocation versée en cas de difficultés matérielles, l'allocation de protection, l'allocation d'activation, l'allocation logement et d'autres prestations servies par le biais de l'aide sociale de l'État sont ciblées sur les personnes en état de besoin. Le calcul correct du montant maximum des prestations complémentaires pour une personne seule donne un total de 243,54 € si l'on additionne l'allocation pour difficultés matérielles (61,60 €), l'allocation d'activation (63,07 €), l'allocation de logement (55,80 €) et l'allocation de protection (63,07 €).

Cependant, le Comité relève dans la base de données MISSOC que l'allocation de protection n'est servie que dans certaines circonstances, par exemple à des personnes ayant atteint l'âge de la retraite, à des personnes ayant été malades pendant plus de 30 jours, ou encore à des femmes enceintes à compter du quatrième mois de grossesse. Elle ne sera donc pas prise en compte pour le calcul du montant global des aides sociales. Le Comité constate que le montant cumulé des allocations pour difficultés matérielles, de logement et d'activation s'élevait à 180 € par mois, ce qui n'assure pas un niveau de revenu correspondant au revenu médian ajusté. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte. Le Comité demande que le prochain rapport indique le montant moyen de l'aide servie en une fois, les conditions à remplir pour en bénéficier, et si elle peut se cumuler avec d'autres prestations fournies au titre de l'assistance sociale.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées concernant le droit de recours et l'assistance judiciaire.

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 qu'en ce qui concerne l'assistance sociale et médicale d'urgence, les étrangers en situation irrégulière sur le territoire d'un État seront désormais aussi

couverts 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 étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'Etats parties résidant légalement sur le territoire

En réponse à la question du Comité, le rapport indique qu'aucune condition de durée de résidence n'est exigée pour les résidents étrangers en situation régulière pour l'ouverture du droit à l'allocation pour difficultés matérielles et aux prestations complémentaires versées au titre de l'assistance sociale.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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 (y compris un état medicale). 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 demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique répondent à ces critères.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant.

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 République slovaque.

Le Comité note que, d'après le rapport, la situation concernant la non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques n'a pas changé. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque 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 République slovaque.

Dans ses Conclusions 2013, le Comité a jugé la situation non conforme à la Charte au motif qu'il n'était pas établi que chacun puisse obtenir, par des services compétents, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel ou d'ordre familial.

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2014, sur les constats de non-conformité pour manque récurrent d'informations dans les Conclusions 2013.

Dans ses Conclusions 2015, le Comité a pris note des informations communiquées par la République slovaque. Il a considéré que la situation était conforme à l'article 13§3 et demandé que le rapport suivant contienne des informations actualisées concernant les services de conseils et d'aide personnelle aux personnes dépourvues de ressources.

Le Comité prend note dans le rapport des explications concernant la répartition des prestataires de services sociaux, implantés en majorité dans les grandes villes afin d'assurer une répartition géographique équilibrée. D'autres se trouvent dans des villes plus petites, situées entre deux grandes villes. Pour ce qui est des effectifs employés dans ces établissements, au 31 décembre, ils s'élevaient à 22 062 personnes, chiffre en hausse par rapport à l'année précédente. Le Gouvernement a, par l'intermédiaire du ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille, soutenu l'offre de services sociaux en 2015 en attribuant aux communes et aux régions autonomes quelque 76 965 831 euros.

Le Comité répète que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la manière dont ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la République slovaque est conforme à l'article 13§3 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 République slovaque.

Organisation des services sociaux

Le Comité rappelle que l'article 14§1 garantit le droit au bénéfice des services sociaux généraux. Le droit au bénéfice des services sociaux doit s'appliquer potentiellement à l'ensemble de la population, ce qui distingue le droit garanti par l'article 14 des « différentes dispositions de la Charte qui imposent aux Etats d'organiser des services sociaux à objet étroitement spécialisé ». L'offre de services sociaux doit viser toute personne en situation de dépendance, en particulier les groupes vulnérables et les individus confrontés à un problème social. Les services sociaux doivent par conséquent être accessibles à toutes les catégories de la population qui pourraient en avoir besoin. Le Comité a répertorié les groupes suivants : enfants, personnes âgées, personnes handicapées, jeunes en difficulté, jeunes délinquants, minorités (migrants, Roms, réfugiés, etc.), sans-abri, alcooliques et toxicomanes, femmes battues et anciens détenus (...) (Conclusions 2009, Observations interprétatives de l'article 14§1).

Étant donné le temps écoulé depuis la première description de l'organisation et du fonctionnement des services sociaux dans la République slovaque, le Comité demande que le prochain rapport en fournisse une nouvelle description complète et actualisée.

En réponse à la question de savoir quel est le montant total des dépenses consacrées aux services sociaux, le rapport précise qu'elles étaient, en 2015, de 340 787 046 €. Les services sociaux employaient 22 062 salariés et 47 139 personnes ont bénéficié de tels services en 2015.

Accès égal et effectif

Le Comité rappelle que les services sociaux comprennent en particulier les services d'orientation, de conseil, de réadaptation et autres formes de soutien assurés par des travailleurs sociaux, les services d'aide à domicile (assistance aux tâches ménagères, hygiène personnelle, livraison de repas), la prise en charge dans un établissement de séjour et le secours social d'urgence (foyers d'accueil).

En réponse à la question du Comité, le rapport confirme que les ressortissants des États parties en situation régulière ont pleinement accès aux services sociaux.

Le Comité rappelle en outre que les utilisateurs doivent avoir droit à faire des recours et à saisir un organisme indépendant de cas urgents de discrimination et des atteintes à la dignité humaine. Le Comité demande donc quels recours sont disponibles pour les utilisateurs dans de tels cas.

Qualité des services

Le Comité rappelle que dans le cadre de l'article 14§1, il examine les règles régissant les conditions d'admission au bénéfice du droit aux services sociaux (accès effectif et égalité d'accès) et la qualité et la surveillance des services sociaux (...). Les personnes qui sollicitent les services sociaux doivent recevoir tous les avis et conseils nécessaires pour bénéficier des services disponibles en fonction de leurs besoins (Conclusions 2009, Observation interprétative de Article 14§1).

Le Comité rappelle en outre que les services sociaux doivent disposer de ressources correspondant à leurs responsabilités et aux besoins changeants des utilisateurs. Cela implique que : le personnel doit être qualifié et en nombre suffisant ; la prise de décision doit être aussi proche que possible des utilisateurs ; il doit y avoir des mécanismes pour superviser l'adéquation des services, tant publics que privés. Le Comité demande à recevoir

des informations précises sur la réglementation en vigueur et sur les mécanismes en place pour qu'un organe spécialisé puisse veiller à la qualité et assurer la surveillance des services sociaux.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandée, le Comité conclut que la situation de la République slovaque 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 République slovaque.

En réponse à la question de savoir quelles sont les conditions à respecter par les prestataires de services sociaux pour pouvoir fournir de tels services, le rapport précise qu'elles sont définies aux articles 62 à 67 de la loi relative aux services sociaux. En résumé, le futur prestataire de services sociaux doit déposer une demande auprès de la municipalité, qui y donnera suite ou la rejettera. Le prestataire doit avoir les qualifications nécessaires pour fournir les services sociaux, et en particulier une formation universitaire complète dans le domaine correspondant aux services proposés. La demande doit contenir les informations suivantes : nom du prestataire, raison sociale, type de services sociaux proposés, destinataires des services, lieu de la prestation, le cas échéant, espace disponible dans l'établissement où il est envisagé de fournir les services sociaux, etc.

Le rapport ajoute que le ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille consulte les organisations non-gouvernementales qui représentent les bénéficiaires des services sociaux sur l'avenir des services et les améliorations qu'il convient d'y apporter.

Le Comité rappelle qu'il examine toutes les formes de soutien et de soins mentionnées à l'article 14§1 ainsi que l'aide financière ou les incitations fiscales pour le même but. Les États parties doivent veiller à ce que les services privés soient accessibles sur un pied d'égalité à tous et soient efficaces, conformément aux critères mentionnés à l'article 14§1. Plus précisément, les États parties doivent s'assurer que les services publics et privés sont correctement coordonnés et que l'efficacité ne souffre pas en raison du nombre de prestataires concernés. Afin de contrôler la qualité des services et assurer les droits des utilisateurs ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés de base, un système efficace de surveillance préventive et réparatrice est nécessaire (Conclusions 2005, Bulgarie). À cet égard, le Comité demande quel type de mécanismes sont en place pour s'assurer que les services privés sont accessibles sur un pied d'égalité à tous et sont efficaces et quel type de système de supervision existe pour assurer la qualité des services.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la République slovaque 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 République Slovaque.

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 liées à 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 liées à l'âge, le Comité a précédemment considéré (Conclusions 2009) que la loi de 2004 sur l'égalité de traitement dans certains domaines et la protection contre la discrimination, telle qu'amendée en 2008, répond aux exigences fixées par l'article 23 de la Charte.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le rapport indique qu'une personne âgée ne peut, en droit slovaque, être privée arbitrairement de sa capacité à prendre des décisions de manière autonome ; seule une décision de justice est habilitée à reconnaître l'incapacité juridique d'une personne âgée. La saisine des juridictions n'est possible qu'après consentement préalable de la personne visée par la procédure et autres professionnels de la santé (psychologues et psychiatres). Le rapport ne fournit aucune information quant à la personne en charge d'assister la personne âgée déclarée incapable, qu'il s'agisse de son mode de désignation, de ses fonctions ou encore de la possibilité de la révoquer. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur le sujet. Il demande également s'il a été envisagé d'instituer un mécanisme qui permettrait aux personnes âgées de désigner une personne de confiance de leur choix pour les assister lors la prise de décisions.

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. En particulier, le Comité examine 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.

Selon la base de données MISSOC, la prestation de vieillesse minimale (premier pilier) correspond à 136 % du minimum vital lorsque l'intéressé justifie d'au moins 30 années de cotisation ; ce montant est majoré de 2 % par année de cotisation supplémentaire, et de 3 % après 40 années de cotisation. Sachant que le minimum vital était de 198,09 € en 2015, le Comité comprend que la prestation de vieillesse minimale s'élevait à environ 269,40 €, ce qui correspondait à près de 47 % du revenu médian ajusté. Il demande que le prochain rapport confirme cette compréhension.

Le Comité rappelle avoir noté dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013) que le système de sécurité social slovaque garantit également un soutien aux personnes en situation de difficultés matérielles. Le minimum vital garantit, outre le repas chaud par jour, les besoins élémentaires en vêtements et l'hébergement, accorde une série d'allocations et autres sommes forfaitaires cumulables sous conditions d'éligibilité : une allocation aux personnes en situation de précarité (comprenant une somme forfaitaire et une somme

unique), une prestation élémentaire, une allocation pour les soins médicaux, une allocation logement et une allocation de protection.

Le rapport indique que toutes les prestations et allocations mentionnées ci-dessus sont cumulables entre elles. Il précise, par ailleurs, qu'elles sont régulièrement revues à la hausse afin de tenir compte du développement de l'économie nationale. Le rapport indique également que les personnes âgées peuvent, outre ce régime d'assistance aux personnes en difficultés matérielles, bénéficier de toutes les allocations et prestations proposées par le système d'assurance sociale slovaque à condition de remplir au préalable les conditions fixées par la loi. Le rapport précise que ces allocations et prestations sont cumulables.

Le Comité constate, néanmoins, que le rapport ne fournit aucune information, ni données actualisées sur le montant de ces allocations et prestations, de sorte qu'il ne lui est pas possible d'évaluer le montant minimum des ressources mises à disposition des personnes âgées. Il demande que de telles informations et données lui soient transmises dans le prochain rapport.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé des clarifications concernant le faible taux de personnes âgées en situation de pauvreté. Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet, de sorte que le Comité réitère sa demande.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), notamment demandé ce qui était fait pour évaluer l'ampleur du problème et faire prendre conscience de la nécessité d'éradiquer la maltraitance et le délaissement des personnes âgées. Le rapport mentionne un certain nombre d'initiatives et de programmes qui sont menés, à l'instar du "Programme National du Vieillissement Actif", lequel contient plusieurs mesures destinées à protéger les droits des personnes âgées, à soutenir leur autonomie, à garantir leur participation à la prise de décision et à prévenir les mauvais traitements. Le Programme met en place une étroite collaboration entre le Ministère du Travail, des Affaires Sociales et de la Famille, les municipalités et autres organisations d'aides aux personnes âgées. Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de toutes les initiatives du Programme et de leurs résultats. Il demande également si des mesures législatives ou autres ont été prises ou sont envisagées en la matière.

Services et facilités

Le Comité rappelle que, même si l'article 23 de la Charte 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 a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), premièrement, demandé davantage d'informations sur la possibilité d'introduire une réclamation concernant la qualité d'un service. Le rapport indique que l'administration locale compétente ayant reçue la réclamation prend, après examen de celle-ci, les mesures appropriées pour remédier à la situation, pouvant aboutir, en cas de violation grave, au retrait de l'agrément du prestataire de services. Le Comité prend note de ces informations et demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes à ce sujet, notamment qu'il détaille les grandes étapes de la procédure de réclamation, les autres sanctions auxquelles peuvent être soumises les prestataires de services cas de manquement à leurs obligations ou violations de la législation, et s'il est possible pour un usager de contester la décision de l'administration devant une juridiction impartiale et indépendante.

Le Comité a, deuxièmement, demandé des informations sur les résultats de l'étude intitulée : "Priorité nationales du développement des services sociaux pour la période 2009-2013" ainsi que les suites qui lui ont été données. Le rapport indique que l'objectif de l'étude est de

soutenir et d'aider les régions et l'administration locale à améliorer les services sociaux fournis aux usagers, leur qualité, la reconstruction de certaines infrastructures, l'installation de nouveaux équipements et la formation continue du personnel. L'étude met également en place un système d'évaluation des services sociaux fournis. Pour plus d'informations sur les suites à donner à cette étude, le rapport se réfère à l'étude "Priorité nationales du développement des services sociaux pour la période 2015-2020". Le Comité demande à recevoir davantage d'informations sur cette nouvelle étude dans le prochain rapport.

Le Comité a, troisièmement, demandé si la fourniture de services aux personnes âgées répondait à la demande. Le rapport ne fournit toujours pas d'information à ce sujet, de sorte que le Comité réitère sa question et précise que dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir la conformité de la situation à cet égard. Il demande également si des mesures sont envisagées pour étoffer et diversifier les services de soins à domicile et autres services de proximité et si les ONG jouent un rôle important dans la modernisation des services sociaux.

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

Logement

Le rapport indique que la République Slovaque a adopté une nouvelle stratégie en matière de logement intitulée : "la Politique de logement de l'État pour 2020". Cette nouvelle stratégie vise à améliorer la qualité des logements existant en augmentant, entre autres choses, leur sécurité et leur fonctionnalité, et en assurant un meilleur accès par des prix abordables. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur les tenants et les aboutissants de cette nouvelle stratégie.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé davantage d'informations sur l'aide au logement, en particulier si l'offre de logements adéquats est suffisante. Il a également demandé (Conclusions 2009) si les logements occupés par des personnes âgées répondent aux normes de sécurité, d'habitabilité et de confort élémentaire et si les personnes âgées sont traitées sur un pied d'égalité en matière d'accès aux logements sociaux. Le rapport ne répond à aucune de ces questions, de sorte que le Comité les réitère et souligne que si le prochain rapport ne fournit pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Soins de santé

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé des informations sur le fonctionnement et l'accessibilité des soins spécialisés dispensés. Le rapport indique que les soins de santé gériatriques dispensés dans les établissements spécialisés ou par des médecins spécialisés en gériatrie sont financés par l'assurance maladie publique obligatoire et, par conséquent, les personnes âgées ne supportent aucun coût supplémentaire pour ces services. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations exhaustives sur les programmes de santé mentale pour les personnes atteintes de démence et maladies connexes, les services de soins palliatifs pour personnes âgées et les formations spéciales destinées à ceux qui s'occupent de personnes âgées.

Soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé quelle était la composition des organismes compétents, quelle était leur autorité de tutelle et comment le contrôle était assuré (inspections régulières ou uniquement à la suite d'une plainte) et s'il était envisagé de créer un organe indépendant habilité à visiter les maisons de retraite, à veiller au respect des normes et à détecter des signes de maltraitance ou de délaissement. Il a également demandé (Conclusions 2009 et 2013) si les capacités d'accueil existantes en

institutions étaient suffisantes pour répondre à la demande. Le rapport indique que les services chargés de l'inspection sont indépendants des organismes qui gèrent les établissements de soins. Le Comité prend note de ces informations mais constate que le rapport ne répond pas aux questions, de sorte qu'il les réitère et considère, entretemps, qu'il n'est pas établi que les capacités d'accueil existantes en institutions suffisent à répondre à la demande des personnes âgées.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation en République Slovaque n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les capacités d'accueil existantes en institutions soient suffisantes pour répondre à la demande des personnes âgées.

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport a la République slovaque.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le principal indicateur utilisé par le Comité pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Ce taux correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Selon les données Eurostat, le pourcentage de la population menacée de pauvreté (la limite étant fixée à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) a quelque peu diminué durant la période de référence : il a été ramené de 13,2 % en 2012 à 12,7 % en 2015. Le taux de la population menacée de pauvreté avant transferts sociaux était de 20 % en 2012 et de 19 % en 2015. L'indicateur de référence de la pauvreté établi par le Semestre européen était de 18,1 % en 2015, en recul par rapport à 2012 (20,5 %).

Dans le rapport national 2017 du Semestre européen consacré à la Slovaquie (SWD(2017) 90 final), le Comité relève cependant que l'écart de pauvreté (à savoir la différence entre le niveau de vie médian de la population vivant en-dessous du seuil de risque de pauvreté et ledit seuil, exprimé en pourcentage de ce dernier) est notable ; après avoir régulièrement augmenté depuis 2012, il a cessé de progresser en 2015 pour s'établir à 28,9 % (la moyenne pour l'UE étant de 24,9 %).

Le Comité note également que, selon le même rapport, le taux de pauvreté des Roms est exceptionnellement élevé : il est six fois plus important que celui observé dans le reste de la population.

Le Comité note que les taux globaux de pauvreté sont relativement faibles et se situent bien en-deçà de la moyenne de l'UE ; il relève néanmoins que l'intensité de la pauvreté (l'écart de pauvreté) est considérable et atteint un niveau supérieur à la moyenne européenne. En outre, la pauvreté est extrêmement élevée au sein de la population rom et plus marquée que dans d'autres Etats ayant une communauté rom importante (Bulgarie, République tchèque, Hongrie et Roumanie).

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

S'agissant des mesures liées à la stratégie Europe 2020, le rapport souligne que la République slovaque, soucieuse d'atteindre les objectifs fixés, a actualisé les documents y afférents, notamment les projets nationaux bénéficiant du soutien du Programme opérationnel « Développement des ressources humaines » et le rapport annuel sur la situation sociale nationale.

Selon le site Web de l'Office central du travail, des affaires sociales et de la famille, le Programme opérationnel sectoriel 2004 – 2006 relatif aux ressources humaines s'est principalement intéressé aux politiques dont le Gouvernement a considéré qu'elles visaient à améliorer l'emploi et le progrès social. Il a plus particulièrement été conçu pour les régions défavorisées affichant un PIB inférieur à 75 % de la moyenne enregistrée dans l'Union européenne, à savoir les régions de Košice, Prešov, Žilina, Banská Bystrica, Nitra, Trenčín et Trnava. Il entend en priorité mettre l'accent sur une politique dynamique du marché du travail, renforcer l'intégration sociale et l'égalité des chances en matière d'emploi, et améliorer les qualifications et l'adaptabilité des salariés et de ceux qui font leur entrée sur le marché du travail.

Le Comité constate que le rapport ne contient que très peu d'informations sur les mesures prises pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale en ce qui concerne l'accès aux droits sociaux fondamentaux, notamment en termes d'emploi, de logement, de formation, d'éducation, de culture et d'assistance sociale et médicale. Hormis quelques références très générales à la stratégie Europe 2020, il ne donne aucune indication précise quant aux

moyens retenus par le Gouvernement pour mettre en place une approche globale et coordonnée en vue de combattre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le Comité demande par conséquent que le prochain rapport sur l'existence de mécanismes de coordination de ces mesures, y compris au niveau de la fourniture de l'assistance et des services aux bénéficiaires.

Le Comité note que selon Eurostat les dépenses globales du gouvernement en matière de protection sociale comme pourcentage du PIB ont restées pratiquement inchangées durant la période de référence (14.9 % en 2012 et 15 % en 2015, c'est-à-dire bien en-dessous de la moyenne européenne de 19.2 % en 2015), et ce n'est pas clair sur la base des informations à disposition du Comité que les ressources budgétaires allouées pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sont suffisantes compte tenu du problème tel qu'exigé par l'article 30 (Conclusion 2003, France, article 30). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires allouées pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont suffisantes compte tenu de la nature du problème posé.

Le Comité note par ailleurs que, selon le rapport national 2017 susmentionné consacré à la Slovaquie, le filet de sécurité sociale semble comporter quelques lacunes, notamment en ce qui concerne le revenu minimum (baisse du nombre de bénéficiaires, octroi conditionné à la participation à des dispositifs de « mise au travail » et absence, encore et toujours, de mécanisme clair pour la détermination et le contrôle ultérieur du montant de l'aide accordée) ; ce même rapport pointe également le manque de logements sociaux et les problèmes de forte surpopulation qui en résultent pour de nombreuses personnes en situation de pauvreté (57,6 %, contre 29,7 % en moyenne dans l'UE en 2015) ; il considère que les inégalités en matière d'éducation demeurent très présentes, le budget alloué par l'Etat à ce secteur induisant désormais un faible niveau d'instruction, et indique que la mise en œuvre des mesures en faveur de l'inclusion des Roms stagne ou a été reportée.

Enfin, le Comité renvoie à ses constats de non-conformité formulés au titre d'autres dispositions de la Charte qui entrent également dans son appréciation de la conformité au regard de l'article 30 (voir l'Observation interprétative de l'article 30 dans les Conclusions 2013). Il fait plus particulièrement référence :

- à l'article 7§5 de la Charte, au titre duquel il a conclu que les salaires des jeunes travailleurs n'étaient pas équitables (Conclusions 2015) ;
- à l'article 10§4 de la Charte, au titre duquel il a estimé qu'il n'était pas établi que des mesures spéciales de reconversion professionnelle et de réinsertion des chômeurs de longue durée soient effectivement prises et encouragées (Conclusions 2016). ;
- à l'article 12§1 de la Charte, au titre duquel il a considéré que le niveau minimum des prestations de chômage et de maladie était insuffisant (Conclusions 2017) ;
- à l'article 13§1 de la Charte, au titre duquel il a conclu que le montant de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources n'était pas suffisant (Conclusions 2017) ;
- à l'article 16, au titre duquel il a estimé que le droit au logement des familles roms n'était pas effectivement garanti et que les allocations familiales ne constituaient pas, de par leur niveau, un complément de revenu suffisant (Conclusions 2015).

Compte tenu des différents éléments ci-dessus et étant donné le peu d'informations disponibles dans le rapport, le Comité considère que la situation est contraire à l'article 30, faute d'approche globale et coordonnée adéquate pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Contrôle et évaluation

Le rapport ne précise pas comment sont suivies et évaluées les mesures destinées à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale ; il se borne à mentionner la méthode ouverte de coordination instituée au niveau de l'UE pour assurer une coordination unifiée des politiques sociales.

Le Comité rappelle que l'article 30 de la Charte requiert l'existence de mécanismes de surveillance servant à contrôler et à accepter les efforts dans tous les domaines et secteurs, et à tous les niveaux (national, régional, local) pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale ; des mécanismes mobilisant tous les secteurs concernés, y compris la société civile et les personnes directement affectées par la pauvreté et par l'exclusion (voir Conclusions 2003, France, Article 30). Il demande par conséquent que le prochain rapport fournisse des informations complètes sur ces mécanismes couvrant tous les secteurs et domaines de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'y a pas d'approche globale et coordonnée en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 16 - Droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations soumises par la République slovaque en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi, d'une part, que les associations représentant les familles soient consultées lors de l'élaboration des politiques familiales ni, d'autre part, qu'il existe des services de médiation (Conclusion 2015).

Protection sociale des familles

Participation des associations représentant les familles

Le Comité rappelle qu'afin de s'assurer que le point de vue des familles soit pris en compte dans l'élaboration des politiques familiales, les autorités compétentes doivent consulter les associations représentant les familles.

Le rapport indique à cet égard que les associations représentant les familles peuvent prendre part, dans certaines circonstances, au processus d'élaboration des politiques familiales, soit en faisant connaître leur position sur les propositions législatives en la matière par le truchement du Conseil économique et social, soit en adressant leurs propres propositions aux partenaires sociaux. Il ajoute que ledit Conseil et les partenaires sociaux sont tenus d'entériner les propositions avant de les soumettre au Gouvernement pour approbation.

Au vu de ces informations, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Protection juridique de la famille

Services de médiation

S'agissant des services de médiation, le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 16 de la Charte, la protection juridique des familles suppose notamment la mise à disposition de services de médiation qui doivent avoir pour objet d'éviter que les conflits familiaux ne s'aggravent. Pour que la situation soit conforme à l'article 16, ces services doivent être facilement accessibles à toutes les familles. Il faut en particulier éviter que les familles ne soient dissuadées de recourir auxdits services pour des raisons financières. La gratuité est une mesure toute indiquée à cet effet. À défaut, une possibilité d'accès pour les familles en cas de besoin doit être prévue.

Le rapport indique que les services de médiation sont garantis par la loi n° 420/2004 Coll. relative à la médiation, qui en définit le cadre général, et la loi n° 305/2005 Coll. relative à la protection sociale et juridique de l'enfant et à la tutelle sociale aux fins de médiation, qui porte plus particulièrement sur les questions familiales. L'article 11 de la loi n° 305/2005 Coll. confie les services de médiation familiale aux Bureaux du travail, des affaires sociales et de la famille – instances en charge de la protection sociale et juridique de l'enfant et de la tutelle sociale. Le rapport ajoute que ces services sont accessibles gratuitement sur tout le territoire de la République slovaque : il existe des Bureaux du travail, des affaires sociales et de la famille dans chaque grande ville du pays.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des précisions sur le cadre législatif de la médiation familiale et sur l'éventail des questions couvertes par ces services, explique leur fonctionnement et contienne des données chiffrées attestant de leur efficacité.

Au vu des informations disponibles, le Comité considère que la situation est, à cet égard, conforme à la Charte.

Le Comité rappelle par ailleurs qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 16 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque est conforme à l'article 16 de la Charte.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

SLOVENIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Slovénie, qui a ratifié la Charte le 7 mai 1999. L'échéance pour remettre le 16ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Slovénie l'a présenté le 22 mars 2017.

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 était un rapport simplifié ne concernant que le suivi donné aux décisions sur le bien-fondé de réclamations collectives. Les constats du Comité à cet égard sont disponibles sous www.coe.int/socialcharter, ainsi que dans la base de données HUDOC.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – départ, voyage et accueil (article 19§2),
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – égalité en matière d'emploi, de droit syndical et de logement(article 19§4),
- droit au logement – logement d'un niveau suffisant (article 31§1),
- droit au logement – réduire l'état de sans-abri(article 31§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et à adopté les conclusions suivantes :

- 2 conclusions de conformité : articles 19§2 et 19§4,

- 1 conclusion de non-conformité : article 31§2,

- 1 ajournement : article 31§1.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

Les Conclusions et les rapports sont disponibles sous www.coe.int/socialcharter.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 2 - Départ, voyage et accueil

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Slovénie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que des mesures appropriées d'assistance médicale et sociale avaient été prises pour faciliter l'accueil des travailleurs migrants.

En réponse à la demande de précisions du Comité concernant la mise en œuvre du programme d'intégration, son coût, les critères d'accès et les mesures prises pour en garantir l'accès aux migrants et à leurs familles, le rapport précise que la loi relative aux étrangers a été modifiée en 2014, de sorte que sa mise en œuvre relève désormais de la compétence du ministère de l'Intérieur, mais aussi des ministères de l'Éducation, de la Culture et de l'Administration publique. D'après le rapport, la loi révisée prévoit une coopération plus large entre ces ministères, les organisations professionnelles nationales et internationales, les autorités étrangères et les autres prestataires de services. S'agissant plus particulièrement des programmes de langue et de culture visant à faciliter l'intégration des non-ressortissants de l'Union européenne, dans le cadre de la loi révisée, le ministère de l'Intérieur doit fournir aux étrangers les informations nécessaires pour assurer leur intégration dans la société slovène par des publication dans la presse, via l'Internet ou en répondant directement à leurs questions (sous forme écrite ou orale). Depuis 2012, le programme initial d'intégration des étrangers comprend des cours de langue gratuits, couvrant les questions relatives à la vie et au travail en Slovénie, ainsi que des cours concernant la société slovène. S'agissant des conditions d'accès, le rapport mentionne le décret régissant les moyens et le champ d'application des programmes destinés à favoriser l'intégration des ressortissants de pays tiers (Journal officiel de la République de Slovénie [*Uradni list RS*], nos 70/12 et 58/16) et confirme que le programme est gratuit : 1) pour les ressortissants de pays tiers qui résident en République de Slovénie sur la base d'un titre de séjour permanent, ainsi que pour les membres de leur famille qui résident en République de Slovénie sur la base d'un titre de séjour temporaire délivré dans le cadre du regroupement familial, quelle que soit leur durée de résidence dans le pays ou la durée de validité de leur titre de séjour ; 2) pour les personnes qui résident en République de Slovénie sur la base d'un titre de séjour temporaire délivré pour une durée d'au moins un an et ; 3) et pour les membres de la famille de ressortissants slovènes ou de citoyens de l'Union européenne qui résident en République de Slovénie sur la base d'un titre de séjour pour membres de la famille, quelle que soit leur durée de résidence ou la durée de validité de leur titre de séjour. En 2014, 1 819 personnes ont participé au programme d'intégration et 580 participants ont réussi l'examen de langue. En 2015, ces chiffres étaient respectivement de 1973 et 380. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage de précisions sur les conditions d'accès au programme et sur sa mise en œuvre.

S'agissant plus précisément de l'accès aux soins de santé, les autorités expliquent dans le rapport que selon l'article 33 de la loi relative aux étrangers, avoir une assurance maladie est l'une des principales conditions à remplir par un étranger pour pouvoir obtenir un titre de séjour. Les ressortissants de l'Union européenne sont couverts par le régime d'assurance-maladie prévu par la réglementation européenne sur la coordination des régimes de sécurité sociale, tandis que les non-ressortissants de l'Union européenne et les membres de leur famille sont couverts par le système d'assurance-maladie slovène. Le rapport souligne qu'afin de faciliter la communication des étrangers soignés dans des établissements médicaux, un dictionnaire en six langues est actuellement élaboré par le ministère de l'Intérieur en coopération avec d'autres institutions compétentes et devait être mis à disposition du grand public à la mi-2017 (hors période de référence). Le Comité demande

que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la mise en œuvre de ce projet.

Le Comité note par ailleurs que des informations destinées aux étrangers sur, notamment, la sécurité sociale, les soins de santé, l'accès au logement, la scolarité et l'assistance financière, sont disponibles en six langues sur un portail web (http ://www.infotujci.si/index.php ?setLang=EN&t=&id=).

Le Comité prend également note des informations figurant dans le rapport en réponse à la demande du Comité concernant l'assistance médicale et sociale fournie aux personnes qui demandent la protection internationale et à celles qui ont obtenu ce statut, en application de la loi relative à la protection internationale adoptée en avril 2016 et harmonisée avec les directives du Régime d'asile européen commun. Le rapport précise que les bénéficiaires de la protection internationale doivent pouvoir obtenir des informations sur leur statut, leurs droits et obligations, le droit de résider en Slovénie, le droit à une assistance financière pour obtenir un logement privé, l'assistance à l'intégration, le droit aux soins de santé et à la protection sociale, l'éducation, l'emploi et le travail. En ce qui concerne les soins de santé et l'éducation, d'après le rapport, les bénéficiaires de la protection internationale sont traités sur un pied d'égalité avec les citoyens slovènes. En revanche, ils exercent leurs droits en matière d'emploi et de travail sur la base de la réglementation régissant l'emploi et le travail des étrangers.

Compte tenu des informations fournies, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point. Il demande cependant que le prochain rapport fournisse des informations complètes et actualisées sur toutes les mesures prises en faveur des travailleurs migrants et de leurs familles qui ont besoin d'une assistance pendant les premières semaines suivant leur arrivée dans le pays, pour faciliter leur accès au marché du travail, au logement, aux soins de santé ou à une aide financière.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 19§2 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2023) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte. En particulier, le prochain rapport doit préciser si le pays est concerné par des formes de recrutement collectif et, dans l'affirmative, comment les autorités nationales veillent à ce les migrants ainsi recrutés bénéficient de garanties en matière de santé et de sécurité pendant leur voyage.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Slovénie est conforme à l'article 19§2 de la Charte.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 4 - Egalité en matière d'emploi, de droit syndical et de logement

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Slovénie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que des mesures suffisantes avaient été prises pour veiller à ce que le traitement réservé aux travailleurs migrants ne soit pas moins favorable que celui réservé aux nationaux en matière de rémunération, d'emploi et autres conditions de travail.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a pris note de la législation antidiscriminatoire et des voies de recours disponibles, mais a demandé des informations complémentaires sur la mise en œuvre de la législation, étayées de statistiques pertinentes sur la discrimination dans l'emploi. Il a aussi demandé quelles mesures avaient été prises pour attirer l'attention sur les problèmes de discrimination.

En réponse à cette question, le rapport fait mention d'une nouvelle loi de 2015 relative à l'emploi, au travail indépendant et au travail des étrangers, qui réaffirme qu'en ce qui concerne les droits et les obligations découlant de l'emploi, les étrangers employés en Slovénie jouissent d'un statut égal à celui des citoyens slovènes. L'application de cette loi, comme de la loi de 2013 relative aux relations d'emploi, est placée sous le contrôle de l'Inspection du travail.

Le Comité prend note, dans le rapport, des mesures adoptées pour renforcer l'efficacité de la mise en œuvre de la législation, en particulier :

- le renforcement des activités de prévention et de contrôle de l'Inspection du travail dans le domaine de la législation antidiscriminatoire (comprenant la formation des inspecteurs et des autres membres du personnel de l'Inspection du travail) ;
- des actions ciblées visant à contrôler l'application de la législation antidiscriminatoire dans les secteurs où travaillent la plupart des étrangers (le bâtiment) ;
- des initiatives de sensibilisation visant à informer les travailleurs et les employeurs de leurs droits et de leurs obligations découlant de la législation antidiscriminatoire, notamment des campagnes spécifiquement destinées à informer les travailleurs migrants de leurs droits (portail d'information pour les étrangers, publication de brochures sur la vie et le travail en Slovénie dans les langues des pays d'origine de la plupart des migrants, etc.).

D'après les données statistiques présentées dans le rapport, malgré une augmentation du nombre de contrôles, le nombre d'infractions liées au travail des étrangers a été ramené de 339 en 2007 à 47 en 2015. Par ailleurs, ni la Cour supérieure du travail et des affaires sociales, ni la Cour constitutionnelle, n'ont été saisies d'affaires de discrimination au travail fondée sur la nationalité, la race ou l'origine ethnique entre avril 2013 et septembre 2016 (on ne dispose d'aucune donnée concernant les autres juridictions du travail et la Cour suprême).

Le rapport fait également mention d'une nouvelle loi relative à la protection contre la discrimination, entrée en vigueur en 2016, soit hors période de référence, qui a remplacé la loi révisée de 2004 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement. D'après le rapport, la nouvelle loi renforce la protection juridique des victimes de discrimination fondée sur des caractéristiques personnelles, telles que, notamment l'origine ethnique. En effet, les victimes ont la possibilité de se faire représenter gratuitement dans

les procédures judiciaires et administratives et les auteurs d'actes de discrimination encourent des amendes plus élevées. La loi modifie également le statut du Défenseur du principe d'égalité. Désormais, toute personne qui estime avoir fait l'objet d'une discrimination peut saisir le défenseur, qui peut demander à l'auteur des actes incriminés de prendre des mesures pour protéger la victime et toute personne qui lui est venue en aide, ou d'offrir une réparation. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations pertinentes et actualisées sur la mise en œuvre de cette nouvelle loi.

En ce qui concerne les travailleurs détachés, le rapport renvoie aux directives de l'Union européenne touchant à ces questions et précise qu'ils doivent bénéficier des conditions d'emploi et de travail minimales garanties par la réglementation nationale ou les conventions collectives généralement applicables dans le pays où le travail est effectué. Les non-ressortissants de l'Union européenne détachés en Slovénie relèvent de la loi de 2015 relative à l'emploi, au travail indépendant et au travail des étrangers, qui garantit l'égalité de statut entre les étrangers employés en Slovénie et les travailleurs slovènes. Les relations d'emploi individuelles sont régies par la loi de 2013 relative aux relations d'emploi : tout employeur qui détache temporairement des travailleurs en Slovénie sur la base d'un contrat de travail régi par une législation étrangère doit garantir à ces travailleurs des droits similaires à ceux prévus par la législation et les conventions collectives slovènes en ce qui concerne les horaires de travail, les pauses, les périodes de repos, le travail de nuit, la durée minimale de congés annuels, les salaires, la santé et la sécurité au travail, la protection spéciale des travailleurs et l'égalité de traitement, dès lors qu'ils sont plus favorables pour les travailleurs. La loi relative aux relations d'emploi s'applique à tous les étrangers employés ou exerçant une activité indépendante ou travaillant dans le cadre d'un détachement en Slovénie, ce qui signifie, d'après le rapport, qu'ils jouissent d'un statut égal à celui des ressortissants slovènes.

Le Comité relève d'après le rapport sur la Slovénie établi en 2015 par le Réseau européen des experts juridiques dans le domaine de l'égalité des genres et de la non-discrimination que la loi relative aux relations d'emploi couvre également la formation des salariés et que l'égalité d'accès à la formation professionnelle était aussi garantie par la loi relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement. Le Comité demande que le prochain rapport confirme que la loi de 2016 relative à la protection contre la discrimination garantit aussi aux travailleurs étrangers l'égalité d'accès à la formation professionnelle dans le cadre de l'emploi.

Compte tenu des informations fournies, le Comité considère que la situation est conforme à l'article 19§4.a.

Le Comité rappelle que les autres aspects couverts par l'article 19§4 seront examinés dans le cadre du cycle habituel de rapports périodiques (Conclusions 2023) et demande que des informations pertinentes et actualisées soient fournies à cette occasion.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie est conforme à l'article 19§4.a de la Charte.

Article 31 - Droit au logement

Paragraphe 1 - Logement d'un niveau suffisant

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Slovénie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'il existe un contrôle suffisant du niveau des logements.

Selon le rapport, la loi relative au logement fait obligation au bailleur de remettre au locataire un logement en bon état et d'assurer l'entretien du bien loué et des parties communes de l'immeuble, de manière à ce que le locataire puisse en faire un usage normal. Il est par conséquent responsable des vices ou défauts matériels du bien loué.

En réponse à la demande d'informations du Comité sur les procédures mises en place pour s'assurer de la conformité des bâtiments aux normes de sécurité (Conclusions 2015), le rapport indique que les services d'inspection des logements peuvent, à la demande du locataire, mettre le bailleur en demeure de réaliser les travaux nécessaires pour permettre un usage normal du logement et des parties communes. S'il ne s'exécute pas dans les délais fixés, le locataire peut procéder lui-même aux réparations nécessaires aux frais du bailleur (le locataire peut prendre en charge les coûts induits par ces travaux et se rembourser par compensation avec les loyers à échoir) ou demander au bailleur de lui fournir un autre logement d'un niveau suffisant. Le Comité a également demandé des informations sur le nombre de sanctions imposées et de structures réhabilitées à la suite de carences constatées lors de visites d'inspection. Le rapport explique qu'il n'existe pas de données statistiques à ce sujet, la collecte de ces données n'étant pas prévue par la loi.

Le Comité rappelle que, pour être effectif, le droit à un logement d'un niveau suffisant doit être juridiquement protégé par des garanties procédurales adéquates : l'occupant doit pouvoir former des recours judiciaires ou autres qui soient impartiaux et d'un coût abordable. Le recours doit être effectif. Il demande par conséquent que le prochain rapport contienne toute information pertinente, y compris des exemples de jurisprudence ou données statistiques, sur la mise en oeuvre des garanties procédurales dans la pratique, en particulier lorsque les bailleurs ne donnent pas suite à des constats de défaillances. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Le Comité rappelle que la situation concernant d'autres aspects couverts par l'article 31§1 sera examinée dans le cadre du cycle habituel de rapports périodiques (Conclusions 2023) et demande que des informations pertinentes et actualisées soient fournies à cette occasion. Il rappelle par ailleurs que le prochain examen du suivi de la réclamation collective FEANTSA c. Slovénie, n° 53/2008, décision sur le bien-fondé du 8 septembre 2009, sera effectué sur la base des informations à soumettre en octobre 2019 (dans cette réclamation, le Comité a conclu que, s'agissant des anciens titulaires d'un droit d'occupation sur les logements rétrocédés à leurs propriétaires privés, la combinaison de l'insuffisance des aides à l'acquisition ou l'accession à un logement de substitution, de l'évolution des règles d'occupation et de la hausse des loyers, était, au terme des réformes engagées par le gouvernement slovène, de nature à précariser gravement un nombre significatif de ménages, et à priver ceux-ci de l'exercice effectif de leur droit au logement).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 31 - Droit au logement

Paragraphe 2 - Reduire l'état de sans-abri

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Slovénie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les personnes menacées d'expulsion bénéficient d'une protection juridique adéquate et qu'il existe des procédures suffisantes permettant d'assurer que l'expulsion des Roms soit menée dans des conditions respectant la dignité des personnes concernées.

Le Comité a demandé dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2011 et 2015) si les ONG, les associations de défense des droits des sans-abri ou toute personne risquant de le devenir pouvaient bénéficier d'une assistance juridique.

À la suite des modifications apportées aux règles en matière d'expulsion, le Comité a aussi demandé des explications sur les deux points suivants :

- la non-suspension de l'expulsion lorsque le locataire visé ne peut avoir accès à une solution de relogement ; et
- l'absence, avant une expulsion, de toute procédure d'information non formelle permettant aux intéressés de comprendre véritablement le but de l'expulsion et d'en tenir compte.

Le rapport indique qu'une assistance (aide sociale d'urgence, assistance personnelle et assistance familiale) peut être fournie par le centre d'action sociale compétent. Dans le cadre de ces services, les conseillers et les personnes sous le coup d'une procédure d'expulsion recherchent ensemble la solution la plus favorable pour ces dernières (et leur famille). Si les intéressés ne peuvent s'acquitter de leur dette, le conseiller examine avec eux les solutions de relogement possibles, comme se loger chez des membres de leur famille ou de leur réseau social ou dans les structures d'hébergement temporaire fournies par l'État. Le Comité demande si cette assistance est offerte de manière systématique et gratuitement avant l'expulsion aux locataires qui sont en état de besoin. Il demande également davantage d'informations sur l'offre de logements sociaux des municipalités et sur les procédures d'attribution de ces logements.

Le rapport souligne qu'en 2015, le ministre du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances a envisagé, en concertation avec plusieurs ONG, une série d'aides pour les personnes les plus vulnérables. L'une des trois mesures phares est un projet pilote qui fournit une aide en cas d'expulsion. Selon ce projet, les personnes expulsées peuvent être placées dans des logements vacants du Fonds du logement de la République de Slovénie ; elles peuvent aussi recevoir une aide et bénéficier d'un accompagnement pour favoriser leur insertion sociale et rechercher des solutions durables à leurs problèmes personnels et à leur problème de logement. Le Comité demande que le rapport suivant fournisse de plus amples informations sur la mise en œuvre de ce projet et qu'il clarifie s'il couvre également la population rom.

Le Comité constate que le rapport ne répond toujours pas à la question de savoir si le fait que la personne visée par l'expulsion n'ait accès à aucune solution de relogement pourrait avoir un effet suspensif. Il renouvelle donc sa question et réserve sa position sur ce point. A cet égard, il prend également note de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire Vaskrsić c. Slovénié (requête n° 31371/12, arrêt du 25 avril 2017, définitif le 25 juillet 2017), constatant une ingérence disproportionnée dans le droit du requérant au respect de ses biens, dans la mesure où les autorités avaient saisi et vendu la maison du requérant en 2010, en vue d'assurer le règlement d'une créance de faible montant en faveur

du fournisseur public d'eau, sans envisager d'autres mesures adéquates et moins onéreuses.

S'agissant des conditions de logement de la population rom, le rapport précise que les Roms menacés d'expulsion en Slovénie peuvent bénéficier d'une aide juridictionnelle gratuite et des services offerts par les centres d'action sociale au même titre que d'autres citoyens slovènes. Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport mais considère qu'elles ne sont toujours pas suffisantes pour lui permettre d'apprécier la situation et notamment de savoir si les Roms menacés d'expulsion sont, en pratique, informés de la date fixée pour l'expulsion, s'ils reçoivent une aide et une assistance efficaces et, quand l'expulsion a lieu, si elle est exécutée dans des conditions respectant la dignité des personnes concernées.

À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport clarifie la situation. Il considère qu'il n'est pas établi que des procédures suffisantes aient été mises en place pour veiller à ce que les expulsions de Roms soient exécutées dans des conditions respectant la dignité des personnes concernées.

Le Comité rappelle que la situation concernant d'autres aspects couverts par l'article 31§2 sera examinée dans le cadre du cycle habituel de rapports périodiques (Conclusions 2023) et demande que des informations pertinentes et actualisées soient fournies à cette occasion

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie n'est pas conforme à l'article 31§2 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des procédures suffisantes aient été mises en place pour veiller à ce que les expulsions de Roms soient exécutées dans des conditions respectant la dignité des personnes concernées.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

« L'EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE »

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne "l'ex-République yougoslave de Macédoine", qui a ratifié la Charte le 6 janvier 2012. L'échéance pour remettre le 4ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et "l'ex-République yougoslave de Macédoine" l'a présenté le 7 mars 2017.

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).

"L'ex-République yougoslave de Macédoine" a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 3§1, 3§3, 23 et 30.

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

Les Conclusions relatives à "l'ex-République yougoslave de Macédoine" concernent 13 situations et sont les suivantes :

– 8 conclusions de conformité : articles 3§4, 11§1, 11§2, 11§3, 12§2, 12§3, 13§2 et 13§4,

– 3 conclusions de non-conformité : articles 12§1, 12§4 et 13§1.

En ce qui concerne les 2 autres situations, régies par les articles 3§2 et 13§3, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par "l'ex-République yougoslave de Macédoine" en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des enfants et des adolescents à la protection – protection spéciale contre les dangers physiques et moraux (article 7§10),
- droit des travailleuses à la protection de la maternité – illégalité du licenciement durant le congé de maternité (article 8§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté 2 conclusions de conformités concernant ces articles.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),

- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 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).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 15 janvier 2018. 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.

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

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

La loi relative à la sécurité et à la santé au travail a été adoptée en 2007 (Journal officiel nº 92/07). Selon le rapport, elle est entièrement alignée sur le droit communautaire et fixe les principes de base et les prescriptions minimales concernant la sécurité et la santé des travailleurs conformément à la directive-cadre européenne 89/391/CEE concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. Elle expose en outre de nouvelles solutions et les devoirs de l'employeur et des salariés s'agissant de la mise en œuvre de ces mesures. L'employeur est légalement tenu d'organiser et de mettre en œuvre une démarche de santé et sécurité au travail. Il doit notamment procéder à une évaluation des risques sur tout lieu de travail, supprimer l'ensemble des risques et dangers identifiés, prendre des mesures permettant de supprimer tout risque de blessure et de maladie et veiller à assurer l'information, la formation et la consultation des travailleurs.

Selon le rapport, la loi relative à la sécurité et à la santé au travail fournit une base juridique pour l'adoption de règlements d'application, par exemple des textes réglementaires régissant certains aspects de façon plus précise et détaillée ou de nouvelles transpositions de telle ou telle directive européenne dans ce domaine. Le rapport contient une liste des règlements adoptés en matière de santé et sécurité, qui transposent 25 directives européennes concernant la santé et la sécurité au travail. Ils ont principalement trait à l'utilisation des équipements de travail, aux équipements de protection individuelle, à la signalisation de santé et de sécurité au travail, à la protection des travailleurs lors de la manutention manuelle de charges, aux chantiers de construction temporaires ou mobiles, à la santé et à la sécurité au travail des travailleurs exposés aux risques dus au bruit, aux vibrations mécaniques, aux atmosphères explosives, aux substances chimiques et biologiques, à l'amiante, à des agents cancérigènes ou mutagènes, ou à des substances toxiques pour l'appareil reproducteur.

Le rapport fait état de l'adoption d'un document stratégique national pour de nouvelles avancées en la matière sur le fondement de cette loi, qui a également donné lieu à la création du Conseil pour la sécurité et la santé au travail. Cet organe consultatif spécialisé auprès du Gouvernement est chargé de l'examen et de l'évaluation des conditions de travail ainsi que des politiques et documents stratégiques dans le domaine de la santé et sécurité au travail.

Conformément à l'article 4 de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail, le Gouvernement adopte un programme qui détermine les orientations stratégiques pour le développement de la santé et de la sécurité au travail ; une stratégie et des plans d'action couvrant une période de cinq ans sont ensuite élaborés sur cette base.

Le Comité relève que le Gouvernement a adopté, en mai 2011, une stratégie nationale de sécurité et de santé au travail pour la période 2011-2015, assortie d'un plan d'action pour sa mise en œuvre. Après un état des lieux, la stratégie a défini des orientations stratégiques en vue d'associer l'ensemble des acteurs à la mise en place d'un système moderne, efficace et performant de gestion de la sécurité et de la santé au travail qui devrait contribuer à une réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Selon le rapport, la politique de santé et de sécurité au travail est fondée sur les instruments et documents internationaux pertinents, comme les conventions de l'OIT (74 conventions ont été ratifiées), les directives de l'Union européenne et la Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail, ou encore le Plan d'action mondial pour la santé des

travailleurs 2008-2017 de l'OMS. Les conventions de l'OIT sur le benzène (n° 136, 1971), le milieu de travail (pollution de l'air, bruit et vibrations) (n° 148, 1977) et la sécurité et la santé des travailleurs (n° 155, 1981) sont en vigueur.

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). Il demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations complètes et détaillées sur les textes législatifs et réglementaires et notamment sur toute modification apportée pendant la période de référence qui couvrirait de façon spécifique les risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2. Il demande en outre des explications sur la pertinence des lois, règlements et normes applicables dans l'ordre juridique interne.

Niveaux de prévention et de protection

Le Comité examine les niveaux de prévention et de protection prévus par les textes législatifs et réglementaires pour certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le rapport énumère divers règlements qui intègrent l'acquis communautaire en matière d'implantation, aménagement et entretien des lieux de travail, dont le règlement relatif aux mesures de protection applicables au travail sur écran de visualisation (Journal officiel n° 115/05), qui transpose la Directive 90/270/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation, le règlement relatif aux exigences de sécurité et de santé pour l'utilisation d'équipements de travail (Journal officiel n° 116/07), qui transpose la Directive 89/655/CE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail, et le règlement relatif à la signalisation de santé et de sécurité au travail (Journal officiel n° 127/07), qui transpose la Directive 90/270/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation. Le Comité relève que la convention n° 119 de l'OIT sur la protection des machines (1963) est en vigueur et que la convention n° 120 sur l'hygiène (commerce et bureaux) (1964) ne l'est pas.

Afin de déterminer si le niveau retenu par les normes internationales de référence a été atteint, le Comité demande des informations sur l'intention du Gouvernement de ratifier ou d'appliquer les conventions de l'OIT sur la sécurité et la santé dans la construction (n° 167, 1988), la sécurité et la santé dans les mines (n° 176, 1995) et la sécurité et la santé dans l'agriculture (n° 184, 2001). Il demande aussi des informations plus détaillées sur la mise en œuvre de mesures de prévention adaptées à la nature des risques et d'actions d'information et de formation des travailleurs, ainsi que sur le calendrier prévisionnel de mise en œuvre.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le rapport indique que la réduction de l'exposition à l'amiante et la fixation des valeurs limites d'exposition sont régies par le règlement relatif aux prescriptions minimales de sécurité et de santé concernant les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail (Journal officiel n° 50/09) et par le règlement relatif aux prescriptions minimales de sécurité et de santé concernant les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes ou à des substances toxiques pour l'appareil reproducteur (Journal officiel n° 110/10). Les conventions de l'OIT sur le cancer professionnel (n° 139, 1974) et sur l'amiante (n° 162, 1986) sont en vigueur.

Le rapport ne contient aucune information sur la protection des travailleurs contre les rayonnements ionisants. Le Comité constate cependant que la convention n° 115 de l'OIT sur la protection contre les radiations (1960) n'est pas en vigueur.

Le Comité prend note des renseignements fournis. Il demande que le rapport suivant contienne des informations détaillées sur les valeurs limites d'exposition, l'interdiction de la fabrication et de la vente d'amiante ou de produits en contenant et l'incorporation des prescriptions énoncées dans les Recommandations 2007 de la Commission internationale de protection radiologique (Publication 103). Il demande en outre si les autorités ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Étant donné l'importance de cette question au regard du droit à la santé de la population (article 11), il demande aussi que le rapport suivant précise les mesures prises dans cette optique. Il demande en outre si les autorités ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Étant donné l'importance de cette question au regard du droit à la santé de la population (article 11), il demande aussi que le rapport suivant fournisse des informations spécifiques sur les mesures prises dans cette optique. Le Comité 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).

Le Comité demande en outre que le rapport suivant contienne des informations sur les dispositions spécifiques à la protection contre les risques d'exposition au benzène.

Champ d'application personnel des règlements

Le rapport ne contient aucune information sur la protection des travailleurs sous contrat à durée déterminée, des intérimaires et des travailleurs temporaires, et pas davantage sur la protection des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile et des employés de maison.

Rappelant que tous les travailleurs, tous les lieux de travail et tous les secteurs d'activité doivent être couverts par la règlementation en matière de sécurité et de santé au travail, le Comité demande que le rapport suivant explique comment les catégories de travailleurs susmentionnées sont protégées efficacement et sans discrimination, y compris contre les risques résultant de la succession de périodes d'exposition chez des employeurs différents à des agents pathogènes. À cet égard, il demande des informations concernant la mise en œuvre, prévue par les textes législatifs et réglementaires, de l'interdiction d'embaucher un salarié en contrat à durée déterminée ou un travailleur temporaire en vue de faire exécuter certains travaux particulièrement dangereux. Il demande des précisions concernant l'accès des catégories de travailleurs susmentionnées à l'information et à la formation en matière de santé et sécurité au travail, leur surveillance médicale et leur représentation dans l'entreprise.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le rapport indique que le Gouvernement a procédé à la création en 2009, comme prévu par la loi relative à la sécurité et à la santé au travail, du Conseil pour la sécurité et la santé au travail. Cet organe consultatif spécialisé est composé de 15 membres représentant le Gouvernement, les organisations patronales, les syndicats et les institutions éducatives dont le champ d'activité couvre les domaines de la santé et sécurité au travail et de la médecine du travail, ainsi que les associations de spécialistes de la sécurité au travail.

Selon le rapport, l'élaboration de la stratégie de sécurité et de santé au travail pour la période 2011-2015 et de son plan d'action a été réalisée en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (institutions, secteur non gouvernemental, partenaires sociaux). Ces deux documents ont également été examinés par le Conseil pour la sécurité et la santé au travail durant leur préparation.

Le rapport indique également que l'article 11 de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail (modifiée) (Journal officiel nº 158/14) impose à chaque employeur d'établir et de fournir un document d'évaluation des risques pour chaque poste de travail, contenant des instructions appropriées et des propositions d'actions à mettre en place. Une fois ce document établi, l'employeur est tenu de demander l'avis de l'organisation syndicale ou délégué du personnel.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur les modalités de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs lors de l'élaboration de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

C'est la première fois que le Comité examine le cadre général des services de santé au travail.

Le rapport indique que conformément aux dispositions de l'article 20 de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail, les missions premières des organismes de santé agréés pour exercer la médecine du travail sont d'effectuer les examens médicaux que doivent passer les salariés à titre préventif, d'offrir des services médicaux aux salariés atteints d'une maladie professionnelle, de proposer aux employeurs des mesures visant à assurer la protection de la santé des travailleurs fortement exposés à un risque de blessure ou d'atteinte à la santé, de participer à chaque évaluation des risques, de la sécurité et de la santé sur le lieu et dans l'environnement de travail et d'informer les salariés des risques liés à leur travail. Selon le rapport, le décret fixant les types d'examens médicaux prévus pour les salariés et leurs modalités, les volumes et les tarifs (Journal officiel n° 60 du 24 avril 2013) contient aussi des dispositions régissant le fonctionnement des services mis en place par les employeurs ou assurés par un organisme de santé exerçant la médecine du travail.

Le rapport indique en outre que le plan 2008-2017 de l'OMS pour la santé des travailleurs, dont l'un des objectifs stratégiques est d'étendre la couverture et d'améliorer la qualité des services de médecine du travail, sera mis en œuvre moyennant une coopération intersectorielle mutuelle entre l'Inspection nationale du travail et les organismes de santé agréés en médecine du travail. La convention n° 161 de l'OIT sur les services de santé au travail (1985) est en vigueur.

L'Inspection nationale du travail, dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, et l'Inspection nationale de l'hygiène et de la santé se coordonnent pour conduire des missions de contrôle dans les organismes de santé agréés en médecine du travail (147 organismes ont été contrôlés en 2015). L'article 22 de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail impose à l'employeur d'assurer le suivi médical de tous les salariés. En 2014, l'Inspection nationale du travail a réalisé 16 735 contrôles ayant trait à la santé et la sécurité au travail (17 412 en 2015). Il est apparu que sur les 235 999 salariés couverts par ces visites d'inspection (262 425 en 2015), 212 546 (236 144 en 2015) avaient bénéficié d'examens médicaux organisés par l'employeur.

Le Comité rappelle qu'en acceptant l'article 3§4 de la Charte, les États s'engagent à assurer que tous les travailleurs, dans toutes les branches d'activité économique et toutes les entreprises, aient accès à des services de santé au travail. Il demande que le prochain rapport fournisse des information sur les stratégies ou incitations visant à faciliter l'accès, notamment des travailleurs des petites et moyennes entreprises, aux services de médecine du travail. Il demande également des informations sur l'accès aux services de santé au travail des intérimaires, des travailleurs temporaires ou des travailleurs sous contrat à durée déterminée, des travailleurs indépendants et des travailleurs domestiques.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de « l'ex-République yougoslave de Macédoine » 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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance était de 75,7 ans en 2015 (contre 74,5 an 2009 et 75,1 ans en 2010). Ces chiffres sont inférieurs à ceux observés dans d'autres Etats européens. Ainsi, d'après les estimations publiées par Eurostat, l'espérance de vie à la naissance était de 80,6 ans en 2015 pour les 28 pays de l'Union européenne.

D'après le rapport, les maladies cardio-vasculaires et le cancer restent les principales causes de décès. Le rapport fait état des initiatives lancées durant la période de référence, notamment le Programme de lutte contre les maladies cardiovasculaires et le Programme de transplantation. Le Comité demande à être tenu informé des mesures prises pour s'attaquer aux principales causes de décès prématurés.

S'agissant du taux de mortalité infantile, le Comité a précédemment relevé qu'il avait été ramené de 11,74 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2009 à 7,5 décès en 2011 (Conclusions XX-2 (2013)). Les chiffres renseignés dans le présent rapport montrent que le taux de mortalité infantile a évolué comme suit : 9,7 en 2012, 10,2 en 2013, 9,9 en 2014 et 8,6 en 2015. D'après la base de données Eurostat, en 2015, la moyenne des 28 pays de l'UE s'établissait à 3,6 enfants décédés pour 1 000 enfants nés vivants. Le rapport ajoute que les premières causes de mortalité infantile (0-12 mois) sont dues à des complications périnatales et à des malformations congénitales. Le Comité prend note du détail des chiffres relatifs à la mortalité infantile, ventilés par région, niveau d'instruction et origine ethnique de la mère, ainsi que des mesures prises durant la période de référence en vue d'améliorer la santé maternelle et infantile. Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées concernant le taux de mortalité infantile et les effets concrets des mesures déployées.

Le rapport indique que le taux de mortalité maternelle est passé, durant la période de référence, de 4,2 en 2012 à 4,4 en 2013, puis à 12,7 en 2014. Le Comité relève que, selon les indicateurs de la Banque mondiale, ce taux était de 8 décès pour 100 000 naissances vivantes et est demeuré stable sur la période de référence (2012 – 2015). Le Comité prend note des informations détaillées concernant les mesures prises durant la période de référence en vue d'améliorer la santé maternelle et la santé en matière de sexualité et de procréation. Il demande que le prochain rapport contienne des données chiffrées actualisées concernant le taux de mortalité maternelle et les effets concrets des mesures déployées.

Accès aux soins de santé

Le Comité a pris note des caractéristiques du système de soins et de santé dans ses conclusions précédentes (Conclusions XIX-2 (2010) et XX-2 (2013)).

Le Comité prend note des stratégies et plans d'action adoptés durant la période de référence, notamment les Stratégies nationales de lutte contre le sida et la tuberculose, le troisième Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition, et la Politique de vaccination 2012 – 2015.

Selon le rapport, en vue d'améliorer la qualité de la protection de la santé et les conditions de séjour dans les établissements de soins, le ministère de la Santé a fait l'acquisition d'équipements médicaux modernes destinés aux établissements publics. La mise en œuvre du projet visant à rénover et reconstruire des établissements de santé se poursuit, et les chantiers destinés à l'édification du nouvel Hôpital de Shtip et de la Clinique de Skopje ont démarré. Le rapport précise que le budget consacré aux programmes de santé publique a

encore augmenté en 2015 pour atteindre quelque 64,5 millions d'euros, alors qu'il était d'environ 42,8 millions en 2012. Le Comité a demandé ce que représentaient les dépenses de santé en pourcentage du PIB (Conclusions 2013). Il note que, selon des chiffres provenant de la Banque mondiale, les dépenses de santé publique ont représenté 4,1 % du PIB en 2014. La même source précise que les frais acquittés directement par les patients représentaient 36,7 % du montant total des dépenses de santé.

Le Comité rappelle que le système de soins doit être accessible à toute la population. Le droit à l'accès aux soins de santé exige notamment que le coût des soins de santé soit à la charge, à tout le moins partiellement, de la collectivité dans son ensemble (Conclusions I, 1969, Observation interprétative de l'article 11) et ne représente pas une charge excessive pour l'individu concerné. Les paiements directs ne doivent pas constituer la principale source de financement du système de santé (Conclusions 2013, Géorgie). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur ce que représentent les dépenses de santé publique en pourcentage du PIB et sur les paiements directs des patients en proportion du montant total des dépenses de santé, ainsi que sur les mesures prises pour faire baisser les paiements directs.

Le Comité a précédemment noté que, fin 2011, un projet pilote avait été lancé en vue d'introduire la gestion électronique des rendez-vous et des interventions au moyen d'une application Internet, la maintenance du site étant assurée par le ministère de la Santé (Conclusions 2013). Il a demandé à être informé des délais d'attente moyens pour un traitement spécialisé ou hospitalier (Conclusions 2013). Le rapport fait état de la création, au sein du ministère de la Santé, d'un département informatique chargé de développer et d'améliorer le système de gestion intégrée des dossiers médicaux. Selon des données portant sur les six derniers mois, le délai d'attente entre la prise de rendez-vous par le patient et la consultation du spécialiste était en moyenne de sept jours. Le rapport fournit en outre des informations détaillées provenant du département informatique du ministère de la Santé sur les délais d'attente que les patients ont dû supporter dans les différentes spécialités. Le Comité relève que, selon l'Indice européen 2015 des consommateurs de soins de santé, l' « ex-République yougoslave de Macédoine » a fait des progrès remarquables en matière de gestion électronique des rendez-vous : depuis juillet 2013, tout médecin généraliste peut consulter en temps réel, en présence du patient dans son cabinet, le tableau des rendez-vous de tout spécialiste ou centre médical possédant les équipements requis pour effectuer des diagnostics complexes, et ce sur l'ensemble du territoire, et fixer ensuite un rendez-vous à son patient.

Le rapport indique, en réponse à une question générale posée par le Comité à tous les Etats concernant l'existence éventuelle de structures de réadaptation pour les toxicomanes et l'éventail des possibilités et traitements offerts (Conclusions XIX-2 (2010) et Conclusions XX-2 (2013)), que les toxicomanes peuvent être pris en charge partout dans le pays : il existe plus de douze centres de prévention et de traitement des usagers de drogues et autres substances psychoactives, ainsi qu'une Clinique spécialisée dans la toxicologie et la médecine d'urgence (qui propose un traitement à base uniquement de buprénorphine). Tout individu arrêté et placé en détention peut demander à bénéficier de cette prise en charge. Le rapport ajoute que les crédits nécessaires au traitement médicamenteux (méthadone et buprénorphine) prodigué chaque année à quelque 1 400 personnes proviennent du Programme annuel de prise en charge des troubles addictifs. Plusieurs formules sont proposées : traitement ambulatoire de jour, traitement en régime hospitalier, cure de désintoxication, traitement médicamenteux. Les usagers de drogues sont pour la plupart traités en régime ambulatoire, dans le cadre duquel ils reçoivent des produits de substitution, font l'objet d'un suivi psycho-social, et bénéficient de consultations individuelles ou collectives et d'une psychothérapie sociale. Le rapport publie en outre une liste de plusieurs structures de réadaptation, resocialisation et réinsertion des toxicomanes qui ont été mises en place grâce à une coopération entre le secteur associatif, les collectivités locales et l'Etat.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et traitements dentaires (par exemple, qui peut bénéficier de soins gratuits, le coût des soins les plus fréquents et la part des frais restant à la charge des patients).

S'agissant du droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a précédemment demandé si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013). Le rapport indique qu'aucune disposition juridique n'exige un quelconque traitement médical pour les personnes transgenres. Il ajoute qu'aucune intervention médicale destinée à changer de sexe n'est pratiquée dans l' « ex-République yougoslave de Macédoine ». Le Comité prend note des observations présentées par Transgender Europe et la Section européenne de l'Association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexuels (ILGA-Europe) concernant l'application de la Charte sociale européenne au cours du présent cycle de contrôle. Il ressort desdites observations que la reconnaissance juridique de l'identité de genre passe par trois procédures encadrées par différents textes de loi et qu'aucune réglementation ne fixe les critères pris en compte par la Direction de l'état civil (l'institution compétente) pour autoriser ou non le changement d'état civil, ce qui donne lieu à des décisions arbitraires. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des commentaires à ce sujet.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de « l'ex-République yougoslave de Macédoine » 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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

Education et sensibilisation de la population

Sur la question de l'éducation et de la sensibilisation de la population, le rapport indique qu'environ 25 000 conférences et exposés ont été donnés au cours de chacune des années de la période considérée, sur des sujets tels que la vaccination, les bonnes pratiques nutritionnelles, l'hygiène, la prévention des troubles addictifs – alcoolisme, toxicomanie, tabagisme -, la prévention des maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, l'ostéoporose, la bronchopneumopathie et d'autres affections chroniques non contagieuses. De plus, quelque 2 000 ateliers ont été proposés chaque année sur des thèmes tels que le planning familial, l'hygiène alimentaire et les régimes diététiques (c.-à-d. les normes sanitaires minimales), le dépistage précoce du cancer et d'autres sujets touchant à la promotion de la santé et à la prévention des maladies ; à cela se sont ajoutés près de 5 000 stages en moyenne, qui ont été consacrés aux premiers soins, aux bonnes pratiques nutritionnelles, ou encore à la croissance et au développement de l'enfant.

Le Comité prend note des campagnes et actions de sensibilisation menées durant la période de référence ; le rapport fait ainsi état de la campagne « Sauvons une vie » et des actions de sensibilisation portant sur la prévention du cancer, la santé des femmes en matière de sexualité et de procréation, les affections causées par le virus de l'hépatite et l'utilisation rationnelle des antibiotiques. Le rapport mentionne la publication d'un grand nombre d'articles parus dans des revues professionnelles et scientifiques, ainsi que dans la presse quotidienne ; il évoque également la production de nombreux documents de sensibilisation aux problèmes de santé (affiches, brochures, instructions, etc.) publiés en macédonien et en albanais. Les pouvoirs publics organisent, en collaboration avec les ONG, de multiples forums et conférences qui abordent, à travers des exposés et d'autres types d'activités, des questions plus spécialement axées sur la population rom, la santé des enfants et des mères, la santé en matière de sexualité et de procréation, la sécurité routière, etc. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport sur les mesures prises pour prévenir l'obésité et encourager une alimentation saine. Il note également que des activités éducatives destinées à différentes catégories de population, aux étudiants et au grand public sont régulièrement organisées dans le cadre des initiatives de prévention déployées par l'Institut et les centres de santé publique, ainsi que par les ONG qui participent au programme VIH/Sida financé par le Fonds mondial de lutte contre le sida.

Sur la question de l'éducation à la santé en milieu scolaire, le Comité a précédemment pris note des matières enseignées à l'école, comme la biologie ou la préparation des enfants à la vie en société (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport précise que l' « ex-République yougoslave de Macédoine » est affiliée au réseau des écoles-santé et que les universités cherchent de plus de plus à aborder des sujets et thèmes consacrés à la promotion de la santé de la population. Un module a ainsi été lancé en 2014 dans le but de familiariser les étudiants de médecine générale de la Faculté de Skopje à la « Promotion de la santé » ; un cours intitulé « Promotion de la santé et éducation sanitaire » est par ailleurs dispensé à la Faculté de sciences médicales de l'Université de Shtip.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment relevé que des services de conseil et d'orientation à destination de l'ensemble de la population sont proposés dans le cadre des activités des programmes de santé publique adoptés chaque année en application de la loi sur les soins de santé (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que les examens préventifs gratuits réalisés dans le cadre du programme « Santé pour tous » déployé dans tout le pays, y compris dans

les zones rurales, prévoit notamment des vérifications de la tension artérielle et des taux de triglycérides et de glycémie, ainsi que des conseils gratuits concernant la santé, l'alimentation et les modes de vie sains.

Le rapport précise que le programme d'examens de santé gratuits et de visites médicales générales mis en place à l'attention des élèves (6-18 ans) et des étudiants de première année universitaire se poursuit.

Le rapport indique par ailleurs que des services et tests sont proposés gratuitement dans le cadre du Programme de dépistage précoce des affections malignes telles que le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, du Programme de lutte contre le VIH/Sida et du Programme de prévention de la tuberculose.

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport sur les mesures prises dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation. Dans le cadre du Programme national de santé publique, les centres de consultation sur les questions touchant à la sexualité et à la procréation qui relèvent des dix centres de santé publique ont ainsi prodigué, entre 2012 et 2015, des informations et conseils à un total de 3 091 personnes sur des questions relatives au planning familial, au contrôle des naissances et à la protection contre les maladies sexuellement transmissibles.

Le rapport fait état de la mise en œuvre, depuis 2010, du Programme annuel de dépistage précoce des affections malignes, dans le prolongement duquel s'est inscrit un projet pilote de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Ce programme a débouché sur la mise en place d'un frottis cervical gratuit pour les femmes en âge de procréer ; sur la période 2012-2015, elles ont été chaque année environ 30 000 à faire ce test, qui a permis de déceler des anomalies cellulaires chez 2,6 % d'entre elles. Grâce aux mesures de dépistage, le taux de mortalité féminine par cancer du col de l'utérus a cessé de progresser et est désormais de l'ordre de 4 décès pour 100 000 femmes. La stratégie de « grossesse sans risque » fait appel à différentes activités déployées dans le cadre du Programme d'actions de protection de la santé maternelle et infantile qui cherche principalement à faire baisser les taux de mortalité et de morbidité des femmes enceintes et des nouveau-nés et qui s'est traduit depuis 2015 par la distribution gratuite à toutes les femmes enceintes, partout dans le pays, de comprimés d'acide folique et d'iode. En 2015, un centre national de santé en matière de procréation a ouvert ses portes et une base de données nationale permettant d'obtenir des informations sur ces questions a été créée.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" 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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

Environnement sain

En ce qui concerne la qualité de l'eau, le rapport indique que, conformément au Programme national annuel de santé publique de "l'ex-République yougoslave de Macédoine", les centres de santé publique suivent et évaluent, année après année, les conditions sanitaires et hygiéniques de l'approvisionnement en eau de la population et du réseau d'adduction d'eau ; ils vérifient également la salubrité (qualité et fiabilité sanitaire) de l'eau potable ainsi que de l'eau utilisée à des fins de baignade et de loisirs. Le rapport rend compte des activités menées par les services de santé publique sur la période 2012 – 2015 concernant la salubrité de l'eau potable.

Concernant la qualité de l'air, le rapport indique que dans le cadre de la loi relative à la protection de la santé et de la loi sur la qualité de l'air ambiant, les établissements de santé publique, à savoir les centres de santé publique, sont tenus de prévoir des procédures de contrôle de la qualité de l'air dans les zones habitées. Le rapport signale par ailleurs l'existence de 81 stations de mesure permettant de déterminer le volume total de poussières sédimentables dans l'air. A Veles, la présence de plomb, de cadmium, de zinc, de nickel et de fer a ainsi été détectée ; à Kumanovo, l'air contenait des poussières de plomb, de cadmium et de zinc ; des particules fines en suspension (fumée) et du dioxyde de soufre (SO2) ont été observés à Skopje, ville dans laquelle l'air est également chargé d'oxyde de carbone.

Le rapport indique en outre qu'au cours de la période 2012 – 2015, les centres régionaux de santé publique ont procédé, conformément au Programme de santé publique, à des contrôles du niveau sonore dans les villes de Bitola, Kichevo et Kumanovo, contrôles effectués dans les plages horaires définies par la loi relative à la protection contre la pollution sonore (Journal officiel n° 79/07 de l' « ex-République yougoslave de Macédoine »). Au vu des résultats de ces mesures, des recommandations visant à corriger les situations dans lesquelles une hausse du niveau de bruit avait été constatée ont été prises en vue de prévenir les effets néfastes que cette exposition accrue au bruit peut avoir sur la santé.

En ce qui concerne l'amiante, le rapport indique qu'en 2014, une fiche signalétique établissant la présence d'amiante dans les matériaux de construction et autres a été mise au point, ce qui a permis de proposer des mesures de prévention. En 2014, l'Institut de santé publique a réalisé la première étude consacrée à la biosurveillance humaine dans l' « ex-République yougoslave de Macédoine ». Le Comité demande à être informé de tout fait nouveau dans ce domaine.

Concernant la sécurité alimentaire, le rapport fournit, pour chacune des années couvertes par la période de référence, les résultats chiffrés détaillés des tests effectués en laboratoire sur des échantillons alimentaires. En 2015 par exemple, l'analyse de la salubrité des denrées alimentaires a permis de déterminer le pourcentage de produits (importés et nationaux) qualifiés de défectueux en termes d'informations concernant les additifs et de sécurité microbiologique (1,5 %). L'inexactitude des informations concernant l'emploi d'additifs est plus fréquente dans les échantillons de produits nationaux analysés (2 %) que dans les produits importés, pour lesquels ce taux est nettement moins élevé (0,6 %). Les 5 254 échantillons de produits alimentaires testés pour détecter l'éventuelle présence de résidus de pesticides étaient tous conformes à la réglementation en matière de sécurité alimentaire. Le Comité prend note des informations et données détaillées que contient le rapport concernant le contrôle de la sécurité alimentaire dans les structures éducatives, les écoles, les jardins d'enfants et les établissements de santé.

Le Comité prend note des informations détaillées présentées dans le rapport concernant les mesures de protection contre la radioactivité et le changement climatique.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les mesures concrètes portant sur la pollution atmosphérique, la gestion des déchets, la qualité de l'eau, la sécurité alimentaire, la pollution sonore et l'amiante, en indiquant également à quels niveaux elles ont été prises et quelles sont les tendances observées en la matière.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité prend note des mesures mises en place durant la période de référence pour lutter contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Le rapport indique qu'aux termes de la loi sur la protection contre le tabagisme, il est interdit de fumer dans les lieux publics et de vendre des cigarettes aux mineurs. Ce texte régit également la publicité et les opérations de parrainage. La loi sur le tabac définit les normes de qualité, les taux de goudron et de nicotine, ainsi que les avertissements sanitaires sous forme textuelle ou graphique. La loi sur la protection contre le tabagisme a été modifiée en 2013. Il a ainsi été décidé d'élargir le champ d'action des services d'inspection, qui pourront désormais infliger des sanctions en cas de tabagisme constaté dans un lieu où il est interdit de fumer. Des contrôles pourront par ailleurs être également effectués par les autorités fiscales et par les agents du ministère de l'Intérieur. En 2013, les services de l'Inspection sanitaire nationale ont procédé à quelque 2 000 contrôles ordinaires dans des établissements de santé du secteur public et du secteur privé ; ces visites ont permis de constater que la loi était respectée. En 2014, les centres anti-tabac, que peuvent consulter les personnes qui souhaitent arrêter de fumer, ont démarré leurs activités dans dix centres de santé publique. Ils proposent des exposés pédagogiques axés sur les effets nocifs du tabac sur la santé des fumeurs et de leur entourage. A titre indicatif, 153 personnes ont consulté les centres anti-tabac au premier semestre 2015.

Le rapport indique, en réponse à une question du Comité concernant les tendances de consommation, que les résultats tirés de l'étude menée en 2014-2015 concernant les comportements des enfants d'âge scolaire sur le plan sanitaire montrent un net déclin de la consommation quotidienne de tabac chez les élèves âgés de 15 ans, ainsi qu'une baisse de la consommation hebdomadaire d'alcool par ces mêmes élèves. L'étude révèle aussi qu'aucune amélioration n'est constatée en ce qui concerne la consommation de marijuana chez les enfants âgés de 15 ans. Le Comité demande des informations actualisées sur la prévalence de la consommation de tabac chez les adultes (plus de 15 ans).

Le rapport indique les quantités annuelles moyennes de boissons alcoolisées (exprimées en litres) que consomme chaque foyer /membre d'un même foyer. Il précise en outre qu'il ressort des statistiques que, ces dernières années, le nombre de décès liés à une psychose alcoolique et à une cirrhose a augmenté. La mortalité imputable à la consommation d'alcool est surtout observée dans la tranche d'âge des 45 – 54 ans.

Le Comité prend note des mesures prises en matière de consommation de drogue. En 2014, une Stratégie nationale de lutte contre la drogue a été adoptée pour la période 2014 – 2020 ; elle porte sur les problèmes de coordination et sur l'organisation de divers secteurs impliqués dans cette lutte, et met en place différentes mesures et activités visant à faire baisser la consommation et la demande de drogue. Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de la Stratégie et des tendances de consommation de drogue.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données chiffrées actualisées concernant la consommation de tabac, d'alcool et de drogue, ainsi que leurs tendances respectives.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité prend note des mesures mises en place durant la période de référence en matière de surveillance épidémiologique. Le rapport précise que, dans l' »ex-République yougoslave de Macédoine », la vaccination est obligatoire et gratuite pour tous les enfants de moins de 18 ans ; elle l'est aussi pour les personnes exposées à des maladies transmissibles (en cas de signes épidémiologiques) et est activement recommandée en cas de signes épidémiologiques et cliniques ; il en va de même pour les voyageurs qui se déplacent à l'étranger. La vaccination obligatoire concerne la tuberculose, l'hépatite B, l'haemophilus influenza de type B (méningite), la polio, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la variole, la rubéole, la rougeole et les maladies causées par le virus du papillome humain (VPH). Conformément à la Politique de vaccination, le calendrier d'inoculation prévoit également l'administration de vaccins polyvalents. Un vaccin contre la pneumonie à streptocoque est par ailleurs disponible pour les enfants qui présentent des signes cliniques de cette affection ; il doit être administré sur recommandation d'un pédiatre.

Le Comité note que les taux de couverture enregistrés durant la période de référence pour les vaccins obligatoires étaient élevés (entre 88,6 et 91,8 % en 2015, hormis pour le HPV – 42,2 %). Le Comité demande à être tenu informé dans le prochain rapport des taux de couverture pour les vaccins obligatoires.

Accidents

Le rapport indique qu'il n'y a eu ni activités ni statistiques nouvelles depuis le précédent rapport national soumis en 2012 (6e rapport). Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 11§3, les Etats parties doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées concernant les mesures prises pour faire baisser les décès et blessures par accidents, et indique l'évolution du nombre d'accidents.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de « l'ex-République yougoslave de Macédoine » 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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

S'agissant des **prestations familiales** et des prestations de **maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale de « l'ex-République yougoslave de Macédoine ». Il note qu'il continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Le système repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'État.

Le rapport indique qu'aucun changement n'est intervenu s'agissant du cadre législatif en matière de **soins de santé**. Le Comité a précédemment jugé la couverture satisfaisante étant donné que l'assurance obligatoire couvrait tous les salariés et travailleurs indépendants, les retraités, les bénéficiaires des prestations de chômage ou de l'assistance sociale, les personnes détenues et les personnes ayant des revenus inférieurs à un certain seuil. En outre, certaines catégories de personnes qui ne peuvent pas être assurées à un autre titre (comme les enfants et les jeunes qui font des études, les personnes âgées ou les femmes enceintes et accouchées qui sont au chômage) sont également couvertes.

S'agissant des autres branches, le Comité a toutefois demandé des données chiffrées à jour concernant le pourcentage d'assurés au regard de l'ensemble de la population active et indiqué que dans l'hypothèse où ces informations ne seraient pas communiquées, rien ne permettrait d'établir la conformité de la situation à la Charte. À cet égard, il note que d'après les statistiques officielles, la population active s'élevait en 2015 à 954 924 personnes dont 705 991 travailleurs et 248 933 chômeurs. Le rapport indique cependant qu'il n'existe pas de données disponibles concernant le nombre total d'assurés au regard de la population active (travailleurs et chômeurs). Le Comité relève dans la base de données Missceo que l'assurance **maladie** couvre tous les travailleurs, salariés ou indépendants. Une assurance obligatoire **accidents du travail et maladies professionnelles** couvre les salariés, les travailleurs indépendants, les agriculteurs, les personnes ou les étudiants qui accomplissent un stage ou un travail bénévole et les chômeurs en reconversion qui suivent des cours de formation ou de recyclage professionnel. S'agissant du risque **vieillesse**, tous les salariés, travailleurs indépendants et agriculteurs sont couverts par une assurance obligatoire. Selon le rapport, 182 954 personnes bénéficiaient d'une pension de vieillesse en 2015. Tous les salariés, travailleurs indépendants et agriculteurs, de même que les personnes accomplissant un stage ou un travail bénévole, les chômeurs ou les étudiants en formation professionnelle et les personnes détenues sont couverts par l'assurance **invalidité** obligatoire ; en 2015, le nombre des bénéficiaires s'élevait à 39 814 personnes. Les salariés, tout comme les travailleurs indépendants, sont couverts par l'assurance **chômage**. Le rapport indique que le nombre moyen de chômeurs indemnisés s'établissait à 11 243 personnes en 2015. Le Comité prend note des informations fournies. En l'absence des données demandées concernant le pourcentage de la population active qui est couvert, il n'est toutefois pas en mesure d'apprécier si la couverture de la population est satisfaisante. Il demande que le rapport suivant contienne des données à jour concernant la population totale, la population active, le nombre de personnes bénéficiant de la prise en charge des soins de santé et couvertes contre les risques maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, invalidité, décès et chômage. Entretemps, il considère qu'il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 2 120 € par an en 2015, soit 177 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 1 060 € par an, soit 88 € par mois. 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 71 € par mois. Le rapport indique que le salaire minimum (net) était fixé à 9 590 MKD (155 €) et à 8 050 MKD (130 €) dans le secteur textile-habillement-cuir ; le salaire moyen (net) national s'établissait à 21 904 MKD (353 €) et la rémunération brute moyenne à 32 171 MKD (519 €).

Selon la base de données Missceo, les salariés et les travailleurs indépendants ayant été assurés pendant au moins six mois ont droit à des indemnités de **maladie** versées à hauteur de 70 % de leur salaire moyen avant la survenance de la maladie (85 % en cas de maladie maligne), dans la limite de quatre fois le salaire mensuel moyen national de l'année précédente. Sur la base du salaire minimum, le Comité considère que ce montant est suffisant (109 €-91 €). Ceci vaut également pour les prestations servies en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, qui correspondent à 100 % du salaire moyen.

Le rapport indique que la réforme des pensions de vieillesse et d'invalidité s'est poursuivie durant la période de référence. Les conditions d'ouverture du droit à une pension de **vieillesse** restent néanmoins inchangées, c.-à-d. avoir atteint l'âge de 64 ans (pour les hommes) ou de 62 ans (pour les femmes) et justifier d'au moins 15 années de cotisation. Toujours selon le rapport, le montant minimum de la pension de vieillesse s'établissait à 8 241 MKD (133 €) en 2015. Ce montant étant supérieur au seuil de pauvreté, il est conforme à l'article 12§1 de la Charte. En ce qui concerne la pension d'**invalidité**, le Comité relève dans la base de données Missceo que son montant minimum correspondait respectivement à 37,60 % (pour les hommes) et à 43,40 % (pour les femmes) de la base de calcul, à savoir le salaire net moyen pour l'ensemble de la période d'assurance. Le montant de la pension est néanmoins déterminé en fonction de la période d'activité professionnelle et du degré d'invalidité de l'assuré. Le Comité demande que le rapport suivant indique quel est le montant minimum de la pension d'invalidité. Dans l'hypothèse où il n'y aurait pas de minimum légal, il demande quel serait par exemple le montant minimum de la pension servie à un homme ayant un taux d'incapacité permanente (non consécutive à un accident du travail) égal ou supérieur à 80 % et justifiant d'au moins 15 années de cotisation au salaire minimum. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Le Comité a précédemment constaté que la durée de service des prestations de **chômage** était trop brève (Conclusions 2009, 2013), étant donné que les personnes satisfaisant aux conditions minimales requises pour l'ouverture des droits (9 mois de travail ininterrompu ou 12 mois d'affiliation à l'assurance chômage au cours des 18 derniers mois) n'ont droit qu'à un mois d'indemnisation (jusqu'à douze mois pour les personnes ayant cotisé pendant plus de vingt-cinq ans à l'assurance chômage, et sans limitation de durée pour les chômeurs proches de l'âge de la retraite). Selon le rapport, 54 personnes seulement (0,5 % du nombre total de bénéficiaires) ont été indemnisées pendant un mois seulement en 2015 (0,3 % en 2011). La situation n'ayant toutefois pas changé à cet égard, le Comité maintient sa conclusion de non-conformité.

Le Comité relève par ailleurs dans la base de données Missceo que le versement des allocations de chômage peut être suspendu pendant un an, notamment en cas de refus d'une offre d'emploi. Il demande que le rapport suivant précise si cette sanction est appliquée uniquement en cas de refus d'une offre d'emploi considérée comme convenable, si la loi définit ce qui constitue une offre d'emploi « convenable », et après quelle période un demandeur d'emploi peut être tenu d'accepter une offre ne correspondant pas à ses qualifications. Il demande en outre que le rapport suivant indique quelles voies de recours sont ouvertes pour contester une décision de suspension ou de retrait des allocations de chômage.

Le montant des prestations de chômage représente 50 % de la rémunération de référence (c.-à-d. le salaire net mensuel moyen payé au salarié au cours des 24 derniers mois)

pendant les douze premiers mois et 40 % de la rémunération de référence pendant la période restante. Le Comité note que sur la base du salaire minimum général (155 €), le niveau des prestations de chômage (78 €) se situe entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté ; il demande par conséquent si elles peuvent se cumuler avec d'autres prestations. Leur niveau (65 €) est en revanche trop faible pour ce qui concerne les personnes rémunérées au salaire minimum dans le secteur du textile-habillement-cuir. La situation n'est donc pas conforme à l'article 12§1 de la Charte sur ce point.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations actualisées concernant le salaire minimum et le niveau minimum des prestations versées en remplacement des revenus (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, chômage, vieillesse et invalidité).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population ;
- la durée minimale de service des prestations de chômage est trop brève ;
- le montant minimum des prestations de chômage, calculé sur la base du salaire minimum dans certains secteurs, 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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

Le Comité note que "l'ex-République yougoslave de Macédoine" n'a pas ratifié le Code européen de sécurité sociale. Par conséquent, faute de pouvoir prendre en considération d'autres sources, telles que les résolutions du Comité des Ministres sur l'application du Code, il lui faut faire sa propre évaluation en se fondant sur les informations fournies dans le rapport.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à établir un régime de sécurité sociale et à le maintenir à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum), soit au moins six des neufs parties du Code, mais certaines branches comptent pour plus qu'une partie (les soins médicaux comptant pour deux et la vieillesse pour trois).

Le Comité note que "l'ex-République yougoslave de Macédoine" a ratifié la Convention n° 102 de l'OIT et en a accepté les parties II à VI, VIII et X. La Partie VI ne s'applique plus du fait de sa ratification de la Convention de l'OIT n° 121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le Comité rappelle qu'afin de pouvoir déterminer si le système de sécurité sociale est maintenu à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code, il lui faut apprécier les informations relatives aux branches couvertes, au champ d'application personnel et au niveau des prestations versées.

Le Comité renvoie à son appréciation relative à l'article 12§1, dans laquelle il note que le système de sécurité sociale continue de couvrir tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Le Comité se réfère à sa conclusion relative à l'article 12§1 disant qu'il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significantif de la population ainsi qu'à sa demande que le rapport suivant contienne des données à jour dans ce contexte.

Le Comité se réfère également à sa conclusion relative à l'article 12§1 disant que la durée de service des prestations de chômage est trop brève et que le montant minimum des prestations de chômage, calculé sur la base du salaire minimum dans certains secteurs, est insuffisant. En ce qui concerne la pension d'invalidité, le Comité, dans son appréciation relative à l'article 12§1, demande des informations complémentaires et il réserve sa position sur ce point. Il tient compte du fait que le montant des prestations servies dans les autres branches semble être d'un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

Le Comité note que le rapport 2017 de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT ne mentionne aucune observation ni demande directe à l'intention du Gouvernement concernant ses Conventions n° 102 et N° 121.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" 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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

Il renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système national de sécurité sociale et notamment du régime de retraite à trois piliers. S'agissant des changements apportés aux prestations familiales et aux prestations de maternité, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1. Pour ce qui est des autres branches de la sécurité sociale, il prend note des évolutions législatives intervenues durant la période de référence. Le rapport mentionne en particulier les améliorations suivantes :

- l'augmentation du montant des pensions, conformément à la hausse des salaires moyens et à l'indice du coût de la vie, sur toute la période de référence (se reporter au rapport pour plus de précisions) ;
- la modernisation du système de retraite par la mise en place de moyens électroniques permettant une gestion plus rapide des pensions (depuis 2012) et un accès plus facile des assurés à leurs données de cotisation (depuis 2015) ;
- la création, en 2015, d'un Conseil de sécurité sociale chargé d'examiner des questions relatives aux assurances sociales et à la protection sociale. Ledit conseil est composé de représentants de l'Union des retraités, d'autres associations ou ONG concernées, de la Croix-Rouge, de la Caisse d'assurance retraite invalidité, du ministère de la Santé, de la Caisse d'assurance maladie, du ministère du Travail et de la Politique sociale, etc. Le Comité demande que le prochain rapport précise si cette instance a un rôle consultatif ou peut également prendre des décisions en matière de sécurité sociale.

D'autres mesures sont mentionnées dans le rapport, dont l'impact en termes de champ d'application personnel et de niveau de prestations n'apparaît pas clairement à ce stade. Le rapport fait par exemple référence à de nouveaux développements dans le domaine de l'assurance vieillesse, en lien avec la mise en application, à compter de 2014, de la loi relative au versement des pensions des deuxième et troisième piliers. Le Comité note en particulier que le droit de percevoir le montant minimum est garanti si la somme de la pension obtenue au titre du premier pilier et de celle obtenue au titre du troisième est inférieure au montant de la pension minimum. Il relève aussi que l'Office de contrôle de l'assurance pension par capitalisation n'est plus sous tutelle du Gouvernement mais du Parlement. Le rapport fait référence à d'autres mesures concernant d'autres branches, comme l'adoption de plusieurs incitations destinées aux employeurs en vue de promouvoir l'emploi et la création de différents taux pour les pensions d'invalidité en fonction du taux d'incapacité.

Le rapport n'explique pas, cependant, quel est l'impact de toutes ces mesures en ce qui concerne les catégories et le nombre de personnes concernées et le niveau minimum des prestations versées en remplacement des revenus. Le Comité demande par conséquent que ces informations soient systématiquement fournies sous la rubrique « Modifications apportées durant la période de référence », aux fins de son appréciation de la conformité de la situation avec l'article 12§3. Il rappelle à ce sujet que l'article 12§3 fait obligation aux États d'améliorer leur système de sécurité sociale par différents moyens, par exemple l'extension des régimes, la couverture de nouveaux risques ou le relèvement des prestations. Ces améliorations devraient aboutir à élever progressivement le système de sécurité sociale du pays en question au-dessus du niveau requis par la Convention n° 102 de l'OIT (Observation interprétative de l'article 12§3, Conclusions III (1973)).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" 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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

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 par des mesures unilatérales.

Le Comité a précédemment noté (Conclusions 2013) que les nationaux et les ressortissants d'autres États parties qui travaillent en tant que salariés ou travailleurs indépendants dans le pays sont tous couverts par les régimes obligatoires d'assurance vieillesse et invalidité, conformément à la loi sur l'assurance vieillesse et invalidité. Les autres prestations (assurance maladie, soins de santé, maternité, droits en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, chômage temporaire) sont couvertes par les accords bilatéraux de sécurité sociale conclues par « l'ex-République yougoslave de Macédoine ». Le Comité relève dans le rapport que de tels accords ont été conclus avec l'Albanie et la République slovaque au cours de la période de référence. « L'ex-République yougoslave de Macédoine » a, en outre, signé et ratifié des accords avec le Danemark, la Hongrie et l'Italie, mais ces accords doivent encore être ratifiés par les États parties concernés. Le rapport indique également que des négociations sont en cours avec la Fédération de Russie et la France.

Le Comité prend note de ces informations, mais constate néanmoins qu'aucun accord n'a encore été conclu avec l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, Chypre, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la Géorgie, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la République de Moldova, le Portugal et l'Ukraine. Il demande que le prochain rapport indique si de tels accords ou des mesures unilatérales, législatives ou administratives, sont envisagés et, dans l'affirmative, dans quels délais. Il demande également des informations sur les affaires portées à la connaissance de la Commission pour la protection contre la discrimination, du Bureau du Médiateur, des autorités compétentes ou de la justice par des travailleurs migrants, ainsi que sur l'issue de ces affaires.

Le Comité relève dans la base de données de l'OIT que l'article 88 de la loi sur les étrangers prévoit que les titulaires de permis de séjour permanents jouissent des mêmes droits que les citoyens, sauf dispositions contraires prévues par la loi, notamment en ce qui concerne la protection sociale et l'aide sociale. L'article 4 de la loi sur la prévention et la protection contre la discrimination interdit toute forme de discrimination en matière, notamment, de sécurité sociale et de logement fondées sur toute une série de motifs, y compris la citoyenneté. Toutefois, le Comité note que l'article 14.1 de la loi permet de traiter les personnes non citoyennes de « l'ex-République yougoslave de Macédoine » différemment. Le Comité demande que le prochain rapport contienne davantage d'informations à ce sujet et, entre-temps, considère la situation non conforme à la Charte sur ce point.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 (Conclusions XVIII-1 (2006), Chypre).

S’agissant des mesures unilatérales entreprises par l'"ex-République yougoslave de Macédoine", le Comité relève dans le rapport que les prestations familiales, en particulier les allocations pour enfant à charge, sont versées à l’un des parents citoyens de "l’ex-République yougoslave de Macédoine" résidant de façon permanente sur le territoire de l'"ex-République yougoslave de Macédoine" pour un enfant citoyen de l'"ex-République yougoslave de Macédoine" (article 16 de la loi relative à la protection de l’enfance). Il note cependant que les ressortissants étrangers qui vivent en "ex-République yougoslave de Macédoine" peuvent demander le bénéfice des prestations familiales, conformément à la loi relative à la protection de l’enfance et aux traités internationaux ratifiés. Il relève, en outre, qu’une condition de citoyenneté analogue est applicable pour la prime de naissance. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations exhaustives sur les conditions que les ressortissants étrangers doivent remplir, en vertu de la loi relative à la protection de l’enfance, pour obtenir le versement des allocations pour enfant à charge et de la prime de naissance, en précisant le nombre de ressortissants étrangers qui reçoivent ou ont reçu ces prestations.

S’agissant des accords bilatéraux conclus avec les autres États parties, le rapport indique que tous les accords bilatéraux conclus par « l’ex-République yougoslave de Macédoine » couvrent les prestations familiales, hormis ceux passés avec l’Autriche et l’Allemagne. Le Comité note également qu’il n’existe aucun accords couvrant les prestations familiales avec l’Andorre, l’Arménie, l’Azerbaïdjan, Chypre, l’Espagne, l’Estonie, la Fédération de Russie, la Finlande, la Géorgie, la Grèce, l’Irlande, l’Islande, la Lettonie, la Lituanie, Malte, le Portugal, la République de Moldova et l’Ukraine. Il demande que le prochain rapport indique si de tels accords sont prévus avec les États parties susmentionnés (exception faite de la Fédération de Russie) et, dans l’affirmative, dans quels délais. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité a noté dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013) que la conservation des avantages acquis pour les prestations de sécurité sociale est prévue dans tous les accords conclus par « l’ex-République yougoslave de Macédoine ». Il constate que le rapport ne contient toujours aucune information sur le point de savoir si les ressortissants des États parties non liés par des accords bilatéraux bénéficient eux aussi de la conservation des avantages acquis. En l’absence d’information, le Comité considère qu’il n’est pas établi que la conservation des avantages acquis soit assurée pour les personnes qui se rendent dans un État partie non lié par un accord avec « l’ex-République yougoslave de Macédoine ». Dans l’hypothèse où le prochain rapport ne contiendrait toujours aucune information à cet égard, rien ne permettra d’établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

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

Le Comité a noté dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013) que la totalisation des périodes d’emploi et la proratisation des prestations étaient garanties lorsqu’un accord bilatéral avait été conclu. Il constate que le rapport ne contient toujours aucune information sur le point de savoir si et comment est mis en œuvre le principe de totalisation des droits de sécurité sociale en cours d’acquisition pour les ressortissants des États parties qui ne sont pas liés à « l’ex-République yougoslave de Macédoine » par des accords bilatéraux. En l’absence d’information, le Comité considère qu’il n’est pas établi que les ressortissants des États parties non couverts par un accord avec « l’ex-République yougoslave de Macédoine » puissent totaliser des périodes d’assurance ou d’emploi accomplies dans d’autres pays. Dans l’hypothèse où le prochain rapport ne contiendrait toujours aucune information à cet égard, rien ne permettra d’établir que la situation soit conforme à l’article 12§4 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de « l'ex-République yougoslave de Macédoine » n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte aux motifs que :

- l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- il n'est pas établi que la conservation des avantages acquis soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- il n'est pas établi que le droit au maintien des droits en cours d'acquisition soit 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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des éclaircissements quant à la durée du délai pendant lequel les prestations d'assistance sociale pouvaient être retirées en cas de refus de se plier aux obligations en matière d'exercice d'une activité professionnelle (mesures d'activation, contrats saisonniers, travaux d'intérêt général).

En 2013, la durée pendant laquelle les bénéficiaires de prestations d'assistance sociale sont soumis à l'obligation d'effectuer des travaux d'intérêt général a été portée à 90 jours par année civile. En cas de refus, l'intéressé est privé de son droit à l'assistance sociale financière pour les douze prochains mois, tandis que les autres membres de son ménage peuvent continuer de l'exercer. Le Comité relève à cet égard dans la base de données du MISSCEO que les bénéficiaires sans emploi de l'assistance sociale doivent être enregistrés comme demandeurs d'emploi actifs auprès de l'Agence pour l'emploi. Ils doivent se déclarer tous les mois et accepter toute offre d'emploi (travail saisonnier, temporaire, etc.) ou de formation convenable proposée par les services de l'emploi. L'assistance sociale est suspendue pour une durée de six mois si le bénéficiaire refuse à deux reprises un emploi ou une formation convenable. Les bénéficiaires de l'assistance sociale peuvent effectuer jusqu'à 90 jours par an de travaux d'intérêt général, ou de travaux saisonniers ou temporaires, organisés par les communes, des institutions publiques ou des entreprises publiques ou privées.

Le Comité demande que le prochain rapport précise si l'assistance sociale peut être suspendue pendant six ou douze mois et si cette suspension peut priver la personne de moyens de subsistance. Il considère que dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé confirmation que les cotisations d'assurance maladie des personnes sans ressources étaient imputées au budget de l'État. À cet égard, le Comité relève dans la base de données du MISSCEO que les personnes en situation de besoin ont droit à une couverture d'assurance maladie, prise en charge par la Caisse d'assurance maladie. Tous les ayants droit du bénéficiaire sont couverts par son intermédiaire. Dans ce cas, les cotisations d'assurance maladie sont financées sur le budget de l'État. Les bénéficiaires de l'aide financière permanente sont exonérés du ticket modérateur pour les services de santé.

Le Comité prend également note de l'adoption de la loi relative à l'annulation exceptionnelle des dettes des citoyens et de la stratégie nationale 2010-2020 en faveur des personnes handicapées.

Dans la mesure où l'« ex-République yougoslave de Macédoine » n'a pas accepté l'article 23, le Comité examine également la situation en ce qui concerne le niveau minimum des pensions dans le cadre de l'article 13. Il note que l'aide sociale permanente est servie aux personnes se trouvant en incapacité de travailler, notamment aux personnes âgées. Le Comité demande s'il s'agit là de l'assistance sociale versée aux personnes âgées sans ressources.

Niveau des prestations

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

- prestations de base : le Comité prend note de l'évolution de l'aide financière de base. Il note qu'en 2015, son montant a été relevé de 10 % et était de 2 696 MKD (43 €) pour une personne seule. Le montant de l'aide financière permanente a aussi été relevé de 10 % et était de 4 045 MKD en 2015 (65 €).
- prestations complémentaires : le Comité relève dans la base de données du MISSCEO que le droit à une aide financière au logement social est accordé aux personnes sans domicile et considérées comme socialement « à risques ». Elle est financée par le budget de l'État et son montant dépend de la situation matérielle et familiale du bénéficiaire. Selon le MISSCEO, le loyer d'une personne seule est pris en charge à hauteur de 4 156 MKD (67 €). Les charges (électricité, chauffage, eau et ordures) sont couvertes à hauteur de 1 559 MKD (25 €) pour une personne seule. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse une estimation du montant *mensuel* moyen de toutes les prestations complémentaires pouvant être versées à une personne seule et bénéficiaire de l'assistance sociale.
- seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat) : il était estimé à 88 € en 2015.

Le Comité note que le niveau des prestations d'assistance sociale a régulièrement augmenté pendant la période de référence. Cependant, leurs montants, aussi bien en ce qui concerne l'aide financière de base que l'aide financière permanente, se situent en deçà de l'indicateur de pauvreté d'Eurostat et ne sont, de ce fait, pas suffisants. Il réitère par conséquent sa précédente conclusion de non-conformité sur ce point.

Droit de recours et assistance judiciaire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations quant à la nature et au nombre de plaintes liées aux prestations d'aide sociale introduites devant le tribunal administratif. Il note en réponse que le tribunal administratif offre une protection juridique dans le cadre du système judiciaire indépendant. Le Comité prend note du nombre de plaintes déposées concernant le droit à l'aide financière, à l'aide financière permanente et à l'aide financière exceptionnelle.

Champ d'application personnel

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§1, les États se doivent d'offrir une assistance sociale et médicale suffisante à toutes les personnes en situation de besoin sur un pied d'égalité, qu'il s'agisse de leur 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 qu'en ce qui concerne l'assistance sociale et médicale d'urgence, les étrangers en situation irrégulière sur le territoire d'un État seront désormais aussi couverts par l'article 13§1, et non plus par l'article 13§4, comme c'était le cas dans sa pratique précédente.

Le Comité examinera dorénavant 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 étrangers se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'État parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a jugé que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif que l'octroi de l'aide sociale financière et de l'aide financière permanente

aux ressortissants des États parties était subordonné à une condition de durée de résidence excessive (cinq ans).

À cet égard, le Comité relève dans le rapport que les bénéficiaires de l'aide sociale sont les nationaux et les ressortissants des États parties titulaires d'un titre de séjour permanent. Un tel titre est délivré aux personnes justifiant de cinq ans de résidence sur le territoire. Le Comité note que la situation qu'il a précédemment jugée non conforme à la Charte n'a pas changé.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

En ce qui concerne le droit des étrangers en situation irrégulière à une assistance sociale et médicale d'urgence, le Comité a précédemment noté qu'ils étaient placés dans le Centre d'accueil pour étrangers Gazi Baba, qui leur fournissait la nourriture, l'habillement, l'hébergement et l'assistance médicale dont ils avaient besoin jusqu'à ce qu'ils puissent retourner dans leur pays d'origine. Le Comité a demandé dans quelles circonstances, s'il en était, les personnes entrant dans cette catégorie pouvaient recevoir une aide sociale d'urgence en dehors du centre d'accueil. Le rapport précise qu'aux termes de l'article 48, paragraphe 2 de la loi relative à l'asile et à la protection temporaire, telle que modifiée, après avoir été placé en centre d'accueil, le demandeur d'asile peut demander au ministère du Travail et de la Politique sociale à pouvoir résider en dehors du centre d'accueil à ses propres frais. En ce qui concerne l'exercice du droit à la protection sociale, selon le règlement régissant l'octroi de l'aide financière exceptionnelle, à l'appui de sa demande pour bénéficier de ce droit auprès du centre local d'action sociale compétent, l'intéressé doit soumettre des documents d'identité permettant de déterminer son statut, son lieu de résidence et son numéro d'identification personnel. Le ministère du Travail et de la Politique sociale doit assurer la subsistance et les soins de santé des demandeurs d'asile qui résident en centre d'accueil ou dans un autre lieu d'hébergement choisi par le ministère.

Le Comité rappelle que toute personne en situation irrégulière doit avoir le droit légalement reconnu à la satisfaction de ses besoins matériels élémentaires (nourriture, vêtements, logement) dans les situations d'urgence afin de leur permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave. Il incombe aux États de veiller à ce que ce droit soit rendu effectif également dans la 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).

Il rappelle par ailleurs que, si les collectivités locales, les organisations non gouvernementales, les églises et les particuliers peuvent fournir une assistance d'urgence à des migrants adultes en situation irrégulière qui sont dans le besoin, il considère cependant que, surtout lorsque cette délégation de tâches ou de responsabilité ne repose sur aucun accord juridique, administratif ou financier et n'est pas assortie de garanties convenues entre le Gouvernement et les instances qui fournissent concrètement l'assistance aux intéressés pour fournir une sécurité juridique, la situation qui prévaut ne saurait satisfaire aux obligations positives qui incombent au Gouvernement au titre de l'article 13§4 (réclamation n° 90/2013, Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 119).

Le Comité demande que le prochain rapport confirme que la législation et la pratique répondent à ces critères. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas suffisant ;
- les ressortissants d'États parties résidant légalement sur le territoire sont soumis à une condition de durée de résidence de sinq ans pour bénéficier de l'aide sociale.

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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé aux autorités de fournir dans le rapport suivant des informations actualisées sur la question de savoir si le fait de bénéficier d'une assistance sociale pouvait entraîner une diminution des droits politiques ou sociaux.

Le rapport indique, dans sa réponse sur ce point, que l'article 3 de la loi relative à la prévention de la discrimination et à la protection contre de telles pratiques interdit expressément toute discrimination directe ou indirecte.

Le Comité prend note de l'exposé détaillé du cadre juridique dans lequel s'inscrit la protection contre la discrimination dans le contexte des droits politiques et sociaux, à savoir la loi relative à la prévention de la discrimination et à la protection contre de telles pratiques, la loi sur les relations de travail et la Constitution, qui prévoit des garanties d'ordre général interdisant la discrimination fondée sur la situation sociale.

Le Comité demande que le rapport suivant confirme que les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques et sociaux sont, dans la pratique, interprétées de manière à éviter toute discrimination fondée sur le statut de bénéficiaire d'une assistance sociale ou médicale.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" 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 "l’ex-République yougoslave de Macédoine".

Le Comité note que selon le rapport, le Ministre des Finances a organisé, conjointement avec le ministère du Travail et de la Politique sociale, une formation pour les centres de services sociaux concernant l’assistance aux personnes qui soumettent des demandes d’assistance.

Le Comité rappelle que l’article 13§3 porte spécifiquement sur les services offrant une aide et une assistance personnelle aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Dans le cadre de l’article 13§3, les rapports doivent donner des informations concernant en particulier les services sociaux destinés aux personnes qui sont dans le besoin ou qui risquent de l’être. Ces services doivent chercher à informer les personnes de leurs droits et leur permettre de surmonter les difficultés liées à leur état de besoin, de ne pas être dépendantes des prestations et de retrouver leur autonomie. Le Comité souhaite que le prochain rapport donne des informations récentes sur les activités des centres de services sociaux en matière de conseil et d’aide personnalisée offerte aux personnes sans ressources pour prévenir, éliminer ou atténuer leur état de besoin.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 "l'ex-République yougoslave de Macédoine".

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (réclamation n° 86/2012, *Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si l'article 15 de la loi relative à la protection sociale couvrait également les personnes séjournant légalement sur le territoire sans y résider pour répondre à d'éventuels besoins en termes de logement, de nourriture et d'habillement (ou si la loi contenait d'autres dispositions à cet effet).

Le rapport indique, en réponse à cette question, qu'aux termes de la loi relative aux soins de santé (telle que modifiée), les ressortissants étrangers ont accès, sur demande, aux soins d'urgence et à d'autres services médicaux. Il précise en outre qu'ils supportent le coût de ces prestations, sauf disposition contraire prévue par la loi ou par un accord international. L'établissement de santé qui dispense l'assistance médicale d'urgence est tenu de permettre au ressortissant étranger de prendre contact avec la mission diplomatique ou consulaire de son pays ou avec sa banque pour qu'il puisse obtenir les moyens financiers nécessaires pour régler les sommes à payer.

Si l'établissement de santé ne fait pas payer les soins d'urgence à un ressortissant étranger au motif que celui-ci n'en a pas les moyens, il doit demander que les sommes en questions lui soient versées sur le budget de l'État. Pour matérialiser l'indemnité qui lui est due au titre des soins d'urgence prodigués à l'intéressé, il lui faut adresser une demande au ministère des Affaires étrangères dans un délai de soixante jours suivant la date d'exécution de la prestation, en joignant au dossier une facture avec mention des services rendus, en double exemplaire, ainsi que les documents montrant qu'il a tenté de recouvrer les sommes dues. Après avoir versé l'indemnité à l'établissement qui a prodigué les soins d'urgence, le ministère des Affaires étrangères intervient auprès des autorités diplomatiques concernées pour facturer le service et recouvrer la créance, qui sera réaffectée au budget.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" est conforme à l'article 13§4 de la Charte.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 10 - Protection spéciale contre les dangers physiques et moraux

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par « l'ex-République yougoslave de Macédoine » en réponse à la conclusion selon laquelle il n'avait pas été établi que tous les enfants de moins de 18 ans soient protégés contre toutes les formes d'exploitation sexuelle.

Protection contre l'exploitation sexuelle

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité n'a pu établir que tous les actes d'exploitation sexuelle, y compris la traite des enfants, étaient interdits dès lors qu'ils impliquaient des enfants de moins de 18 ans, même si l'âge légal du consentement sexuel était inférieur ou si le mineur se livrant à ces activités était consentant.

Le Comité relève dans le rapport que le code pénal, en son article 122, par. 2 (point 22), donne de l'enfant victime d'agissements délictueux une définition conforme aux normes internationales en la matière, et qu'il précise qu'il s'entend d'un mineur âgé de moins de 18 ans. Il note par ailleurs que l'article 191, par. 1, du code pénal réprime le fait de recruter, d'entraîner, d'encourager ou d'attirer une personne pour qu'elle se prostitue, ou de participer de quelque autre façon à des actes visant à confier une personne à autrui à des fins de prostitution. Selon le rapport, les articles 191a (prostitution impliquant des enfants) et 192 (proxénétisme et facilitation d'actes sexuels) ont été abrogés à la suite de modifications apportées au code pénal.

Le Comité prend note de l'article 148-g (traite d'enfants) du code pénal, tel que modifié, qui dispose en son paragraphe 1, que quiconque amène un enfant à se livrer à des actes sexuels ou permet des actes sexuels avec un enfant ou persuade, transporte, transfère, achète, vend ou offre à la vente, obtient, fournit, héberge ou accueille un enfant dans le but de le soumettre à des activités sexuelles contre rémunération ou d'autres formes de contrepartie ou à d'autres formes d'exploitation sexuelle, de pornographie, de travail ou de services forcés, de mendicité ou d'activité interdite par la loi, d'esclavage, de mariage forcé, de fécondation forcée ou d'adoption illégale ou obtient indûment, en tant qu'intermédiaire, le consentement à l'adoption d'un enfant ou à la transplantation illégale d'organes, encourt une peine minimale d'emprisonnement de huit ans. Aux termes du paragraphe 2, quiconque commet l'infraction visée au paragraphe 1 en recourant à la force, à des menaces graves, à des manœuvres dolosives ou à d'autres formes de contrainte, à l'enlèvement ou à l'escroquerie, en abusant de son autorité, de la faiblesse, de l'incapacité physique ou mentale d'une autre personne, ou en donnant ou recevant de l'argent ou toute autre forme de contrepartie en vue d'obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre personne, ou commet l'infraction sur un enfant âgé de moins de 14 ans, encourt une peine minimale d'emprisonnement de dix ans. Le paragraphe 7 de l'article 418-g précise que le consentement de l'enfant pour les actes visés au paragraphe 1 n'est pas un élément susceptible de déterminer ou non l'existence de l'infraction visée au paragraphe 1.

Le Comité comprend que le code pénal réprime tous les actes d'exploitation sexuelle, y compris la pédopornographie (et la simple détention de matériel pédopornographique) ainsi que la prostitution d'enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Il note que cette situation est conforme à la Charte et demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées concernant les modifications apportée à la législation en la matière.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" est conforme à l'article 7§10 de la Charte.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 2 - Illégalité du licenciement durant le congé de maternité

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par « l'ex-République yougoslave de Macédoine » en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que la réintégration ou une indemnité suffisante soit prévue en cas de licenciement illégal durant la grossesse ou le congé de maternité.

Le Comité rappelle à cet égard qu'au regard de l'article 8§2 de la Charte, la réintégration de la salariée dans son emploi doit être la règle, lorsqu'elle a fait l'objet d'un licenciement illégal pendant sa grossesse ou son congé de maternité. Lorsque la réintégration n'est pas possible (ex : cessation d'activité de l'entreprise) ou que la salariée ne la souhaite pas, une indemnité suffisante doit être versée à l'intéressée. En droit interne, les textes ne doivent pas empêcher les tribunaux d'accorder une indemnité dont le montant soit à la fois assez dissuasif pour l'employeur et totalement réparateur pour la victime du licenciement.

Le Comité a notamment demandé des informations détaillées sur les dispositions applicables concernant les voies de recours dont disposaient les salariées pour contester un licenciement signifié durant la grossesse ou le congé de maternité, et comment ces dispositions étaient interprétées par la jurisprudence nationale.

Il a en outre demandé :

- si la loi prévoyait la réintégration des salariées illégalement licenciées durant leur grossesse ou leur congé de maternité ;
- si elle prévoyait le versement d'une indemnité suffisante à l'intéressée, notamment lorsque la réintégration n'était pas possible ;
- si l'indemnisation qui pouvait être accordée était plafonnée et, dans l'affirmative, si elle couvrait tant le préjudice matériel que le préjudice moral ou si la victime pouvait également réclamer des dommages-intérêts non plafonnés au titre du préjudice moral par d'autres voies juridiques (en invoquant, par exemple, la législation antidiscriminatoire) ;
- si les deux types d'indemnisation étaient octroyés par les mêmes juridictions et quel était le délai moyen qui leur était nécessaire pour se prononcer ;
- et si le même régime valait pour les salariées du secteur public.

En réponse aux questions du Comité, le rapport indique que l'Inspection du travail peut suspendre le licenciement contesté (article 262 de la loi sur les relations de travail) dans l'attente de la décision finale du juge, si la salariée a saisi la justice. Il ne donne cependant aucun exemple de jurisprudence en la matière. Le Comité renouvelle donc sa demande.

Selon le rapport, l'article 102 de la loi sur les relations de travail prévoit la réintégration de la salariée si le juge estime que le licenciement était illégal. Il dispose en outre que, au-delà de la réintégration, « l'employeur est tenu de payer à l'intéressée le salaire brut qu'elle percevait lorsqu'elle travaillait, conformément à la loi, à la convention collective et à son contrat de travail, déduction faite du montant des revenus qu'elle aurait obtenus en travaillant après son licenciement ».

Dans l'hypothèse où la réintégration ne serait pas possible, le rapport indique que cela pourrait être considéré comme une forme de discrimination et que, conformément à l'article 10 de la loi précitée, la salariée licenciée pourrait demander des dommages et intérêts en vertu du code des obligations.

Concernant le montant de l'indemnisation, le Comité comprend, d'après le rapport, qu'il n'existe pas de limites d'indemnisation prédéfinies, mais que le niveau des indemnités au

titre du préjudice moral et matériel est décidé par le juge. Le rapport explique que si la victime demande des dommages et intérêts en réparation du préjudice moral et matériel subi dans le cadre de la même procédure, il revient à la même juridiction civile de statuer. Les conflits du travail étant des procédures d'urgence en vertu du code de procédure civile, la procédure devrait être achevée dans un délai raisonnable.

Le rapport confirme par ailleurs que la loi sur les relations de travail, le code de procédure civile et le code des obligations s'appliquent de la même façon à tous les travailleurs, qu'ils soient employés dans le secteur public ou dans le secteur privé.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 8§2 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de "l'ex-République yougoslave de Macédoine" est conforme à l'article 8§2 de la Charte.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

TURQUIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Turquie, qui a ratifié la Charte le 27 juin 2007. L'échéance pour remettre le 9ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Turquie l'a présenté le 20 avril 2017.

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 Turquie 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 Turquie concernent 19 situations et sont les suivantes :

– 5 conclusions de conformité : articles 11§2, 12§2, 12§3, 13§2 et 13§3,

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

En ce qui concerne les 6 autres situations, régies par les articles 3§1, 3§2, 3§4, 11§3, 12§4 et 13§4, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Turquie en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 12§3

- Le nombre d'assurés dans la branche vieillesse a augmenté de 19 % (de 17 076 451 à 20 380 319) entre 2011 et 2015, alors que l'accroissement de la population totale sur la même période est resté inférieur à 6 % (de 74 525 696 à 78 741 053) ;
- En 2013, les prestations en nature de l'assurance maladie ont été étendues aux enfants de moins de 18 ans qui n'étaient pas déjà couverts en qualité d'ayant droit d'un membre de leur famille ou de leur curateur, aux personnes bénéficiant d'une ordonnance de protection (victimes de violences conjugales), aux personnes en formation en vue de travailler dans un établissement pénitentiaire et à leur famille, et aux personnes ayant achevé leurs études secondaires ou obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire au cours des deux dernières années (sous réserve de remplir les conditions d'âge) qui n'étaient pas déjà couvertes en qualité de personne à charge ;
- En 2014 (loi n° 6552), le délai pour demander une pension de réversion a été porté de six à douze mois ;
- En 2014 et en 2015, certaines mesures ont été prises en faveur des travailleurs effectuant des travaux souterrains dans les mines : l'âge minimum de départ à la retraite a notamment été abaissé à 50 ans (au lieu de 55 ans) pour ceux ayant travaillé sous terre pendant au moins vingt ans (loi n° 6552) et des dispositions ont été prises au profit du conjoint survivant et des enfants de mineurs décédés à la suite d'accidents du travail dans les mines de charbon et de lignite survenus au cours des dix dernières années (loi n° 6645).

Article 13

Une nouvelle loi a été adoptée le 14 avril 2016 en vue de renforcer le lien entre l'assistance sociale et le marché du travail (loi n° 6 704).

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des enfants et des adolescents à la protection – rémunération équitable (article 7§5) ;
- droit des enfants et des adolescents à la protection – inclusion des heures de formation professionnelle dans les heures normales de travail (article 7§6) ;
- droit des enfants et des adolescents à la protection – protection spéciale contre les dangers physiques et moraux (article 7§10) ;
- droit des travailleuses à la protection de la maternité – illégalité du licenciement durant le congé de maternité (article 8§2) ;
- droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16) ;
- droit des enfants et des jeunes à une protection sociale, juridique et économique – assistance, éducation, formation (article 17§1) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – aide et information sur les migrations (article 19§1) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – égalité en matière d'actions en justice (article 19§7) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – garanties relatives à l'expulsion (article 19§8) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – enseignement de la langue de l'état d'accueil (article 19§11) ;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – enseignement de la langue maternelle du migrant (article 19§12) ;
- droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement – participation à la vie professionnelle (article 27§1) ;
- droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement – illégalité du licenciement pour motif de responsabilités familiales (article 27§3) ;
- droit au logement – logement d'un niveau suffisant (article 31§1) ;
- droit au logement – réduire l'état de sans-abri (article 31§2) ;
- droit au logement – coût du logement (article 31§3).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté les conclusions suivantes :

- 1 conclusion de conformité : article 7§6,

- 10 conclusions de non-conformité : articles 7§10, 17§1, 19§1, 19§7, 19§8, 19§11, 19§12, 31§1, 31§2 et 31§3,

- 5 ajournements : articles 7§5, 8§2, 16, 27§1 et 27§3.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),
- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),

- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 – chômeurs de longue durée (article 10§4) ;
- 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.

* * *

*

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

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 Turquie.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a confirmé l'existence d'une politique visant à développer et maintenir une culture de prévention en matière de santé et de sécurité au travail. Il a demandé des informations détaillées sur la loi n° 6331 et réitéré la question relative à l'évaluation et la révision périodique de la politique en matière de santé et de sécurité au travail en fonction de l'évolution des risques.

En réponse aux demandes formulées par le Comité, le rapport indique que la loi n° 6331 du 20 juin 2012 relative à la santé et la sécurité au travail (loi SST) prévoit de suivre en permanence les conditions de santé et de sécurité, d'instaurer une politique de prévention sur les lieux de travail, d'instituer l'évaluation des risques à chaque étape du processus de production, d'informer les travailleurs sur les risques auxquels ils sont exposés sur leur lieu de travail et d'instituer un représentant de la santé et la sécurité au travail. Enfin, elle définit les principales parties prenantes, à savoir les salariés, les employeurs et l'État, ainsi que leurs devoirs et responsabilités professionnels.

Le rapport indique que deux documents fixent la politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail (SST) pendant la période de référence : le Document de politique nationale II pour 2009-2013 et le Document de politique nationale III pour 2014-2018. D'après le rapport, le Document de politique nationale III pour 2014-2018 et son Plan d'action prévoient 7 objectifs fondamentaux, 42 plans d'action et 28 indicateurs de performance. Les objectifs fixés sont les suivants : améliorer la qualité des activités dans le domaine SST et leur standardisation, améliorer les statistiques SST et le système de déclaration, réduire le taux d'incidence des accidents du travail pour 100 000 personnes ayant un emploi dans les secteurs de la métallurgie, de l'industrie minière et du bâtiment, collecter les prédiagnostics en identifiant les maladies professionnelles possibles, renforcer les activités pour améliorer la SST dans le secteur public et l'agriculture, promouvoir la culture SST dans la société et rendre les certificats de compétence professionnelle obligatoires pour les travaux dangereux et très dangereux. Le rapport ne mentionne cependant aucune activité qui aurait été mise en œuvre ni aucun résultat qui aurait été obtenu conformément au Document de politique nationale II pour 2009-2013.

Le Comité prend note de l'observation relative à la Convention n° 155 (1981) de l'OIT sur la sécurité et la santé au travail formulée par la Commission d'experts de l'OIT sur l'application des conventions et recommandations (CEACR) et adoptée en 2015 (105e session de la CIT), selon laquelle, d'après les informations fournies par la Confédération syndicale internationale et la Confédération des syndicats de fonctionnaires, les nouveaux document et plan d'action ne sont que la reprise de plans antérieurs qui ne se sont jamais concrétisés. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes les informations pertinentes à cet égard.

Le Comité rappelle que les nouvelles technologies, 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. Il rappelle également que, s'agissant de l'article 3§1 de la Charte, il 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 États 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). Faute de trouver des informations sur ce point dans le rapport, le Comité renouvelle sa demande.

Le Comité note qu'il y a un cadre législatif qui prévoit une approche globale de la politique de santé et de sécurité au travail. Il demande toutefois, une nouvelle fois, que le prochain rapport indique si les politiques et les stratégies sont réexaminées périodiquement et, le cas échéant, adaptées en fonction de l'évolution des risques. Il demande également des informations sur les activités menées et les résultats obtenus dans le cadre du plan d'action 2014-2018. Il réserve entretemps sa position sur ces points. Le Comité considère que, dans l'hypothèse où les renseignements demandés ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Turquie soit conforme à l'article 3§1 de la Charte.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a relevé l'existence, au niveau national et à l'échelon territorial, de mesures de prévention des risques professionnels adaptées à la nature des risques, ainsi que de mesures d'information et de formation des travailleurs. Il a aussi relevé que l'Inspection du travail et ses antennes territoriales s'efforçaient d'instaurer chez les employeurs et les salariés une culture de la santé et de la sécurité au travail et de leur faire partager les connaissances acquises lors des activités d'inspection concernant les risques professionnels et leur prévention.

Le rapport indique que l'étape la plus importante de l'approche préventive en matière de santé et de sécurité au travail consiste à effectuer une évaluation appropriée des risques sur le lieu de travail. En vertu de la loi n° 6331 relative à la santé et la sécurité au travail, les employeurs doivent évaluer les risques et sont tenus de prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la santé au travail.

Conformément à l'article 4 de la loi n° 6331, l'employeur est responsable de la santé et de la sécurité des travailleurs dans tous les aspects liés au travail. À cet égard, il doit prendre les mesures nécessaires à la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, dont la mise en place de l'organisation nécessaire, la désignation de personnel SST, l'information et la formation des travailleurs, la réalisation de l'évaluation des risques, la mise en œuvre des mesures relatives à la sécurité et à la santé au travail conformément à la législation, etc.

Conformément à l'article 6 de la même loi, l'employeur doit désigner des experts de la sécurité professionnelle parmi les travailleurs, ainsi que des médecins du travail et d'autres personnels de santé, aider les personnes ou organisations désignées à s'acquitter de leurs tâches en satisfaisant à leur besoin d'espace et de temps, assurer la coopération et la coordination entre les personnels de santé et de sécurité au travail, etc. En outre, l'article 6, alinéa e), impose aux employeurs de veiller à ce que les personnes désignées, les services extérieurs consultés et les autres travailleurs et leurs employeurs de toute entreprise extérieure exerçant des activités au sein de leur propre entreprise reçoivent des informations adéquates sur les facteurs connus pour affecter ou soupçonnés d'affecter la sécurité et la santé des travailleurs.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la manière dont les petites et moyennes entreprises s'acquittent de leur obligation d'évaluer les risques liés au travail et d'adopter des mesures préventives adaptées à la nature des risques dans la pratique. Dans sa réponse, le rapport indique que l'évaluation des risques est obligatoire, quelle que soit la taille (grande, moyenne, petite) du lieu de travail. Des études d'évaluation des risques ont en outre été réalisées en visitant les lieux de travail avec de nombreux projets achevés ou en cours. Des formations, des ateliers et des conférences ont permis d'aider les parties concernées à évaluer les risques. De plus, le Conseil des ministres peut autoriser le ministère à octroyer des subventions aux entreprises employant moins de dix travailleurs et classées comme moins dangereuses. Le champ d'application inclut les études d'évaluation des risques (article 7 de la loi n° 6331).

Le Comité relève toutefois dans le rapport que l'application des articles 6 (services de santé et de sécurité au travail), 7 (aides publiques pour les services de santé et de sécurité au

travail) et 8 (médecins du travail et spécialistes de la sécurité au travail) de la loi n° 6331 est reportée au 1er juillet 2017 (hors période de référence) pour les établissements publics et les entreprises de moins de 50 travailleurs et classés comme moins dangereux.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté l'existence d'un système visant à améliorer la santé et la sécurité au travail par la recherche scientifique et appliquée, le développement et la formation, auquel les pouvoirs publics sont associés. Toutefois, il a réitéré sa demande d'exemples d'activités de formation et de conseil proposées par la Direction générale de la santé et de la sécurité au travail (DGOHS). Il a également demandé des informations sur les compétences respectives du Centre pour la santé et la sécurité au travail (İSGÜM) du ministère de l'Education nationale, de celui du Travail et de la sécurité sociale et du Centre de formation et de recherche pour la sécurité professionnelle et sociale (ÇASGEM), affilié au même ministère, au sein du système national, ainsi que sur les ressources octroyées aux institutions et organismes susmentionnés.

En réponse à la demande du Comité, le rapport indique que le Règlement n° 29417 du 15 juillet 2015 relatif aux attributions, à l'autorité et aux responsabilités de la Présidence de l'Institut de recherche et de développement en matière de santé et de sécurité au travail définit la structure organisationnelle, les règles et procédures de travail, la qualité, les tâches, les pouvoirs et les responsabilités des personnels de ladite Présidence, ainsi que des directions des laboratoires régionaux affiliées à l'ISGÜM et de l'Institut de recherche et de développement en matière de sécurité.

En vertu de l'article 5 du Règlement n° 29417 du 15 juillet 2015, l'ISGÜM procède à des mesures et à des analyses, dispense des conseils sur la santé et la sécurité au travail et prélève les échantillons nécessaires à cet effet sur les lieux de travail. Le Centre assure aussi la formation de spécialistes du désamiantage (article 19 du règlement n° 28539 du 25 janvier 2013 sur les mesures de santé et de sécurité pendant le travail avec l'amiante). Au total, sept sessions de formation ont eu lieu depuis janvier 2014 et 255 spécialistes du désamiantage ont été certifiés. Le Comité prend note des autres compétences de l'ISGÜM décrites dans le rapport, ainsi que des activités de formation et de conseil menées au cours de la période de référence. Le montant des ressources allouées à l'ISGÜM pour 2017 s'élève à 10 233 000 TRY (2 377 141 €).

Le Centre de formation et de recherche sur le travail et la sécurité sociale (ÇASGEM), qui dépend du ministère du Travail et de la sécurité sociale, est une institution publique. Il organise des cours de formation et des conférences et élabore des supports de formation. Il mène également des activités de recherche et organise des séminaires sur la vie professionnelle, la sécurité sociale, les relations entre employeurs et travailleurs, l'ergonomie, les premiers secours, les statistiques du travail, etc.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que les partenaires sociaux étaient consultés sur ce qui touche à la conception et à la mise en œuvre de la politique de santé et de sécurité au travail. Toutefois, il a réitéré sa demande d'informations concernant le fonctionnement et la mission du Conseil national de la santé et de la sécurité au travail en tant qu'organe distinct du Conseil consultatif tripartite. En réponse, le rapport indique que ledit Conseil est présidé par le sous-secrétaire du ministère du Travail et de la sécurité sociale et que le secrétariat est assuré par la Direction générale de la sécurité et de la santé au travail. Le Conseil est composé de 26 membres, dont la moitié est issue d'institutions publiques et l'autre moitié d'organisations de la société civile (organisations syndicales et patronales, associations d'ingénieurs et médicales, etc.). Il a pour but de conseiller le ministère et le Gouvernement sur la conception de politiques et de stratégies

visant à améliorer les conditions de sécurité et de santé au travail, en tenant compte des développements nationaux et internationaux. Le Conseil se réunit deux fois par an avec un ordre du jour préétabli.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Turquie.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations détaillées et à jour sur la loi n° 6331 du 20 juin 2012 relative à la santé et la sécurité au travail (loi SST). Dans sa réponse, le rapport indique que ladite loi s'applique à tous les salariés de tous les secteurs d'activités et lieux de travail, dans le secteur public comme dans le secteur privé. Elle couvre l'ensemble des salariés, stagiaires et employeurs, ainsi que leurs représentants. Cette loi réglemente les fonctions, pouvoirs, responsabilités, droits et obligations des employeurs et des salariés de manière à assurer la sécurité et la santé sur les lieux de travail. Le rapport précise que l'application des articles 6 (services de santé et de sécurité au travail), 7 (aides publiques pour les services de santé et de sécurité au travail) et 8 (médecins du travail et spécialistes de la sécurité au travail) de la loi est reportée au 1er juillet 2017 (hors période de référence) pour les établissements publics et les entreprises de moins de 50 travailleurs et classés comme moins dangereux.

Le rapport mentionne aussi plusieurs modifications de la loi n° 6331 qui ont été adoptées pendant la période de référence. À cet égard, le Comité note que plusieurs dispositions de la loi n° 6645 du 4 avril 2015 portant modification de la loi relative à la sécurité et la santé au travail et d'autres lois et décrets visent à améliorer les conditions de travail, notamment dans l'industrie minière.

Il note toutefois dans le rapport que la loi SST ne s'applique ni aux travailleurs domestiques ni aux travailleurs indépendants (producteurs de biens et prestataires de services qui travaillent en leur nom et pour leur propre compte sans avoir de salariés). Les forces armées, les forces de police, ainsi que des activités spécifiques des services de la protection civile (relatives aux catastrophes ou aux urgences) sont exclus de son champ d'application. Le Comité demande si cela signifie que ces catégories de travailleurs ne bénéficient d'aucune protection ou si d'autres règles de protection s'appliquent.

Le rapport indique que 36 textes réglementaires portant sur la SST ont été publiés pendant la période de référence, après l'entrée en vigueur de la loi n° 6331. Ils réglementent notamment les mesures de protection de la santé et de la sécurité pendant le travail avec de l'amiante, des substances cancérigènes ou mutagènes et avec des substances chimiques, l'utilisation d'équipements à écran de visualisation, la cessation du travail, les conditions à respecter en termes de santé et de sécurité pour l'utilisation des équipements de travail, la protection des travailleurs contre les risques des environnements explosifs, la prévention des risques liés à l'exposition à des facteurs biologiques, les situations d'urgence sur le lieu de travail, l'utilisation des équipements de protection individuels sur le lieu de travail, la manutention manuelle, les risques liés au bruit, etc.

Le Comité relève sur le site internet de l'OIT que la Turquie a ratifié la Convention n° 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (2006) le 16 janvier 2014, la Convention n° 176 sur la sécurité et la santé dans les mines (1995) le 23 mars 2015 et la Convention n° 167 sur la sécurité et la santé dans la construction (1988) le 23 mars 2015.

Le Comité rappelle que, sous l'angle de l'article 3§2 de la Charte, les règlements relatifs à la santé et la sécurité au travail doivent tenir compte du stress, des agressions et de la violence dans le travail, tout particulièrement pour les travailleurs détenteurs d'un contrat atypique (Observation interprétative de l'article 3§2 de la Charte, Conclusions 2013). Le rapport ne fournit aucune information sur le sujet. En conséquence, le Comité renouvelle sa demande. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Niveaux de prévention et de protection

Le Comité examine les niveaux de prévention et de protection prévus par la législation et la réglementation turques pour certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si le Règlement n° 25369 du ministère du Travail et de la sécurité sociale du 10 février 2004 régit également la protection des machines ; la manutention manuelle de charges ; le travail sur des équipements à écran de visualisation ; l'hygiène (commerce et bureaux) ; le poids maximum ; la pollution de l'air, le bruit et les vibrations ; les équipements de protection individuelle ; la signalisation de sécurité et/ou de santé au travail. En réponse, le rapport indique que le Règlement n° 28710 du 17 juillet 2013 relatif aux mesures de santé et de sécurité dans les entreprises et leurs locaux abroge l'ancien Règlement n° 25359 du 10 février 2004 et établit les prescriptions minimales en matière de santé et de sécurité dans les entreprises.

Le rapport contient en outre une liste de règlements publiés et modifiés pendant la période de référence : Règlement n° 28628 du 25 avril 2013 concernant les conditions de santé et de sécurité relatives à l'utilisation des équipements, Règlement n° 28620 du 16 avril 2013 concernant les mesures de santé et de sécurité au travail relatives à l'utilisation des équipements à écran, Règlement n° 28717 du 24 juillet 2013 concernant la manutention manuelle, Règlement n° 28721 du 28 juillet 2013 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés au bruit, Règlement n° 28743 du 22 août 2013 concernant la protection des travailleurs, Règlement n° 28695 du 2 juillet 2013 concernant l'utilisation des équipements de protection individuelle sur les lieux de travail, Règlement n° 28762 du 11 septembre 2013 concernant l'utilisation des équipements de protection individuelle sur les lieux de travail et Règlement n° 28741 du 20 août 2013 concernant les laboratoires effectuant des mesures, des essais et des analyses de l'hygiène du travail.

Le rapport précise en outre qu'en vertu de l'article 5 de la loi SST, il incombe à l'employeur d'éviter les risques, d'évaluer ceux qui ne peuvent être évités, de lutter contre le risque à la source, d'adapter l'emploi et les conditions de travail au travailleur, de s'adapter au progrès technique, de remplacer les substances ou procédures dangereuses par d'autres non dangereuses ou moins dangereuses, de donner une formation et des instructions adaptées aux travailleurs, etc.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le rapport indique que le Règlement n° 28539 du 25 janvier 2013 concernant les mesures de santé et de sécurité pendant le travail avec l'amiante (tel que modifié par le Règlement n° 28884 du 16 janvier 2014) tient compte de la Directive 2003/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 mars 2003 modifiant la Directive 83/477/CEE du Conseil concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail, de la Directive 2009/148/CE du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail et de la Directive 91/382/CEE du Conseil du 25 juin 1991 modifiant la Directive 83/477/CEE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si le Règlement n° 18861/1985 tient compte des Recommandations (1990) de la Commission internationale de protection radiologiques (CIPR, publication 60), concernant notamment les valeurs limites d'exposition sur le lieu de travail ainsi que des personnes qui, bien que n'étant pas directement affectées à un travail dans un milieu radioactif, peuvent être exposées ponctuellement aux rayonnements ionisants.

En réponse, le rapport indique que la législation existante de l'Autorité turque de l'énergie atomique a été élaborée sur la base du rapport de la CIPR (1990). Concernant les doses de rayonnement indiquées dans l'Avis juridique n° 18861 du 7 septembre 1985 sur la radioprotection, les valeurs limites ont été redéfinies conformément au rapport de la CIPR publié en 1990 pour les personnes publiques et les personnes exposées aux rayonnements (article 10 du Règlement n° 23999 du 24 mars 2000 concernant la radioprotection).

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des exemples concrets sur la manière dont les travailleurs employés à durée déterminée et les travailleurs temporaires et intérimaires reçoivent, y compris lors d'une réembauche et d'un changement d'affectation, des informations et une formation sur les questions de santé et de sécurité au travail, ainsi que des informations sur l'accès de ces catégories de travailleurs aux services de santé au travail et à la représentation au travail.

Dans sa réponse, le rapport indique que le Règlement n° 28744 du 23 août 2013 concernant les exigences en matière de SST pour l'emploi temporaire ou à durée déterminée a été rédigé conformément à l'article 30 de la loi n° 6331 et à la Directive 91/383/CEE du Conseil du 25 juin 1991 complétant les mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail des travailleurs ayant une relation de travail à durée déterminée ou une relation de travail temporaire. Le règlement a pour but de garantir que les travailleurs ayant un contrat de travail temporaire ou à durée déterminée bénéficient du même niveau de protection SST que les autres travailleurs.

Le Comité note, d'après le rapport, que les qualifications des représentants des travailleurs et les règles et procédures de leur élection sont définies par l'Avis juridique n° 28750 du 29 août 2013 sur les qualifications des représentants des travailleurs et les règles et procédures de leur élection liée à la santé et la sécurité au travail. Le représentant des travailleurs doit être un travailleur permanent à temps plein, avoir au moins trois ans d'expérience professionnelle et être diplômé de l'enseignement secondaire. Toutefois, les conditions relatives à la durée de travail à plein temps et à l'expérience professionnelle ne s'appliquent pas aux travailleurs temporaires ou à durée déterminée.

Autres catégories de travailleurs

Le rapport indique que la loi n° 6331 du 20 juin 2012 relative à la santé et la sécurité au travail ne s'applique ni aux travailleurs domestiques ni aux travailleurs indépendants (producteurs de biens et prestataires de services qui travaillent en leur nom et pour leur propre compte sans avoir de salariés). Le Comité demande si cela signifie que ces catégories de travailleurs ne bénéficient d'aucune protection ou si d'autres règles de protection s'appliquent. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que les partenaires sociaux étaient consultés sur ce qui touche à l'élaboration et à la mise en œuvre des réglementations en matière de santé et de sécurité au travail. Il a demandé des informations sur la représentation des travailleurs dans les entreprises de moins de 50 salariés.

En réponse, le rapport indique que, conformément à l'article 20 de la loi n° 6331, dans le cas où aucun représentant n'est élu ou choisi pour représenter les travailleurs, l'employeur désigne un représentant parmi les travailleurs, en fonction des risques pendant le travail et

des effectifs et en veillant à une participation équilibrée des salariés. Toute entreprise comptant entre deux et 50 salariés doit avoir un représentant des travailleurs.

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Turquie.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte, au motif que les mesures prises pour réduire le nombre excessif d'accidents mortels étaient insuffisantes. Il a demandé des informations détaillées sur les obligations déclaratoires des accidents du travail et sur toute mesure adoptée en vue de contrer d'éventuels problèmes de sous-déclarations dans la pratique. Il a également réitéré ses demandes d'informations relatives aux accidents du travail par secteurs d'activité et aux données sur les cas de maladie professionnelle. Il a demandé également le taux standardisé des accidents mortels.

Le Comité note, d'après le rapport, qu'en vertu de l'article 14 de la loi n° 6331 (loi SST), l'employeur doit comptabiliser tous les accidents et toutes les maladies du travail subis par les travailleurs et établir des rapports une fois les études nécessaires réalisées. L'employeur doit également enquêter et établir des rapports sur les incidents potentiellement préjudiciables aux travailleurs, au lieu ou à l'équipement de travail ou qui ont endommagé le lieu de travail ou l'équipement sans entraîner de blessures ou de décès. Il doit informer l'Institut de la sécurité sociale dans les trois jours ouvrables suivant la date de l'accident professionnel et après avoir été informé d'une maladie professionnelle par les prestataires de soins de santé ou les médecins du travail. Les médecins du travail ou les prestataires de soins de santé adressent les travailleurs potentiellement atteints d'une maladie professionnelle à des prestataires de soins de santé agréés par l'Institut de la sécurité sociale.

Le Comité note qu'en vertu de l'article 26 de la loi SST, un employeur ou un prestataire de services de santé qui omet de signaler à l'autorité compétente un accident du travail ou une maladie professionnelle s'expose à des amendes administratives. Conformément à l'article 4 de la loi n° 6645 du 4 avril 2015 portant modification de la loi relative à la santé et la sécurité au travail et de certains décrets-lois, l'amende administrative est infligée par l'Institut de la sécurité sociale. Le montant de l'amende administrative varie selon la catégorie de danger du lieu de travail et le nombre de travailleurs.

Le rapport précise qu'en 2014, 221 366 travailleurs assurés ont été victimes d'un accident du travail (74 871 en 2012) et 1 626 d'un accident du travail mortel (744 en 2012). Il indique une hausse du taux d'incidence standardisé des accidents du travail pour 100 000 travailleurs (627 en 2010 et 1 672 en 2014) et une baisse du taux d'incidence standardisé des accidents du travail et maladies professionnelles mortels (14,5 en 2010 et 12,3 en 2014). Le Comité note que les chiffres ne sont fournis que pour deux années de la période de référence et maintient qu'ils doivent être fournis pour l'ensemble de la période de référence.

Le Comité prend note de la répartition des accidents du travail mortels par branche d'activité en 2013-2014 : secteur du bâtiment (34,6 %), industrie minière (14,8 %), transport (13,2 %) et métallurgie (7,4 %). Il note que ces informations ne portent que sur deux ans de la période de référence et maintient qu'ils doivent être fournis pour l'ensemble de la période de référence. Il demande que le prochain rapport indique quelles sont les causes les plus fréquentes d'accidents du travail et quelles sont les activités mises en œuvre en termes de prévention et de respect des normes afin de les éviter.

Le rapport indique également que l'un des objectifs du Document de politique nationale III pour 2014-2018 prévoit l'élaboration de statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et d'un système de déclaration. Le Comité demande que le

prochain rapport contienne des informations sur les activités menées et les résultats obtenus par rapport à l'objectif fixé.

Le rapport indique qu'il y a eu 494 cas de maladies professionnelles en 2014 et 395 en 2012, dont un mortel. Le Comité note que les chiffres doivent être fournis pour l'ensemble de la période de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition juridique des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de contrôle des maladies professionnelles (ou sur la liste des maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilées par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels, ainsi que sur les mesures prises et/ou envisagées pour remédier aux insuffisances dans la déclaration et la reconnaissance des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes au cours de la période de référence, ainsi que les mesures préventives prises ou envisagées.

Il ressort du rapport que la Turquie n'est pas au niveau requis en termes de maladies professionnelles et d'accidents du travail. Le Comité note, d'après le rapport, que 606 accidents du travail surviennent chaque jour en moyenne et que 4,5 personnes perdent la vie à la suite de ces accidents.

Le Comité note que le nombre d'accidents du travail reste élevé et le taux d'incidence normalisé très élevé, en particulier dans l'industrie minière et dans le secteur du bâtiment. Il considère que les données fournies n'établissent pas que les accidents du travail et les maladies professionnelles sont suivies de manière efficace. Le Comité rappelle que l'application conforme de la Charte ne peut être atteinte par le seul effet de la législation si l'application de celle-ci n'est pas effective et rigoureusement contrôlée, et que la fréquence des accidents du travail et leur évolution sont déterminantes dans le contrôle du respect effectif du droit consacré à l'article 3§3 de la Charte. Entretemps, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte révisée, au motif que les mesures prises pour réduire le taux excessif d'accidents du travail sont insuffisantes.

Activités de l'Inspection du travail

Le rapport indique que la Présidence de l'Inspection du travail supervise la législation et procède à des inspections pour s'assurer qu'elle est appliquée conformément aux prescriptions en matière de santé et de sécurité au travail et que son application dans les lieux de travail est conforme à la loi n° 6331 relative à la santé et la sécurité au travail (loi SST) et à la loi n° 4857 sur le travail. Dans le cadre des visites de contrôle portant sur la santé et la sécurité au travail, les mesures correctives et préventives relatives aux risques identifiés par l'équipe de gestion des risques sur les lieux de travail sont mises en œuvre par les responsables dont les noms figurent dans le document d'évaluation des risques. L'Inspection du travail (LIB) réalise deux types d'inspections : des inspections programmées et des inspections non programmées. Les inspections programmées portent sur un certain nombre d'objectifs prédéfinis et dans le but de vérifier l'application de l'ensemble des dispositions législatives ou de certaines d'entre elles. La déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle donne lieu à un contrôle non programmé.

Le Comité note, d'après le rapport, que le nombre de visites d'inspection portant sur la santé et la sécurité au travail a progressé pendant la période de référence (de 11 533 en 2012 et 8 332 en 2013 à 13 296 en 2015).

Le montant total des amendes administratives infligées pour des infractions à la santé et la sécurité au travail (SST) a également augmenté ; il est passé de 26 891 194 TRY (6 205 944 €) en 2012 (3 030 postes de travail) à 19 504 330 TRY (4 501 205 €) en 2013 (2 640 postes de travail) et à 59 490 680 TRY (13 731 598 €) en 2015 (4 298 postes de travail).

En réponse à la question du Comité qui demandait des informations détaillées et à jour sur le nombre d'inspecteurs, le rapport indique que 122 inspecteurs assistants ont été recrutés

en 2012 et 58 en 2015. En 2015, l'Inspection du travail (LIB) comptait 974 inspecteurs du travail. Plus de la moitié (572) étaient chargés de la SST, 402 étaient en charge des relations de travail. Le Comité note que le recrutement de 61 inspecteurs du travail supplémentaires devait être achevé en 2016 (en dehors de la période de référence).

Le Comité note, selon les chiffres publiés par ILOSTAT, que la Turquie comptait 853 inspecteurs du travail en 2015, 714 en 2013 et 960 en 2012 ; le nombre d'inspecteurs pour 10 000 personnes ayant un emploi était de 0,4 en 2012 et de 0,3 en 2013 et 2015 ; le nombre de visites d'inspection effectuées sur les lieux de travail pendant une année est passé de 11 533 en 2012 à 21 304 en 2015 ; et le nombre moyen de visites de contrôle par inspecteur a également augmenté au cours de la période de référence (12 en 2012, 32,9 en 2013 et 25 en 2015). Le Comité demande que le prochain rapport explique pourquoi les chiffres mentionnés dans le rapport sont différents de ceux publiés par ILOSTAT.

En réponse à la question du Comité sur les ressources allouées à l'Inspection du travail (LIB) et à l'Inspection de la sécurité sociale, le rapport indique que les moyens alloués à la présidence du LIB ont augmenté au cours de la période de référence, passant de 65 455 300 TRY (15 100 895 €) à 84 855 500 TRY (19 577 621 €).

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Le rapport ne contenant pas de réponse à la question qu'il a précédemment posée sur ce point (Conclusions 2013), le Comité demande de nouveau que le prochain rapport fournisse ces informations.

Le Comité conclut qu'en raison du faible niveau des effectifs dont dispose le service d'inspection chargé de contrôler le respect de la législation SST, le système d'inspection du travail ne peut être considéré comme efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises pour renforcer les effectifs de l'Inspection du travail et indique la proportion de travailleurs concernés par les visites de contrôle et le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'une visite de contrôle portant sur la santé et la sécurité au cours de la période de référence. Il demande en outre des informations sur l'application de la législation et la règlementation relative à l'inspection du travail sur l'ensemble du territoire national dans la pratique ; le détail, par catégorie, des mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre et le nombre de mesures effectivement prises pour chaque catégorie ; l'issue des affaires transmises au ministère public en vue de l'introduction de poursuites pénales ; et des données chiffrées pour chaque année de la période de référence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire le taux excessif d'accidents au travail sont insuffisantes ;
- le système d'inspection du travail ne dispose pas d'effectifs suffisants pour assurer un contrôle adéquat du respect de la législation concernant la sécurité et la santé au travail.

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 Turquie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a conclu que la situation de la Turquie n'était pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif que l'existence d'une stratégie visant à instituer l'accès à des services de santé au travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité n'était pas établie.

Le rapport énumère les lois et réglementations adoptées et modifiées au cours de la période de référence : Règlement n° 28512 du 29 décembre 2012 concernant les services de santé et de sécurité au travail, Règlement n° 28512 du 29 décembre 2012 concernant l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité au travail, Règlement n° 28512 du 29 décembre 2012 concernant les fonctions, pouvoirs, responsabilités et qualifications des spécialistes de la santé et de la santé au travail, Règlement n° 29401 du 29 juin 2015 concernant les services de santé et de sécurité au travail assurés par l'employeur ou son représentant sur les lieux de travail, Avis juridique n° 28989 du 3 mai 2014 sur l'aide aux services de santé et de sécurité au travail.

Le rapport indique qu'en vertu de la loi n° 6331 du 20 juin 2012 relative à la santé et la sécurité au travail, qui s'applique à tous les salariés de tous les secteurs d'activités et lieux de travail, dans le secteur public comme dans le secteur privé, tous les travailleurs d'un lieu de travail donné, quel que soit leur nombre, peuvent bénéficier des services de SST. Le Comité prend note que, selon le rapport, l'application des articles 6 (services de santé et de sécurité au travail), 7 (aides publiques pour les services de santé et de sécurité au travail) et 8 (médecins du travail et spécialistes de la sécurité au travail) de la loi est reportée au 1er juillet 2017 (en dehors de la période de référence) pour les établissements publics et les entreprises de moins de 50 travailleurs et classés comme moins dangereux. Par ailleurs, il relève dans les informations contenues dans l'observation relative à la Convention n° 161 (1985) formulée par la Commission d'experts de l'OIT sur l'application des conventions et recommandations (CEACR) et adoptée en 2016 (106e session) que depuis le 1er juillet 2016 (hors période de référence), la présence d'un médecin spécialisé en médecine du travail est obligatoire dans tous les lieux de travail, sans aucune restriction quant au nombre de travailleurs, au secteur et à la catégorie de danger, y compris dans le secteur public.

L'article 6 de la loi n° 6331 dispose que, dans toutes les entreprises, les employeurs doivent recruter des médecins du travail et des experts de la sécurité professionnelle afin de les aider pour toute question relative à la SST, tandis que l'article 8 de la loi précise que lesdits médecins et experts sont tenus d'informer par écrit l'employeur de toute lacune au regard de la SST, faute de quoi leur accréditation peut être suspendue. Dans le cas où l'employeur ne prend pas les mesures qui s'imposent en rapport avec un risque d'atteinte à la vie, les médecins du travail et les experts de la sécurité professionnelle doivent en informer le ministère. Le Comité note, d'après le profil national de l'OIT sur la sécurité et la santé au travail (2017), que, conformément à l'article 8 de la loi n° 6331 telle que modifiée en 2015 (loi n° 6645 de 2015 portant modification de la loi sur la santé et la sécurité au travail et de plusieurs autres lois et décrets en vigueur), que si un expert en sécurité au travail ou le médecin du travail est licencié pour s'être acquitté de ses obligations en matière de signalement, l'employeur devra lui verser une indemnité, d'un montant au moins égal à un an de salaire.

Le Règlement n° 28512 du 29 décembre 2012 sur les services de santé et de sécurité au travail (tel que modifié par le Règlement n° 29209 du 18 décembre 2014) vise à définir la création d'unités SST chargées d'assurer les services de santé et de sécurité au travail, leur habilitation, l'annulation de leurs certificats, leurs fonctions, pouvoirs et responsabilités, ainsi que leurs méthodes et principes de travail. Conformément à l'article 5 du même règlement, l'employeur désigne un ou plusieurs médecins du travail ou un expert de la sécurité professionnelle parmi ses salariés afin d'identifier les mesures SST nécessaires et leur suivi

sur le lieu de travail, de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles, d'apporter les premiers soins et les traitements urgents ainsi que des services de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs.

Le Comité relève dans le rapport le nombre d'experts de la sécurité professionnelle (5 003 en 2012 et 37 105 en 2015) et de médecins du travail (6 336 en 2012 et 4 089 en 2015) certifiés au cours de la période de référence. Le nombre de centres d'éducation et de formation agréés par la Direction générale de l'hygiène et de la sécurité du travail a chuté durant la période de référence (34 en 2012, 195 en 2013, 11 en 2015). Le nombre d'unités SST a progressé pendant la même période (406 en 2015 contre 191 en 2012), mais le nombre de centres de soins communautaires a reculé (3 en 2015, contre 11 en 2012 et 38 en 2013).

Le rapport indique également que l'un des objectifs du Document de politique nationale III pour 2014-2018 prévoit une intensification des activités destinées à développer la SST dans le secteur public et l'agriculture. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les activités mises en œuvre et sur les résultats obtenus au regard de cet objectif.

Le Comité relève qu'en vertu de la loi n° 6331, l'employeur est tenu de soumettre ses salariés à des examens médicaux. Vu le caractère progressif de l'obligation de l'article 3§4 de la Charte, il demande des informations relatives au taux de couverture des salariés par les services de santé au travail.

Le Comité réitère les questions qu'il a posées dans sa dernière conclusion (Conclusions 2013), dans laquelle il demandait que le prochain rapport contienne des informations précises sur les tâches confiées aux services de santé au travail ; la proportion d'entreprises dotées de tels services et le nombre de travailleurs suivis par ces services par rapport à la période de référence précédente. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations plus détaillées sur les tâches et responsabilités d'un médecin du travail et de l'expert en sécurité professionnelle et explique comment les fonctions qu'ils exercent sont adaptées dans la pratique à toutes les entreprises, en particulier petites et moyennes. Il demande également des précisions concernant la manière dont l'accès aux services de médecine du travail s'effectue en pratique pour les travailleurs temporaires ou intérimaires, les travailleurs indépendants et les travailleurs domestiques. Il réserve entretemps sa position sur ces points.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Turquie.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance (moyenne des deux sexes confondus) a progressé pour atteindre 76,9 ans en 2015. L'espérance de vie moyenne à la naissance, qui, la même année, était de 80,6 ans dans les 28 Etats membres de l'Union européenne, reste donc peu élevée en Turquie par rapport à celle des autres pays européens.

Le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 personnes) a augmenté durant la période de référence : il s'est établi à 6 décès/1 000 personnes, contre 5,1 au cours du cycle précédent.

Le Comité relève d'après le rapport que les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires et prend note des mesures prises pour les combattre. Un Programme national de lutte contre le cancer a ainsi été déployé sur la période 2011 – 2015, face au constat que les cancers – y compris le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus – étaient pour la plupart diagnostiqués tardivement (stade III – IV).

Le dépistage s'effectue essentiellement dans les Centres d'accueil et de formation pour le diagnostic précoce et le dépistage du cancer – les « KETEM ». En 2012-2013, la Turquie a ouvert 140 nouveaux centres KETEM, ce qui porte leur nombre total à 264. Le programme précité et le déploiement des KETEM se sont traduits par une hausse rapide des taux de couverture du dépistage du cancer. Entre 2007 et 2012, ils sont ainsi passés de 16 à 27 % pour la mammographie et de 6 à 13 % pour le cancer du col de l'utérus.

La mortalité infantile a augmenté depuis la dernière période de référence. En 2015, son taux s'établissait à 11,7 décès pour 1 000 naissances vivantes, contre 7,8 en 2010. Le Comité note que ce taux demeure supérieur à celui des autres pays européens (la moyenne était de 3,6 décès pour 1 000 en 2015 dans les 28 Etats membres de l'Union européenne).

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, il est demeuré inchangé depuis la dernière période de référence. En 2015, il s'est établi à 16 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il reste cependant supérieur à la moyenne enregistrée dans les autres Etats européens.

Le Comité considère que la situation n'est pas conforme à l'article 11§1 au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes.

Accès aux soins de santé

Selon le rapport, l'une des réformes majeures menées pendant la période de référence a été le déploiement de la deuxième phase du Plan de réforme de la santé. Cela s'est notamment traduit par la mise en place, dans tout le pays, du Programme de médecine familiale, qui prévoit d'assigner un praticien déterminé à chaque patient. L'accès au régime universel d'assurance maladie a par ailleurs été étendu aux apatrides et aux réfugiés. Le rapport indique, s'agissant de la gestion des listes et délais d'attente ainsi que des mesures destinées à améliorer l'accès aux soins de santé dans les zones rurales, qu'un système centralisé de prise de rendez-vous hospitaliers a été mis sur pied afin de faciliter les tâches de planification des hôpitaux, de contribuer à une utilisation efficace des moyens disponibles et de rendre des services de meilleure qualité à la population. Le système repose sur un numéro d'appel unique (le 182), ce qui permet de mieux planifier les ressources hospitalières et d'écourter les délais d'attente. Le patient peut aussi prendre rendez-vous sur Internet, en passant par le portail dudit système. La planification et l'affectation des ressources sont mesurables, gage de qualité et d'efficacité des services de soins de santé.

Le Comité rappelle que les modes d'accès aux soins ne doivent pas entraîner des retards indus dans la fourniture des soins. Il souligne qu'il sera particulièrement attentif à ce que l'accès aux traitements soit fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en termes de qualité de vie (Conclusions XV-2 (2001), Royaume-Uni). Concernant la gestion des listes d'attente et des temps d'attente, le Comité a demandé à plusieurs reprises des informations spécifiques sur le temps d'attente moyen dans les hôpitaux et pour une première consultation en soins primaires, afin de montrer que l'accès aux soins est garanti sans retards injustifiés. Le Comité réitère sa demande d'informations sur les règles applicables à la gestion des listes d'attente et des délais d'attente ainsi que des données statistiques sur les temps d'attente moyens réels pour les patients hospitalisés / ambulatoires ainsi que pour les soins primaires, spécialisés et chirurgicaux. Le Comité souligne que, si cette information n'est pas fournie dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Les réformes menées dans le secteur privé de la santé et leur impact n'étant toujours pas évoqués dans le présent rapport, malgré la demande du Comité (Conclusions 2013), le Comité demande une nouvelle fois des informations sur ce point.

Le Comité relève dans le rapport national de 2015 établi par la Commission européenne que la santé publique s'est globalement améliorée en Turquie. La capacité quantitative des services de santé a progressé, avec notamment un plus grand nombre de médecins par habitant.

Le montant total des dépenses de santé a représenté 5,4 % du PIB au cours de la période de référence. Cela étant, le total des dépenses de santé par habitant atteint à peine, en Turquie, le tiers de ce qu'il est en moyenne dans l'UE. Le Comité note également que les frais à la charge des patients s'élevaient à 17,8 %, pourcentage qui demeure supérieur à la moyenne calculée pour les 28 pays de l'UE.

Le Comité relève en outre dans le rapport national établi par la Commission européenne en 2015 que l'intégration et l'autonomisation des personnes handicapées laissent encore gravement à désirer, notamment en ce qui concerne leur environnement, les mentalités et la qualité des services. De nombreux enfants handicapés pâtissent de l'absence de diagnostic précoce adapté ou souffrent de retards de développement faute de pouvoir bénéficier au plus tôt de services appropriés. La Turquie ne possède toujours pas de législation en matière de santé mentale et il n'existe aucun organe de contrôle des établissements de soins pour handicapés mentaux. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des commentaires sur ces observations.

Le Comité demande que le prochain rapport sur l'article 11§1 contienne des informations sur les soins dentaires et les traitements (par exemple, qui a droit à des soins dentaires gratuits, les coûts des principaux traitements et la part des dépenses payée par les patients).

Le rapport indique que pour sensibiliser les écoles à la santé buccale et dentaire, un protocole de collaboration sur le développement de la sensibilisation à la santé de la bouche et des dents a été signé entre le ministère de l'éducation nationale et Colgate Palmolive. Au total, 2 535 824 étudiants ont été atteints dans 53 provinces en cinq ans (2008 – 2013). Ce protocole a été renouvelé pour cinq autres années. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les services de soins dentaires et les traitements (par exemple, qui a droit à des soins dentaires gratuits, les coûts des principaux traitements et la part des dépenses payées par les patients).

S'agissant du droit des personnes transgenres à la protection de la santé, le rapport indique que le changement de sexe est régi par l'article 40 du code civil turc. Aux termes de cet article, l'autorisation de changer de sexe ne peut être accordée qu'à la condition que l'intéressé soit âgé de plus de 18 ans et ait obtenu de la commission médicale (instance officielle) un rapport attestant que cette opération lui est psychologiquement nécessaire et

précisant qu'elle entraîne la perte définitive de la capacité de procréer. Le Comité note qu'en mars 2015, la Cour européenne des droits de l'homme a statué sur les conditions excessives exigées par la législation turque pour obtenir la reconnaissance du genre choisi. Dans son arrêt de chambre concernant l'affaire Y. Y. c. Turquie (requête n° 14793/08), la Cour a conclu à l'unanimité à la violation de l'article 8 (droit au respect de la vie privée et familiale) de la Convention européenne des droits de l'homme en raison du refus des autorités turques d'accorder l'autorisation de recourir à une opération de changement de sexe au motif que l'intéressé, transsexuel, ne se trouvait pas dans l'incapacité définitive de procréer. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport et par d'autres sources. Il réserve sa position sur ce point jusqu'à ce qu'une décision soit prise dans la réclamation collective n ° 117/2015 Transgender-Europe et ILGA-Europe c. République tchèque.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes.

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 Turquie.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité rappelle que dans le cadre de la présente disposition, les États parties doivent mettre en place des politiques d'éducation à la santé en faveur de la population en général et des populations concernées par des problèmes spécifiques, prévoyant notamment des campagnes de sensibilisation.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur l'ensemble des activités mises en œuvre par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies, avec des exemples précis de campagnes d'information.

Le rapport indique en réponse que 127 133 personnes ont été formées à la santé en matière de procréation en 2014 et 220 533 en 2015.

Le Comité note d'après le rapport que le ministère de l'Éducation nationale a créé une page web consacrée à la santé à l'école. Un guide sur la santé à l'école a aussi été mis à disposition du public sur internet. Des activités visant à prévenir la malnutrition et à sensibiliser la population à cette question ont été organisées par l'Institut de sécurité sociale : "Calories pour la vie", "Courir pour la santé ainsi que « Du lait à l'école », un projet mené dans les établissements primaires. En ce qui concerne la promotion de l'activité physique auprès des élèves des écoles, la Turquie travaille à l'élaboration de certificats d'activité physique pour les écoles primaires, les collèges et les lycées. Des études ont été lancées dans le cadre du projet « Des écoles soucieuses de la nutrition » à la suite de la signature, le 21 janvier 2010, du Protocole relatif aux écoles soucieuses de la nutrition par le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé. Il s'agit de vérifier que les établissements scolaires remplissent les critères d'alimentation saine. C'est ainsi que 202 établissements ont obtenu le label « École soucieuse de la nutrition » au 3 août 2011. Le protocole a été renouvelé le 20 septembre 2013 pour une nouvelle période de cinq ans. Afin de sensibiliser les élèves des écoles à la santé bucco-dentaire, un Protocole de collaboration sur la sensibilisation à la santé bucco-dentaire a été signé par le ministère de l'Éducation nationale et la société Colgate Palmolive. Au total, 2 535 824 élèves de 53 provinces ont été sensibilisés sur une période de 5 ans (2008 – 2013). Le protocole a été renouvelé à compter du 4 février 2013 pour cinq années supplémentaires.

Le rapport indique qu'une éducation à la santé, portant sur la santé en matière de sexualité et de procréation, l'hygiène, la nutrition et les effets nocifs des produits tabagiques, de l'alcool et de la drogue, est dispensée pendant toute la scolarité, de la première à la douzième année d'études. Des journées et des semaines spéciales consacrées à la santé ont lieu dans tous les établissements d'enseignement élémentaire et secondaire.

Le Comité rappelle que l'éducation sexuelle et génésique s'entend comme un processus visant à développer la capacité des enfants et adolescents à comprendre leur sexualité dans sa dimension biologique, psychologique, socioculturelle et reproductrice, de façon à leur permettre de prendre des décisions responsables pour ce qui concerne leurs comportements en matière de sexualité et de procréation. Le Comité reconnaît que les normes culturelles et la religion, les structures sociales, le milieu scolaire et les facteurs économiques varient à travers l'Europe et affectent le contenu de l'éducation sexuelle et génésique ainsi que la façon dont elle est dispensée. Toutefois, partant du principe largement accepté que l'éducation délivrée en milieu scolaire peut s'avérer efficace pour limiter les comportements sexuels à risque, il considère que les Etats doivent assurer que : l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires ; les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif, c.-à-d. en termes de nombre

d'heures et autres ressources qui y sont consacrées (enseignants, formation des enseignants, matériel pédagogique, etc.) ; la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante ; il faut en particulier s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique ; une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (International Centre for the Legal Protection of Human Rights (INTERIGHTS) c. Croatie, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphes 46 – 47). Le Comité demande que le prochain rapport indique si l'éducation sexuelle et génésique est dispensée dans les établissements scolaires de Turquie et selon quelles modalités.

Consultation et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé quels programmes de dépistage de masse étaient organisés dans le pays et ce que faisaient les services de médecine scolaire.

En réponse, le rapport précise que les services de médecine scolaire relèvent de la compétence partagée des médecins de famille et des centres de santé locaux. Pendant l'année scolaire 2011-2012, 17 millions d'élèves de maternelle, du primaire et du secondaire ont été examinés par les services de médecine scolaire, soit 22,5 % de la population.

Le rapport attire également l'attention sur une variété de services de médecine préventive destinés aux femmes enceintes et aux enfants (contrôles médicaux, dépistages et vaccinations). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la proportion de femmes couvertes. Il demande également des informations sur l'accès à de tels dépistages pour les femmes vivant dans les zones rurales.

Comme l'indique le rapport, la Turquie a mis en place un dépistage systématique du cancer, qui a permis d'assurer un dépistage plus précoce, d'améliorer l'efficacité des traitements et, finalement, de réduire la mortalité due au cancer. Les examens de dépistage sont assurés par les centres de formation, de diagnostic précoce et de dépistage du cancer (KETEM). Les centres proposent également des services de sevrage tabagique. En 2012-2013, 264 KETEM étaient en activité. Le ministère de la Santé s'est fixé pour objectif d'avoir un KETEM pour 250 000 habitants, ainsi que des KETEM mobiles. Les KETEM sont pour la plupart intégrés dans les hôpitaux et collaborent étroitement avec les centres de médecine familiale. Entre 2007 et 2012, l'ouverture des KETEM a permis de doubler les taux de dépistage, qui sont passés de 16 à 27 % pour les mammographies et de 6 à 13 % pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le Comité relève dans le rapport établi en 2016 par la Commission européenne que d'importants progrès ont été accomplis dans la lutte contre le cancer grâce à de meilleures infrastructures. Le taux de couverture est passé à 35 % pour le dépistage du cancer du sein et à 80 % pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. La lutte contre le cancer a été intégrée dans les soins de santé primaire et l'enregistrement des cas de cancer a été étendu à l'ensemble des provinces. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les taux de couverture des dépistages du cancer.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie 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 Turquie.

Environnement sain

Le Comité note que la politique environnementale de la Turquie est façonnée par les cadres réglementaires internationaux. En tant que pays candidat à l'adhésion à l'Union européenne, la Turquie a aligné sa législation environnementale sur l'acquis environnemental européen. Sa politique de gestion de l'air a été fortement renforcée lorsque la Turquie a adopté la stratégie environnementale intégrée de l'Union européenne, qui exigeait de la Turquie qu'elle harmonise pleinement le cadre juridique turc avec la directive-cadre sur la qualité de l'air de l'Union européenne.

Depuis 2012, les données relatives à la qualité de l'air sont présentées sous un nouveau format. Elles sont relevées par 195 stations fixes et quatre stations mobiles de mesure de la qualité de l'air dans le cadre du programme national d'observation de la qualité de l'air. Les données sont mises à disposition du public en temps réel sur le site web du ministère de l'Environnement et de l'Urbanisme.

Cependant, le Comité relève d'après le rapport sur la Turquie établi en 2015 par la Commission européenne qu'une législation nationale sur la qualité de l'air doit encore être adoptée en vue de transposer les directives actuelles sur la qualité de l'air ambiant, sur les plafonds d'émissions nationaux et sur les composés organiques volatils. Des niveaux de pollution atmosphérique importants ont été signalés dans certaines villes et des plans d'action locaux pour un air plus pur doivent donc être élaborés.

Une stratégie nationale et un plan d'action en faveur du recyclage ont été adoptés par le Conseil supérieur de la planification en décembre 2014.

Dans le domaine de la qualité de l'eau, des plans pour la gestion des bassins versants sont en cours d'élaboration. Le Comité demande des informations sur les mesures concrètes prises, y compris la législation environnementale et les réglementations relatives à la prévention des risques évitables, ainsi que sur les niveaux de contamination de l'eau pendant la période de référence.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse également des informations sur les mesures prises dans le domaine du contrôle de la pollution industrielle et de la gestion des risques.

S'agissant de la pollution sonore, le règlement relatif à l'évaluation et à la gestion du bruit ambiant a été publié au Journal officiel n° 27 601 du 4 juin 2010. Ce règlement oblige à établir une cartographie du bruit pour les villes de plus de 100 000 habitants, pour les zones d'habitation ayant plus de 1 000 habitants par km², pour les principales autoroutes et voies de chemin de fer et pour les aéroports. Il est aussi obligatoire de prendre des mesures de prévention et de contrôle tenant compte des résultats des cartographies du bruit. Il doit être procédé à l'établissement de cartes du bruit et de plans d'actions dans le respect des obligations, autorisations, responsabilités et programmes définis à cet effet.

Le rapport ne fournit aucune information sur la sécurité alimentaire. Le Comité souhaite recevoir des informations à jour sur les niveaux de pollution de l'air, de la contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire au cours de la période de référence, en particulier si les tendances de ces niveaux ont augmenté ou diminué. Il demande également des informations sur la pollution sonore, la gestion des déchets et les risques liés à l'amiante.

Il réserve entretemps sa position sur ces points.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 21013), le Comité a noté le cadre législatif prévoyant une interdiction de fumer dans les lieux publics et des restrictions à la publicité pour les produits du tabac. Le présent rapport indique qu'une nouvelle réglementation sur le tabagisme passif a commencé à être mise en œuvre. Il est désormais interdit de fumer dans tous les lieux publics ouverts et fermés.

Dans le domaine de la lutte antitabac, un plan d'action pour la période 2015-2018 est entré en vigueur. Un programme d'aide aux personnes dépendantes du tabac a été engagé par le ministère de la Santé en 2011. Depuis mai 2012, 413 centres relevant du ministère de la Santé ou des universités proposent des services de sevrage tabagique. Le rapport précise que la proportion de fumeurs dans le pays est passée de 33,4 % à 31,2 %.

La loi n° 4 250 relative au monopole de l'alcool et des boissons alcoolisées a été modifiée en 2013, afin que les actions publicitaires et les promotions destinées aux consommateurs soient interdites en toutes circonstances. Aucune campagne, activité de promotion ou autre action tendant à encourager ou à promouvoir l'usage de tels produits ne peut être menée. Les boissons alcoolisées ne peuvent être ni vendues ni servies aux moins de 18 ans.

De plus, la loi modifiée renforce les sanctions en cas de non-respect des articles susmentionnés. Selon l'article 9 de la loi de 2013, les entreprises qui vendent au détail ou servent des boissons alcoolisées doivent être situées à au moins 100 mètres des établissements éducatifs, des résidences universitaires et des lieux de culte. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse également des informations sur l'évolution de la consommation.

S'agissant des drogues, la Turquie met actuellement en œuvre sa stratégie nationale 2013-2018 et son plan d'action 2013-2015 sous la coordination de la police nationale. La stratégie et le plan d'action couvrent des questions telles que la coordination, la réduction de l'offre, la prévention, les traitements, la réadaptation, la réduction des risques, la coopération internationale, la collecte de données, la recherche et l'évaluation. À la suite d'une circulaire diffusée par le Premier Ministre en novembre 2014, un plan d'action d'urgence contre la drogue a été lancé afin de compléter les objectifs des instruments existants.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données et des informations actualisées sur les tendances de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues.

Il réserve entretemps sa position sur ces points.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé que des informations actualisées sur les programmes nationaux de vaccination, ainsi que sur les mesures prises pour prévenir les maladies épidémiques, soient incluses dans chaque rapport. Le rapport n'abordant pas ces questions, le Comité renouvelle sa demande. Il souligne que si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Accidents

Le Comité a précédemment pris note de l'adoption d'un Plan d'action sur la sécurité routière pour la période 2011-2020 afin de réduire le nombre d'accidents de la route et a demandé à être tenu informé des mesures mises en œuvre dans ce domaine. Il a également demandé des informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs. Aucune information n'ayant été fournie à ce sujet, le Comité réitère ses demandes. Le Comité souligne que si de telles informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point. Le Comité note que les États doivent

prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principaux types d'accidents couverts sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents durant les loisirs (Conclusions 2005, République de Moldova).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Turquie.

S'agissant des **prestations familiales** et des prestations de **maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1 (Conclusions 2015).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale turc et note qu'il repose toujours sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'État. Depuis 2008, le système comporte les branches suivantes (loi n° 5510) : soins médicaux, maladie, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, maternité, invalidité et survivants. Les employés du secteur public et les salariés du secteur privé bénéficient de l'assurance chômage mais relèvent de régimes distincts (loi n° 4447). Les fonctionnaires, les travailleurs employés dans l'agriculture et la sylviculture, les travailleurs domestiques, le personnel militaire, les étudiants et les travailleurs indépendants ne sont pas couverts. En outre, la Turquie ne dispose pas encore de système national d'allocations familiales, hormis pour les fonctionnaires.

Le Comité note, d'après les statistiques officielles, qu'en 2015 la population totale s'élevait à 78 741 053 personnes et la population active à 28 929 000 personnes (25 890 000 actifs âgés de 15 à 64 ans ayant un emploi et 3 039 000 chômeurs pour la même tranche d'âge). Selon le rapport, qui cite les données de l'organisme de sécurité sociale, le nombre d'assurés s'élevait à 20 700 000 personnes (72 % de la population active). Selon d'autres données figurant dans le rapport, 67 330 236 personnes, soit 86 % de la population totale, étaient couvertes par la sécurité sociale. Le Comité demande qu'il soit précisé dans le rapport suivant si ces chiffres concernent uniquement la couverture des soins de santé ou également d'autres branches et il demande que les chiffres fournis soient clairs et cohérents.

Le Comité a noté précédemment (Conclusions 2013) que la population résidente bénéficiait d'une couverture des **soins de santé** dans le cadre du régime universel d'assurance maladie créé en 2008. Selon les informations figurant dans le dernier rapport établi au titre du Code européen de sécurité sociale, en 2015, la population bénéficiant des prestations servies par la sécurité sociale au titre des soins de santé s'élevait à 66 945 138 personnes, soit environ 85 % de la population totale. Le Comité demande que le prochain rapport précise quelles catégories de la population ne sont pas couvertes par le système de santé. S'agissant des autres branches, le rapport indique qu'en 2015, 17 635 257 personnes (61 % de la population active) étaient assurées contre le risque **maladie** et 20 380 319 (70 % de la population active) contre le risque **vieillesse**. Le nombre de travailleurs bénéficiant d'une protection contre le **chômage** s'élevait à 14 100 000 personnes (49 % de la population active). Le Comité rappelle que pour être conforme à l'article 12§1 de la Charte, le système doit couvrir un pourcentage significatif de la population active pour ce qui concerne les prestations servies en remplacement des revenus, à savoir les indemnités de maladie, les prestations de maternité et de chômage, les pensions et les prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il constate, d'après les chiffres fournis, que le taux de couverture, en termes de personnes protégées, est assez faible s'agissant des risques maladie, vieillesse ou chômage, et qu'aucune donnée n'est fournie concernant les risques maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité et survivants. Il demande donc que le prochain rapport contienne des informations à jour concernant la proportion de personnes couvertes pour tous ces risques dans la population active (c.-à-d. les personnes occupées ou inoccupées, mais pas les inactifs, comme les étudiants ou les retraités). Entretemps, il considère qu'il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population.

Caractère suffisant des prestations

Le Comité note qu'aucune donnée Eurostat n'est disponible pour 2015 concernant le revenu médian ajusté annuel ou le seuil de pauvreté. Les dernières données Eurostat disponibles se rapportent à 2013. Le revenu médian ajusté s'établissait alors à 3 438 €, tandis que le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 1 719 € par an, soit 143 € par mois ;40 % du revenu médian ajusté correspondait à 57 € par mois. Le salaire minimum était fixé à 416 €. Selon le rapport, la ligne de pauvreté nationale, correspondant à 50 % du revenu médian, s'établissait à 5 554 TRY (1 966 € au taux du 31 décembre 2014) par an pour 2014, soit 462,8 TRY (164 €) par mois. En 2015, 50 % du revenu médian correspondait à 6 246 TRY (1 961 € au taux du 31 décembre 2015) par an, soit 520,5 TRY (163 €) par mois. Le seuil de 40 % correspondait à 4 997 TRY (1 670 €) par an, soit 416 TRY (139 €) par mois. Le salaire minimum était fixé à 424 € en 2015.

Le rapport indique que l'assurance **maladie** couvre toutes les incapacités temporaires de travail consécutives à une maladie, mais aussi à un **accident du travail** ou à une **maladie professionnelle** et à la maternité. Pour avoir droit au bénéfice des prestations de maladie, un travailleur doit justifier d'au moins trois mois d'affiliation au cours des 12 derniers mois (aucune durée minimale d'affiliation n'est requise en cas d'accident). Le montant de la prestation – en cas de maladie comme en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle – correspond à la moitié du revenu de référence en cas d'hospitalisation et aux deux tiers du revenu de référence en cas de traitement ambulatoire. D'après la base de données MISSCEO, le montant journalier minimum versé en cas d'hospitalisation s'élevait à 21,22 TRY (7 €) en 2015. Le Comité estime que le montant de ces prestations est conforme à la Charte.

En ce qui concerne les prestations de **vieillesse** le Comité renvoie à son évaluation au titre de l'article 23. Pour ce qui est des pensions d'**invalidité**, au second semestre 2015, le montant minimum, selon le rapport, s'élevait à 535,10 TRY (168 €). Le Comité estime que le niveau de la prestation est conforme à la Charte.

Pour avoir droit au bénéfice des prestations de **chômage**, la personne doit avoir cotisé pendant au moins 600 jours. D'après la base de données MISSCEO, elle doit en outre avoir occupé un emploi permanent pendant les 120 jours précédant son licenciement. Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations plus détaillées sur les conditions requises pour avoir droit aux prestations. Il a précédemment noté (Conclusions 2013) que la durée maximale d'indemnisation est de 180 jours (six mois) pour les personnes justifiant de 600 jours de cotisation à l'assurance chômage, de 240 jours pour celles justifiant de 900 jours de cotisation, et de 300 jours pour celles justifiant de 1 080 jours de cotisation.

En réponse à la question du Comité, le rapport indique que le versement des prestations de chômage peut être suspendu si le bénéficiaire refuse sans raison valable une offre d'emploi correspondant à sa profession et proposant une rémunération et des conditions de travail proches de celles de son emploi antérieur dans un lieu de travail situé dans un secteur adjacent à sa commune de résidence. Le Comité demande que le rapport suivant précise davantage selon quels critères une offre d'emploi est considérée comme convenable, les raisons pouvant être valablement invoquées pour refuser une offre sans risquer la suspension des prestations, et les voies de recours ouvertes pour contester les décisions de suspension ou de retrait des prestations.

Selon le rapport, le montant des prestations correspond à 40 % de la rémunération brute moyenne perçue au cours des quatre derniers mois précédant la fin du contrat de travail. Le montant ainsi calculé ne peut excéder 80 % du salaire minimum brut. Au second semestre 2015, les allocations de chômage qui étaient versées s'élevaient donc à au moins 505,53 TRY (159 €). Le Comité note que ce montant se situe entre 40 % et 50 % du revenu médian. Il demande par conséquent que le rapport suivant indique si cette prestation peut se cumuler avec d'autres prestations (contributives ou non contributives), le cas échéant,

lorsque le bénéficiaire perçoit l'allocation minimale. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations à jour sur le seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté), le salaire minimum et le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, chômage, vieillesse et invalidité).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population.

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 Turquie.

Le Comité note que la Turquie a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 7 mars 1980 et en a accepté les Parties II, III, V, VI, VIII, IX et X.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2016)20 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par la Turquie (période du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015) que la législation et la pratique de la Turquie continuent de donner plein effet à toutes les Parties acceptées du Code, sous réserve de déterminer le salaire de référence utilisé pour le calcul du taux de remplacement des prestations.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie 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 Turquie.

Il renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013) pour une description du système turc de sécurité sociale, après les réformes entrées en vigueur en 2008. S'agissant des changements apportés aux prestations familiales et aux prestations de maternité, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et à l'article 8§1. Pour ce qui est des autres branches de la sécurité sociale, il prend note des évolutions législatives intervenues durant la période de référence. Le rapport mentionne en particulier les améliorations suivantes :

- le nombre d'assurés dans la branche vieillesse a augmenté de 19 % (de 17 076 451 à 20 380 319) entre 2011 et 2015, alors que l'accroissement de la population totale sur la même période est resté inférieur à 6 % (de 74 525 696 à 78 741 053) ;
- en 2013, les prestations en nature de l'assurance maladie ont été étendues aux enfants de moins de 18 ans qui n'étaient pas déjà couverts en qualité d'ayant droit d'un membre de leur famille ou de leur curateur, aux personnes bénéficiant d'une ordonnance de protection (victimes de violences conjugales), aux personnes en formation en vue de travailler dans un établissement pénitentiaire et à leur famille, et aux personnes ayant achevé leurs études secondaires ou obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire au cours des deux dernières années (sous réserve de remplir les conditions d'âge) qui n'étaient pas déjà couvertes en qualité de personne à charge ;
- en 2014 (loi n° 6552), le délai pour demander une pension de réversion a été porté de six à douze mois ;
- en 2014 et en 2015, certaines mesures ont été prises en faveur des travailleurs effectuant des travaux souterrains dans les mines : l'âge minimum de départ à la retraite a notamment été abaissé à 50 ans (au lieu de 55 ans) pour ceux ayant travaillé sous terre pendant au moins vingt ans (loi n° 6552) et des dispositions ont été prises au profit du conjoint survivant et des enfants de mineurs décédés à la suite d'accidents du travail dans les mines de charbon et de lignite survenus au cours des dix dernières années (loi n° 6645) ;
- depuis 2015 (loi n° 6645), une décote moins importante s'applique aux pensions de vieillesse des personnes qui continuent à exercer une activité professionnelle indépendante.

S'agissant des autres changements mentionnés dans le rapport, le Comité souligne que pour apprécier leur portée sous l'angle de l'article 12§3 et déterminer s'ils induisent des améliorations du système ou des restrictions, il doit être informé de l'importance des modifications (les catégories et le nombre de personnes affectées, le montant des prestations avant et après la modification). Il demande par conséquent que les prochains rapports fournissent toujours ces informations. S'agissant en particulier des mesures mentionnées dans le rapport concernant la retraite partielle et le cumul de revenus professionnels avec les pensions de vieillesse et d'invalidité (loi n° 6663), il note qu'elles sont entrées en vigueur en 2016, hors période de référence. Il demande donc que le prochain rapport contienne des informations sur leur mise en œuvre et leur incidence.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Turquie 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 Turquie.

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, soit par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux, soit par le biais de mesures unilatérales.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a constaté que l'égalité de traitement était garantie à tous les ressortissants étrangers pour la totalité des branches de l'assurance (accidents du travail, chômage, maladies professionnelles, maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès). Le Comité note cependant, d'après le rapport, que les ressortissants étrangers qui résident en Turquie sont couverts par l'assurance maladie universelle sous réserve de l'application du principe de réciprocité. L'article 60§2, alinéa d) de la loi n° 5510 dispose, en effet, que les ressortissants de pays étrangers titulaires d'un permis de séjour sont considérés comme étant assurés, sous réserve que le principe de réciprocité soit également pris en considération. Le Comité comprend que l'application de cette loi reste subordonnée à la condition de réciprocité et demande que le prochain rapport clarifie ce point.

Le Comité note également qu'en vertu de la loi n° 5510 sur les assurances sociales et l'assurance maladie universelle, les étrangers doivent résider au moins un an en Turquie pour être couverts par l'assurance maladie universelle. Il demande que le prochain rapport précise si cela concerne également les soins d'urgence.

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 de l'article 12§4, Conclusions 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 (Conclusions XVIII-1 (2006), Chypre).

Le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2013) des informations sur les accords envisagés avec les États parties avec lesquels il n'y avait pas encore d'accord ou les mesures unilatérales et dans quels délais. Le rapport ne contient aucune information à ce sujet. Le Comité se réfère cependant à sa conclusion relative à l'article 16 (Conclusions 2015), dans laquelle il a considéré la situation non conforme à la Charte, au motif qu'il n'existe pas de régime général de prestations familiales. Il note également que, d'après le rapport, la Turquie n'a toujours pas de régime général de prestations familiales, sauf pour les fonctionnaires et les travailleurs couverts par des conventions collectives. À cet égard, il demande si l'accès à la fonction publique est subordonné à une condition de citoyenneté et, dans le cas contraire, si les prestations familiales sont octroyées aux ressortissants des autres États parties qui sont fonctionnaires ou qui sont couverts par une convention collective au même titre que les fonctionnaires turcs ou travailleurs turcs couverts par de telles conventions collectives. Il demande également si le droit aux prestations familiales est subordonné à une « condition de résidence de l'enfant ». Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Le Comité note enfin que, selon la base de données MISSCEO, les prestations de maternité (et de paternité) sont réservées aux parents de nationalité turque. Il demande si l'octroi de ces prestations est accordé aux ressortissants des autres États parties.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité a demandé, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), des informations sur l'état de la législation en vigueur. Le rapport ne contenant aucune information sur ce point, le Comité réitère sa question. Il demande, en particulier, comment la conservation des avantages acquis est garantie depuis la réforme de 2006 et souligne que, dans l'hypothèse où le prochain rapport ne fournirait pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

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

Le Comité a précédemment rappelé (Conclusions 2013) que la Turquie avait ratifié la Convention européenne de sécurité sociale pour montrer qu'elle s'était engagée à assurer aux non-nationaux la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi. Le Comité réitère, par conséquent, sa conclusion de conformité sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Turquie.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Base juridique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé que la situation de la Turquie n'était pas conforme à la Charte, au motif que pendant la période de référence, la loi ne prévoyait pas de dispositif général d'assistance permettant à toutes les personnes démunies de bénéficier d'un droit subjectif à l'assistance sociale dont le respect pouvait être réclamé devant les tribunaux.

Le Comité relève d'après le rapport que des prestations sociales sont octroyées aux personnes démunies sur la base de certains critères. Ces critères sont définis par la loi n° 3294 relative à l'encouragement de la solidarité et de l'assistance sociale. D'après le rapport, les programmes d'assistance sociale mis en œuvre en Turquie par la Direction générale de l'assistance sociale sont menés conformément à la législation, notamment la loi n° 3294, la loi n° 2022 sur le versement de pensions aux personnes âgées (65 ans et plus) sans ressources et la loi n° 2828 relative aux services sociaux.

Le Comité relève dans le *Flash report* de la Commission européenne (ESPN 2016/40) qu'une nouvelle loi a été adoptée le 14 avril 2016 (hors période de référence) en vue de renforcer le lien entre l'assistance sociale et le marché du travail (loi n° 6 704). En comparaison avec la précédente loi sur l'assistance sociale (loi relative à la promotion de l'assistance sociale et de la solidarité), elle apporte deux nouveautés importantes. Premièrement, les bénéficiaires de l'assistance sociale dont les revenus par membre du ménage sont inférieurs à un tiers du salaire minimum et qui sont considérés comme « employables » seront inscrits auprès de l'agence officielle pour l'emploi (İŞKUR), placée sous la direction du ministère de la Famille et des Politiques sociales. S'ils refusent de prendre part à des programmes actifs en faveur de l'emploi ou refusent à trois reprises une offre d'emploi, leurs prestations d'assistance sociale seront suspendues pendant un an. Deuxièmement, des subventions seront versées aux employeurs qui embauchent des bénéficiaires de l'assistance sociale. Pendant une année civile, le Gouvernement versera à l'employeur qui aura embauché un bénéficiaire de l'assistance sociale une partie des cotisations de sécurité sociale de l'intéressé.

Le Comité comprend que pendant la période de référence, l'assistance sociale était octroyée sur la base de la loi n° 3294. D'après le rapport, il pouvait s'agir d'une aide *périodique* (aide alimentaire, aide au logement, combustible de chauffage), d'une aide *régulière* (aide éducative et assistance médicale – soumises à conditions) ou d'une aide d'urgence. Le Comité note que l'aide *régulière* continue d'être octroyée aussi longtemps qu'en persiste le besoin et que sont remplies les autres conditions.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13, le système d'assistance sociale doit être universel, c'est-à-dire que toute personne doit pouvoir obtenir des prestations au seul motif qu'elle est en situation de besoin. Cela n'empêche pas que des prestations spécifiques soient prévues pour des catégories plus vulnérables de la population pourvu que les personnes n'appartenant pas à ces catégories aient droit à une assistance appropriée.

Le Comité demande que le prochain rapport explique comment ces critères sont respectés aussi bien par la loi n° 3294 que par la loi du 14 avril 2016. En particulier, le Comité demande que le prochain rapport indique quelles dispositions juridiques garantissent le droit subjectif à des prestations de base (par exemple, à des aides régulières), à toute personne qui se trouve dans le besoin, sous conditions de ressources, ainsi qu'à des prestations complémentaires (par exemple à des aides périodiques, telles que des allocations de

logement et de chauffage). Entre-temps, il réserve sa position quant à la question de savoir si la législation garantit à toute personne démunie un droit légalement reconnu à l'assistance sociale dont le respect peut être réclamé devant les tribunaux.

Conditions d'octroi

Le Comité prend note des réformes mises en œuvre pendant la période de référence. Les services compétents en matière de prestations sociales ont été rassemblés sous la direction du ministère de la Famille de la Politique sociale et l'unité institutionnelle a été assurée par les aménagements législatifs adoptés en 2011. La Direction générale de l'assistance sociale (SYGM), qui est la principale unité de services du ministère, est devenue la plus grande institution publique du point de vue du groupe cible concerné et du montant des ressources affectées au domaine de l'assistance sociale. Elle exerce ses activités par le biais de la Fondation pour l'assistance sociale et la solidarité (SYDV), qui possède des antennes dans chaque province et district.

Le Comité note qu'il existe un système intégré d'information sur l'assistance sociale, qui gère les demandes d'assistance sociale et les dossiers des ménages, en ce compris les rapports liés à l'enquête sociale menée au domicile des familles pour déterminer leur situation socio-économique. Le Comité note que depuis janvier 2012, les informations concernant les ménages, à savoir les données socio-économiques, les rapports d'enquête sociale, et les aides obtenues par les personnes, sont conservées sous forme électronique. Les bénéficiaires de prestations sociales sont enregistrés dans le système intégré, afin de mettre en relation les données relatives à l'emploi avec les données relatives à l'assistance sociale. À réception d'une demande, la première étape consiste à interroger la base de données centrale et à rechercher des renseignements sur les sites web des services publics concernés. Après cette première détermination du profil du demandeur, le personnel de la Fondation pour l'assistance sociale et la solidarité rend visite à l'intéressé et mène son enquête sur le terrain.

L'Office turc des statistiques (TUIK) est chargé de définir le seuil de pauvreté utilisé pour déterminer si un individu ou une famille remplit les conditions pour bénéficier de certains services et prestations. Il donne également des orientations concernant les plans et programmes à mettre en œuvre.

Le Comité note qu'en 2015, plus d'un million de ménages ont bénéficié *d'aides régulières* et que 699 927 ménages ont bénéficié d'*aides périodiques*. La Direction générale de l'assistance sociale, par l'intermédiaire de ses fondations pour la solidarité, est venue en aide à quelque 3 millions de familles en 2015, grâce à plus de trente programmes d'assistance sociale.

En ce qui concerne l'obligation d'accepter une offre d'emploi, le Fonds social d'entraide et de solidarité peut sanctionner le membre d'un ménage bénéficiaire qui refuse une offre d'emploi sans excuse raisonnable. Les prestations en espèces peuvent être suspendues, mais l'*aide régulière* continue d'être versée.

Assistance médicale

En ce qui concerne l'assistance médicale, dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé confirmation que les soins médicaux des personnes non couvertes par le système de la carte verte qui n'avaient, par conséquent, pas de couverture maladie, ni dans le régime contributif, ni dans le régime non contributif, étaient prises en charge par le budget de l'État (pour les soins hospitaliers et ambulatoires, y compris les examens médicaux). Le Comité note en réponse que depuis 2012, tous les citoyens sont couverts par le régime universel d'assurance maladie, en application de l'article 60 de la loi n° 5 510. Toutes les personnes dont les revenus (par membre du ménage) sont inférieurs à un tiers du salaire minimum brut sont couvertes. Le Comité demande si tous les bénéficiaires de l'assistance sociale sont

couverts par le régime universel d'assurance maladie et si ce dernier va au-delà de l'assistance d'urgence.

Niveau des prestations

- prestations de base : le Comité note que le rapport ne contient pas d'informations concernant les montants des prestations de base et des prestations complémentaires pouvant être versées à une personne seule sans ressources.
- prestations complémentaires : le Comité demande que le prochain rapport fournisse une estimation de l'ensemble des prestations complémentaires (par exemple, aides périodiques, aide à domicile, allocations logement, aide alimentaire) auxquelles peut prétendre une personne seule sans ressources bénéficiaire des prestations de base.
- seuil de pauvreté : le Comité note qu'aucune donnée n'est disponible pour 2015 dans la base de données Eurostat en ce qui concerne le revenu médian ajusté. Les dernières données Eurostat disponibles concernent l'année 2013, lorsque le revenu médian ajusté était de 3 438 € et le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'élevait à 1 719 € par an, ou 143 € par mois. D'après le rapport, le seuil de pauvreté national, correspondant à 50 % du revenu médian, s'élevait à 5 554 TRY (1 966 € au taux du 31/12/2014), ou 462,8 TRY (164 €) par mois en 2014. En 2015, il était de 6 246 TRY (1 961 €, au taux du 31/12/2015), soit 520,5 TRY (163 €) par mois.

Le Comité note que le rapport ne contient pas d'informations sur les montants des différentes prestations. En l'absence des valeurs monétaires des prestations de base et complémentaires et dans l'attente d'informations quant à l'universalité de l'assistance sociale, le Comité considère qu'il n'est pas établi que le niveau de l'assistance sociale servie à une personne seule et sans ressources soit suffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

D'après le rapport, les bénéficiaires de l'assistance sociale peuvent introduire un recours devant les juridictions administratives concernant le paiement mensuel de leurs prestations sociales ou la mise en œuvre des services d'assistance sociale à l'encontre des institutions et organismes publics compétents. Selon l'article 45 du code de procédure administrative (loi n° 2577), il est possible de faire objection à l'ouverture d'une procédure qui concerne la fourniture de services par les institutions publiques. Les décisions des juridictions administratives régionales sont définitives et il n'est pas possible d'interjeter appel auprès de la Cour suprême. Le Comité renvoie aux réserves qu'il a formulées concernant la question de savoir si la législation garantissait à toute personne démunie un droit légalement reconnu à l'assistance sociale dont le respect pouvait être réclamé devant les tribunaux et réserve également sa position quant à la question de savoir si le droit à l'assistance sociale est soutenu par un droit de recours effectif.

Champ d'application personnel

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§1, les États se doivent d'offrir une assistance sociale et médicale suffisante à toutes les personnes en situation de besoin sur un pied d'égalité, qu'il s'agisse de leur 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 seront 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 examinera dorénavant 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'État parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que les ressortissants d'autres États parties résidant légalement en Turquie n'avaient droit à l'assistance sociale et médicale au même titre que les nationaux que sur condition de réciprocité. D'après le rapport, des prestations sociales sont octroyées aux personnes démunies qui répondent à certains critères sans conditions de réciprocité. Ces critères sont détaillés dans la loi n° 3294 relative à l'encouragement de la solidarité et de l'assistance sociale qui, à l'article 1, dispose que des programmes d'assistance sociale doivent être mis en œuvre à l'intention des nationaux en situation de besoin et, le cas échéant, des étrangers qui viennent en Turquie. Il s'agit, selon cette loi, d'assurer une répartition équitable des revenus par des mesures à même de renforcer la justice sociale, et d'encourager l'assistance sociale et la solidarité. D'après le rapport, le Fonds social d'entraide et de solidarité propose différents types d'assistance sociale aux étrangers par l'intermédiaire de la Fondation pour l'assistance sociale et la solidarité.

Le Comité note également que selon l'article 2 de la loi n° 6458 de 2013 relative aux étrangers et à la protection internationale, cette loi doit être mise en œuvre sans préjudice des accords internationaux auxquels la Turquie est partie. De plus, le règlement relatif à la protection temporaire a été adopté en 2014 par la Direction générale de la gestion des migrations conformément à l'article 91 de la loi n° 6458. Selon ce règlement, les étrangers en situation de besoin peuvent bénéficier de l'assistance sociale conformément aux procédures et aux principes énoncés par le Conseil du Fonds social d'entraide et de solidarité en application de la loi n° 3294. Enfin, le même règlement permet aux étrangers en situation de besoin de bénéficier de services sociaux conformément aux procédures et aux principes énoncés par le ministère de la Famille et des Politiques sociales.

Le Comité demande si les ressortissants des États parties qui résident légalement en Turquie ont droit à une assistance sociale et médicale sur un pied d'égalité avec les nationaux, sans être soumis à une condition de durée de résidence. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé que le prochain rapport précise quelle forme d'assistance sociale et médicale était offerte aux migrants en situation irrégulière qui n'étaient pas considérés comme des « victimes » et n'étaient pas placés dans un centre de rapatriement. Il a aussi demandé quelle était la nature et l'ampleur de l'aide apportée aux étrangers en situation irrégulière et si l'offre de cette forme d'assistance en cas d'urgence reposait sur une base juridique spécifique.

Le Comité relève dans le rapport que la Direction générale de la gestion des migrations a été instituée par la loi n° 6458 de 2013 relative aux étrangers et à la protection internationale. Cette loi énonce les principes et les procédures régissant l'entrée et le séjour des étrangers en Turquie, ainsi que leur départ de Turquie, et définit le champ d'application et les modalités de mise en œuvre de la protection offerte aux étrangers qui en font la demande.

Il incombe au ministère de la Famille et des Politiques sociales de décider de l'aide sociale à apporter aux étrangers placés sous protection temporaire, de définir les principes et les

procédures d'octroi de cette aide et de veiller à ce que les prestations sociales soient octroyées dans le respect des principes d'égalité et d'équité.

Le Comité rappelle que toute personne en situation irrégulière doit avoir le droit légalement reconnu à la satisfaction de ses besoins matériels élémentaires (nourriture, vêtements, logement) dans les situations d'urgence afin de leur permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave. Il incombe aux États de veiller à ce que ce droit soit rendu effectif également dans la 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 (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1er juillet 2014, par. 123).

Il demande que le prochain rapport confirme que ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources soit suffisant.

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 Turquie.

Le Comité prend note de l'entrée en vigueur, le 20 avril 2016 (hors période de référence) de la loi n° 6701 portant création d'une institution des droits de l'homme et de l'égalité. Son article 3 interdit toute discrimination fondée sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les convictions, les opinions philosophiques et politiques, l'appartenance ethnique, la richesse, la situation matrimoniale, l'état de santé, le handicap et l'âge.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que les bénéficiaires de l'assistance sociale et médicale n'étaient pas, de ce fait, exposés à des restrictions de leurs droits politiques et sociaux. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur le point de savoir si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques et sociaux sont, dans la pratique, interprétées de manière à éviter toute discrimination fondée sur le statut de bénéficiaire d'une assistance sociale ou médicale.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, Le Comité conclut que la situation de la Turquie 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 Turquie.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Ainsi, il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur la façon dont ces obligations sont respectées en droit et en pratique, par le biais du Fonds d'assistance sociale et de solidarité ou par tout autre moyen.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Turquie 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 Turquie.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira 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 (réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171). Il demande que le prochain rapport confirme que ces critères sont respectés.

S'agissant de l'assistance médicale d'urgence accordée aux ressortissants étrangers, selon l'article 98 de la loi n° 2918 relative à la circulation routière, toutes les dépenses de soins de santé engagées par les établissements médicaux publics et privés et les hôpitaux universitaires à la suite d'un accident de la route doivent être remboursées par l'Institut de sécurité sociale conformément aux règles et procédures établies pour le remboursement des services de soins de santé, que la victime soit couverte ou non par le régime de sécurité sociale. Le Comité demande si les ressortissants étrangers sans ressources légalement présents sur le territoire bénéficient des mêmes conditions en cas d'urgence médicale autre qu'un accident de la route.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 Turquie.

Organisation des services sociaux

Le Comité a précédemment jugé que la situation de la Turquie n'était pas conforme à l'article 14§1 de la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que l'accès aux services sociaux soit égal et effectif (Conclusions 2013). Il a ensuite pris note des informations communiquées par la Turquie en réponse à ce constat (Conclusions 2015) et a noté qu'il manquait toujours des informations sur les critères d'octroi des services sociaux et sur la procédure suivie pour les décisions en la matière, y compris les possibilités de recours, sur les ressources financières et humaines des services sociaux et sur leur répartition géographique. Il a rappelé devoir s'appuyer sur des données statistiques indiquant le nombre de bénéficiaires, ventilé par type de service, les effectifs et le montant des dépenses. En l'absence de ces informations, le Comité a renouvelé sa conclusion de non-conformité au motif qu'il n'était pas établi que l'accès aux services sociaux soit effectif.

En réponse à la demande d'informations détaillées sur la nouvelle législation en vigueur et sur sa mise en œuvre (Conclusions 2013), le rapport précise que le nouveau ministère de la Famille et de la Politique sociale est chargé de fournir des services sociaux en collaboration avec les municipalités et diverses associations, fondations et structures privées.

Le rapport se concentre essentiellement sur l'organisation des services sociaux destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées et décrit les différentes institutions concernées (centres de soins et de réadaptation publics et privés, centres d'accueil de jour et structures d'aide à domicile).

Le rapport précise que la loi n° 6284 relative à la protection de la famille et des femmes victimes de violences domestiques est en vigueur depuis le 8 mars 2012. Cette nouvelle loi prévoit des mesures de protection pour les victimes et des mesures préventives pour les auteurs de violences ou les personnes susceptibles de commettre des violences. La loi prévoit également la mise en place de centres de prévention et de contrôle de la violence (ŞÖNİM) et définit les obligations, les pouvoirs et les responsabilités de leur personnel. Les victimes de violences peuvent notamment y bénéficier de services de soutien psychosocial, d'aide juridique, d'aide à l'éducation, de soutien médical et de permanence téléphonique.

Le rapport fournit des informations sur le règlement relatif aux centres de services sociaux (CSS), entré en vigueur le 9 février 2013. Ces centres viennent en aide, après avoir évalué leur situation, aux personnes qui se trouvent dans le besoin. Ils prennent les mesures nécessaires pour que chaque bénéficiaire puisse obtenir les services de prévention, de protection, de soutien, de formation, de conseil et d'orientation de la manière la plus appropriée et accessible possible. Ils fournissent également des services, selon les besoins, en coordination avec les autorités locales, les universités, des organisations non gouvernementales et des bénévoles, et en facilitent la coordination. L'offre de services des CSS est préalablement définie, mais peut aussi être adaptée à la demande. Les services sont dispensés dans les centres sur la base d'une approche intégrée et soumis à des contrôles. Le nombre de centres de services sociaux a été déterminé en fonction de la situation géographique des districts et de leur structure sociale et démographique, ainsi que de la présence d'institutions et d'organismes à même de participer à la fourniture des services. En 2015, il existait 175 centres de services sociaux dans 81 provinces, qui ont contribué à offrir une assistance à 1 267 304 bénéficiaires.

Accès égal et effectif

Le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2013) des explications sur la manière dont étaient prises, d'une manière générale, les décisions concernant la fourniture de

services sociaux ; il a en outre demandé de préciser si les ressortissants des autres États parties avaient accès aux services sociaux et selon quelles modalités.

Le rapport ne fournit qu'une réponse partielle en ne mentionnant que le cas des personnes âgées, des personnes handicapées et des enfants non accompagnés. Le Comité réserve donc sa position à cet égard. Il considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Le rapport précise que la loi n° 6701 relative à l'institution de protection des droits de l'homme et de promotion de l'égalité de Turquie a pris effet avec sa publication au Journal officiel n° 29 690 du 20 avril 2016 (soit hors période de référence). Cette loi vise à protéger et à promouvoir les droits de l'homme, à garantir le droit à l'égalité de traitement en application du principe de la dignité humaine et à prévenir la discrimination dans l'exercice des libertés et des droits légalement reconnus. L'article 3 de cette loi interdit la discrimination fondée sur l'âge, le sexe, l'origine raciale ou ethnique, la religion ou les convictions, le handicap, les opinions philosophiques et politiques, la couleur, la langue, la fortune, la naissance, l'état civil et l'état de santé.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a demandé des informations sur la répartition géographique des services sociaux, sur les qualifications et les effectifs du personnel des services sociaux, et sur le ratio effectifs/usagers.

Le rapport ne répond que partiellement en mentionnant quelques données relatives aux services fournis aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux enfants et aux victimes de violences domestiques. Il existe des centres de services sociaux pour les personnes âgées dans 64 provinces et des centres de services sociaux pour personnes handicapées dans 63 provinces, sur un total de 81 provinces. Il existe également 159 centres spécialisés pour personnes handicapées dans 56 provinces. Le rapport précise qu'il n'y a pas de données disponibles concernant la répartition géographique des services sociaux destinés aux enfants. Le Comité note que les données statistiques fournies ne lui permettent pas d'apprécier si le personnel des services sociaux est qualifié et en nombre suffisant, ni si la couverture géographique des services est suffisamment large. Le Comité doit pouvoir s'appuyer sur des données statistiques indiquant le nombre de bénéficiaires, ventilé par type de service, les effectifs et le montant des dépenses. En l'absence des informations demandées, le Comité réitère son constat de non-conformité sur ce point.

En ce qui concerne les mécanismes de contrôle chargés de vérifier le caractère adéquat des services, tant publics que privés (voir Conclusions 2013), le rapport précise que les établissements publics et privés sont inspectés sur la base des dispositions du règlement relatif à la présidence des services d'inspection du ministère de la Famille et de la Politique sociale, de la loi n° 2 828 relative aux services sociaux et aux services de protection de l'enfance, et du règlement relatif aux établissements médicalisés et aux centres de soins et de réadaptation pour personnes âgées. Les inspecteurs du ministère de la Famille et de la Politique sociale et le personnel de la direction provinciale procèdent à des inspections régulières ou inopinées dans les établissements concernés. Le Comité demande à cet égard si des visites de contrôle sont aussi régulièrement effectuées auprès des organisations non gouvernementales qui fournissent des services sociaux et quel est l'impact des activités d'inspection sur l'amélioration de la qualité desdits services.

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013) sur l'existence d'une législation relative à la protection des données à caractère personnel, le rapport précise que la loi n° 6698 sur la protection des données à caractère personnel est entrée en vigueur en mars 2016, soit en dehors de la période de référence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte, au motif qu'il n'est pas établi que le personnel des services sociaux soit en nombre suffisant, ni qu'il ait les qualifications nécessaires pour répondre aux besoins des usagers.

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 Turquie.

Dans sa conclusions précédente (Conclusions 2015), le Comité a pris note des informations communiquées par la Turquie en réponse au constat de non-conformité à l'article 14§1 de la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que la fourniture de services de protection sociale par des prestataires non publics s'effectue dans des conditions adéquates (Conclusions 2013). Il a noté que certaines informations faisaient toujours défaut et demandé des précisions sur les types de services sociaux fournis par des associations bénévoles et des particuliers, et sur le nombre de leurs bénéficiaires. Il a aussi demandé des informations sur les financements publics et/ou privés mis à disposition pour encourager les associations bénévoles et les particuliers à participer à la fourniture de services sociaux. Par ailleurs, il a souhaité connaître les résultats des contrôles effectués par les pouvoirs publics. Enfin, il a demandé si les usagers des services sociaux étaient consultés sur les questions relatives à l'organisation et à la fourniture des services sociaux et selon quelles modalités.

Le Comité note que les seules informations communiquées dans le présent rapport concernent les 159 centres de soins spécialisés pour personnes handicapées gérés par des structures privées. Les organisations bénévoles ou les particuliers peuvent proposer leur concours en tant que prestataires de services sociaux en participant à la construction ou à la location d'un bâtiment destiné à accueillir lesdits services et en fournissant le personnel spécialisé. Le rapport précise qu'entre 2010 et 2015, le ministère de l'Intérieur a financé 454 projets d'assistance sociale mis en œuvre par des organisations non gouvernementales privées pour un montant total de 24 152 279 TRY. Le Comité note que le présent rapport ne répond pas à ses questions et considère par conséquent qu'en l'absence des informations demandées, il n'est pas établi que les conditions dans lesquelles les prestataires non publics participent à la fourniture de services sociaux soient conformes à l'article 14§2 de la Charte.

Le Comité a en outre précédemment demandé (Conclusions 2013) si et comment le Gouvernement veillait à l'efficacité des services gérés par le secteur privé et vérifiait qu'ils soient accessibles à tous dans des conditions d'égalité et sans discrimination, à tout le moins à raison de la race, de l'origine ethnique, de la religion, du handicap, de l'âge, de l'orientation sexuelle et des opinions politiques. Il a aussi demandé des informations sur les mesures financières prises pour promouvoir les activités des organisations bénévoles.

Le rapport ne répondant pas à ces questions, le Comité les réitère et réserve entretemps sa position sur ce point. Il considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 14§2 de la Charte, au motif qu'il n'est pas établi que les conditions dans lesquelles les prestataires non publics prennent part à la fourniture de services sociaux soient adéquates.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

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

Cadre législatif

Le Comité prend note des informations fournies sur le programme de mise en œuvre du plan d'action national pour le vieillissement et la situation des personnes âgées en Turquie et demande à être informé des mesures concrètes mises en œuvre ainsi que leurs résultats.

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 note, d'après le rapport, que la loi n° 6701 sur l'institution des droits de l'Homme et de l'égalité, en particulier son article 3, interdit les discriminations fondées sur l'âge, mais constate que ladite loi est entrée en vigueur en dehors de la période de référence. Le Comité considère, dès lors, que la situation n'était pas conforme à la Charte pendant la période de référence. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur cette nouvelle loi ainsi que sur sa mise en œuvre en pratique.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé si une telle procédure a été mise en place et, en particulier, si des garanties sont prévues pour éviter qu'elles ne soient privées arbitrairement de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome. Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet, de sorte que le Comité réitère sa question et considère que, dans l'intervalle, il n'est pas établi qu'une telle procédure existe.

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 sociale 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. En particulier, le Comité examine 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 note, d'après le rapport, que le seuil de pauvreté relative, fixé à 50 % de la valeur médiane des dépenses de consommation par foyer équivalent, était, en 2015, de 6 246 TRY par an (ou 520,50 TRY par mois, soit environ 163,28 €). Le caractère suffisant des prestations servies en remplacement des revenus sera apprécié en tenant compte de cet indicateur.

Le Comité relève dans la base de données MISSCEO que la pension minimale pour les fonctionnaires ne se situait pas en deçà de 1 455,52 TRY (environ 456,60 €) fin 2015. Pour les autres travailleurs, le montant minimum de la pension était fixé à 462 TRY (environ 144,93 €) fin 2015. Le Comité note cependant que les informations communiquées dans le rapport font état d'une pension minimale fixée à 535,10 TRY (environ 168 €) en 2015. Le Comité note que ce chiffre est sensiblement plus élevé que les seuils de pauvreté susmentionnés ; il rappelle avoir précédemment (Conclusion 2013) demandé des précisions à ce sujet. Le rapport ne fournit, à cet égard, aucune information, de sorte que le Comité

réitère sa question. Il demande également des précisions sur les pensions versées aux personnes âgées au titre des lois n° 1479 et 2926.

Le Comité a également demandé des informations sur les conditions d'admissibilité à la pension minimale, la part des personnes âgées qui reçoivent cette prestation ainsi qu'un exposé complet de toutes les prestations d'assistance auxquelles ont accès les personnes âgées qui ne perçoivent aucune pension, en indiquant notamment leurs conditions d'octroi. Le rapport ne fournit aucune information sur les conditions d'admissibilité mais indique que 8 534 000 personnes âgées ont bénéficié d'une pension de vieillesse en 2015. Le Comité note, par ailleurs, d'après le rapport, que les personnes âgées dans le besoin et leur conjoint bénéficient, conformément à la loi n° 2022 amendée, d'une aide à hauteur de 217,48 TRY par mois (soit environ 68,22 €). 546 207 personnes âgées percevaient cette prestation en 2015.

Entre-temps, le Comité réserve sa position sur ce point.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé des informations sur les mesures prises pour prévenir la maltraitance des personnes âgées et sur la manière dont les autorités procèdent pour évaluer l'ampleur du problème et font prendre conscience de la nécessité d'éradiquer la maltraitance et le délaissement des personnes âgées. Le rapport indique que des formations sur l'élimination de la négligence et de la maltraitance à l'encontre des personnes âgées ont été dispensées aux prestataires de services et aux personnes âgées. Un sondage a également été réalisé sur l'identification des victimes de négligence et de maltraitance dans les maisons de retraite du Ministère de la Politique Familiale et Sociale en 2013-2014. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport sur le sujet et demande quelles sont les mesures envisagées ou prises pour remédier à cette situation.

Le rapport indique également que, conformément au programme de mise en œuvre du Plan d'action national sur la situation des personnes âgées en Turquie et du vieillissement, il est prévu d'élaborer un service de soutien et de conseil spécialisé sur les enjeux de négligence, d'abus et de violence, d'adopter une nouvelle réglementation visant à prévenir la maltraitance des personnes âgées, de dispenser une formation en la matière et de mettre en place des mécanismes permettant de signaler ce type d'abus. Le Comité constate que le projet de réglementation n'a toujours pas abouti depuis la période de référence précédente. Le Comité souhaite que le prochain rapport fournisse des précisions sur le contenu du projet de loi et son calendrier.

Le Comité relève, par ailleurs, dans le rapport qu'il existe des centres de prévention et de suivi de la violence (ŞÖNİM). Il demande que le prochain rapport précise si ces centres sont habilités à traiter des questions relatives à la maltraitance des personnes âgées.

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 a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé si, d'une manière générale, l'offre de services d'aide à domicile pour les personnes âgées correspond à la demande, comment s'opère le contrôle de leur qualité et quelles possibilités ont les personnes âgées d'introduire une réclamation concernant les services en question. Il a également demandé si l'importance de l'offre varie selon les municipalités et si certains de ces services sont payants. Le rapport indique que les municipalités turques sont responsables et tenues de pourvoir aux besoins des personnes âgées en matière de services. Les services offerts par les municipalités aux personnes âgées varient selon les régions et les besoins des

personnes concernées ; elles proposent des prestations en nature et une aide financière, un service de soins à domicile, un service technique à domicile (entretiens, réparation, rénovation, etc.), un service nettoyage du domicile ou de la personne à domicile, un service de restauration ou d'accompagnement, des services de soutien social (évènements culturels et tourisme) et soutien psychologique.

Le rapport indique également que les inspecteurs du Ministère de la Politique Familiale et Sociale, ainsi que le personnel de la Direction Provinciale réalisent des inspections régulières, programmées ou inopinées, auprès des prestataires de services, qu'ils soient publics ou privés. Les résultats de l'inspection sont communiqués à l'institution concernée, qui doit prendre les mesures nécessaires pour remédier aux irrégularités constatées. Si l'irrégularité persiste, l'institution concernée est sanctionnée et peut, le cas échéant, être fermée sur ordre du Ministère.

Le Comité prend note de ces informations mais constate que le rapport ne répond pas aux questions de savoir si l'offre de services d'aide à domicile pour personnes âgées répond à la demande, si l'importance de l'offre varie selon les municipalités et si certains de ces services sont payant, de sorte qu'il les réitère. Il précise que dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir la conformité de la situation à cet égard.

Le Comité a également demandé des informations complémentaires sur les éventuels services ou facilités (services de relève ou de dépannage, par exemple) auxquels peuvent faire appel les familles qui s'occupent de parents âgés, en particulier très dépendants, ainsi que les services qui pourraient être spécialement destinés aux patients souffrant de démence. Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport, y compris celles relatives au Programme de soutien aux personnes âgées intitulé "YADES", entré en vigueur en dehors de la période de référence, et demande à être informé de la mise en oeuvre de ce programme. Il demande également si les soins temporaires et d'accueil en centres, ainsi que les services public de soins en journée, sont accessibles aux familles de personnes âgées. Le Comité note également, d'après le rapport, que les centres de services sociaux affiliés au Ministère de la Politique Familiale et Sociale proposent des solutions aux problèmes psychosociaux et socio-économiques des personnes âgées ainsi que des services de conseil et d'orientation pour accroître la solidarité sociale et le vieillissement actif.

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

Logement

Le Comité a précédemment demandé si une politique de logement spécifique pour les personnes âgées vivant chez elles a été mise en place. Le Comité note, d'après le rapport, que le programme de mise en œuvre du Plan d'action nationale sur la situation des personnes âgées en Turquie et le vieillissement comprend un volet consacré au logement.

Le Comité a également demandé (Conclusions 2013) si les besoins de ces personnes sont pris en compte dans les politiques de logement nationales ou locales, si des logements protégés/encadrés sont proposés, si l'offre de ce type de logement est suffisante, et si des aides sont proposées pour l'aménagement des logements. Le rapport indique que la politique de logement pour les personnes âgées en Turquie vise à permettre aux personnes âgées de demeurer chez elles aussi longtemps que possible. Le Comité demande quelle est la part des personnes âgées qui demeurent toujours chez elles sur la population totale âgée de 65 ans et plus.

Le rapport indique également que les personnes âgées de 65 ans et plus dans le besoin qui vivent dans de vieilles maisons ou des maisons insalubres ou négligées peuvent, dans le cadre de l'aide au logement, bénéficier d'un soutien financier du Fonds de Solidarité et

d'Assistance Sociale pour réhabiliter leur logement ou en construire un nouveau. Le Comité note que ces subventions sont accordées sous conditions de ressources. Il faut, par ailleurs, pouvoir justifier d'une durée de résidence d'au moins 5 ans dans le logement pour lequel une aide est demandée. Le Comité demande que le prochain rapport indique s'il existe d'autres aides au logement.

Le rapport indique, en outre, que 25 % des projets d'habitation réalisés par l'Administration du développement au logement (TOKİ) sont alloués aux personnes âgées. Le rapport précise qu'un système de paiement adapté aux personnes âgées a été mis en œuvre ; ainsi 7 717 maisons payables à partir de 250 TYR (environ 78,42 €) sur un maximum de 240 mensualités ont été mises en vente dans 35 provinces pour les personnes âgées qui n'ont pas leurs propres logements.

Le Comité note qu'un nouveau type de logement spécialisé est proposé aux personnes âgées : les maisons pour personnes âgées. L'objectif de ces logements est de leur permettre de demeurer chez elles tout en bénéficiant de soins et d'un niveau de vie plus élevé. Les maisons pour personnes âgées peuvent être rattachées à une maison de retraite existante, et dans ce cas-là, les besoins et dépenses des personnes âgées sont couverts par les établissements auxquels elles sont rattachées, ou se présenter comme des logements indépendants. Le Comité demande que le prochain rapport indique combien de personnes âgées bénéficient de ce type de logement pour quelle capacité et quel est le coût de ces logements lorsqu'ils sont à la charge des personnes âgées.

Soins de santé

Le Comité, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé des précisions s'agissant des programmes et services spécialement destinés aux personnes âgées, en particulier les programmes de santé mentale, les services de soins palliatifs ainsi que les formations dispensées à celles et ceux qui s'occupent de personnes âgées. Il a également demandé à être informé de toute nouvelle mesure qui aurait été prise pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins gériatriques et des soins de longue durée, ou pour mieux coordonner les services sociaux et les services de santé dispensés aux personnes âgées. Le Comité note, d'après le rapport, que le plan d'action et programme de mise en œuvre pour un vieillissement en bonne santé en Turquie 2015-2020, a vocation à développer, entre autres choses, les services de soins, y compris services de soins spécialisés, appropriés aux besoins des personnes âgées et leur l'accessibilité. Le Comité demande à être informé des mesures concrètes et résultats de cette politique.

Le Comité note également que, s'agissant de la coordination des services de soins de santé, un protocole sur la mise en œuvre des services de soins de santé et de soutien à domicile au niveau provincial a été signé en mars 2015, puis distribué aux municipalités pour application. Le Comité demande que le prochain rapport précise quels sont les principes et mesures imposés aux collectivités locales par ce protocole et comment leur contrôle est-il assuré.

Soins en institutions

Le rapport indique que la prise en charge en milieu institutionnel peut être assurée par des prestataires publics ou privés. À cet égard, le Comité prend note de la liste exhaustive des différentes catégories d'établissements de prise en charge fournie dans le rapport.

Le Comité prend également note des données statistiques fournies dans le rapport mais constate que celles-ci se réfèrent à une date postérieure à la période de référence.

S'agissant des établissements publics, le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé des informations complémentaires sur les tarifs pratiqués et l'indépendance des organes d'inspection. Le rapport indique que les tarifs sont fixés annuellement par la Direction Générale des Services pour Personnes Âgées et

Handicapées selon le type d'établissement, le type de chambre et la situation des personnes âgées. Des rabais et exemptions peuvent néanmoins être accordés pour les personnes âgées à faible revenus.

Les établissements publics sont contrôlés par des inspecteurs et officiers du Ministère de la Politique Familiale et Sociale aux moyens d'audits et d'activités d'orientations exercés de façon indépendante. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur le statut de ces inspecteurs et officiers. Il demande également si des procédures de recours ont été prévues concernant la qualité des soins et des services offerts ou concernant les mauvais traitements que pourraient subir les pensionnaires dans ce type de structures.

S'agissant des établissements privés, le Comité a également demandé comment les tarifs pratiqués dans les établissements privés sont-ils fixés, en quoi consiste la procédure d'agrément, et si des procédures de recours ont été prévues concernant la qualité des soins et des services offerts ou les mauvais traitements que pourraient subir les pensionnaires dans ce type de structures. Le rapport indique que les frais mensuels de soins en établissement privé sont fixés par une commission, conformément au règlement sur les maisons de retraite privées et les centres de soins des maisons de retraite. Les établissements privés sont contrôlés une fois par an par les inspecteurs du Ministère de la Politique familiale et sociale et deux fois par an par les agents de la direction provinciale, qui peuvent, sur la base de leur inspections et notifications, décider de fermer l'établissement en cas de négligence, exploitation, violence ou violation avérée à la législation et à la morale.

Le Comité a, enfin, demandé si et comment sont protégés les droits des personnes âgées hébergées dans les structures d'accueil – droit à des soins et services appropriés, droit au respect de la vie privée, droit à la dignité personnelle, droit de maintenir des contacts personnels, droit de participer à la détermination des conditions de vie dans l'institution et droit de porter plainte pour mauvais traitements. Le Comité note que, mis à part le droit au maintien des contacts personnels, le rapport ne fournit aucune autre information, de sorte qu'il réitère sa demande.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte aux motifs que :

- pendant la période de référence, il n'y avait pas de législation anti-discrimination ;
- il n'est pas établi qu'il existe une procédure d'assistance à la prise de décision pour personnes âgées.

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 Turquie.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le principal indicateur utilisé par le Comité pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Ce taux correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, fixé à 60 % du revenu médian ajusté. Le Comité prend note de l'explication détaillée fournie dans le rapport concernant les indicateurs utilisés par l'institut national de la statistique (TURKSTAT) pour mesurer la pauvreté et l'exclusion sociale (indicateurs fondés d'une part sur les « revenus » et de l'autre sur les « dépenses »).

En 2015, selon le rapport, le pourcentage de la population menacée de pauvreté (le seuil étant fixé à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) était en léger recul à 21,9 %, contre 22,7 % en 2012. La tendance à la baisse est confirmée par Eurostat qui établit le taux de pauvreté à 22,5 % en 2015 (23,7 % en 2012). Avant transferts sociaux, le taux de pauvreté était de 24,2 %, contre 25,3 % en 2012. Il semblerait donc que l'effet positif des transferts sociaux soit très limité. En outre, l'indicateur clé de pauvreté retenu dans le cadre du Semestre européen (qui inclut les personnes souffrant de privation matérielle aiguë et les personnes âgées de 0 à 59 ans vivant dans un ménage à très faible intensité d'emploi) s'élevait à 41,3 % en 2015.

Le Comité relève dans le document de travail des services de la Commission européenne (*Turkey 2016 Report*, SWD(2016) 366 final) que contrairement à ces dernières années, les indicateurs de pauvreté ne font apparaître aucune amélioration en termes de réduction des inégalités sociales. Les situations de privation matérielle aiguë persistent, notamment pour les enfants roms, et les taux correspondants sont particulièrement élevés dans les régions de l'est. Les personnes handicapées sont fortement exposées à l'exclusion sociale et à la pauvreté ; les mesures visant à améliorer leur accès à l'emploi se sont avérées inefficaces (le taux d'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique avoisine les 2 %). Selon le rapport, le taux de privation matérielle aiguë, après avoir enregistré un net recul – passant de 59,4 % en 2010 à 29,4 % en 2014 –, a de nouveau légèrement augmenté en 2015 pour atteindre 30,3 %.

En ce qui concerne l'absence d'informations sur la situation des minorités ethniques et des mères élevant seules leurs enfants, le rapport indique que les autorités ne procèdent pas à la collecte ni à la conservation ou l'exploitation de données qualitatives ou quantitatives relatives à l'origine ethnique.

Enfin, les taux globaux de pauvreté restent élevés, malgré la très légère diminution observée durant la période de référence ; dans certaines régions et pour certains groupes (notamment les personnes handicapées et les Roms), la situation est particulièrement grave.

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

Le Comité prend note des informations concernant certaines mesures législatives adoptées durant la période de référence, dont une modification de la loi n° 193 relative à l'impôt sur le revenu, qui prévoit des réductions d'impôt pour les personnes handicapées mentales afin de protéger les personnes les plus défavorisées contre l'exclusion sociale, et un nouveau règlement (n° 28554/2013) relatif aux centres de services sociaux, qui définit les procédures et les principes régissant la création et le fonctionnement des centres de services sociaux rattachés au ministère de la Famille et des Politiques sociales, ainsi que les attributions, compétences et responsabilités du personnel travaillant dans ces centres. Selon le rapport, le but de ce règlement est de mettre en place une approche plus holistique des services sociaux en intégrant des paramètres vérifiables.

Le rapport affirme que la Turquie a pris d'importantes mesures de lutte contre la pauvreté et les inégalités. Un système de sécurité sociale plus complet et un dispositif d'assistance plus

efficace et étendu ont été mis en place dans le pays. La proportion de la population couverte par l'assurance sociale a été portée à 85,5 % en 2015 (83 % en 2012). Au 1er janvier 2012, le régime général d'assurance maladie est devenu obligatoire et tous les citoyens sont désormais couverts. Les programmes d'assistance sociale ont été renforcés pour les personnes se trouvant ou risquant de se trouver en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale. À cet égard, le Comité renvoie à ses conclusions au titre de l'article 12§1 (sécurité sociale), de l'article 13§1 (assistance sociale) et de l'article 11 (santé).

Le rapport indique en outre que de nombreux projets ont été élaborés pour les personnes menacées d'exclusion sociale. Des projets financés par l'Union européenne, comme les activités « Améliorer l'intégration sociale et l'employabilité des personnes défavorisées » et « Promotion de l'inclusion sociale dans les zones densément peuplées par les Roms » et le « Projet 4 de coordination et formation pour l'emploi », en sont au stade de la mise en œuvre.

La stratégie nationale d'intégration des Roms pour la période 2016-2021 a été adoptée le 26 avril 2016, assortie d'un plan d'action. Elle comporte cinq grands domaines d'intervention – l'éducation, l'emploi, le logement, les soins de santé, l'assistance sociale et les services sociaux – et sera mise en œuvre par des plans d'action triennaux. Cette stratégie vise notamment à améliorer l'efficacité des politiques d'intégration sociale, à faciliter l'accès aux services publics généraux, à lutter contre la discrimination, à empêcher les crimes de haine et à assurer la participation sociale en s'appuyant sur une société civile renforcée. Des principes fondamentaux de mise en œuvre comme la lutte contre la discrimination, l'égalité de traitement, la participation de la société civile et une approche régionale sont aussi énoncés comme objectifs stratégiques. Les fonds destinés à la mise en œuvre des projets dans le cadre de la stratégie et des plans d'action seront fournis par les budgets des organismes publics compétents. Un mécanisme de suivi et d'évaluation sera mis en place pour contrôler l'application des politiques formulées dans le document de stratégie nationale.

Le rapport indique également, au sujet des dispositifs institutionnels, que la création en 2011 du ministère de la Famille et des Politiques sociales a instauré un système unifié qui permet une division plus claire des tâches et des fonctions ; le problème de l'ambiguïté qui tendait à brouiller les responsabilités a ainsi été surmonté. Le ministère a regroupé les organismes responsables de l'assistance sociale et des services sociaux dans le cadre d'une approche globale et coordonnée.

Le Comité note les informations concernant les ressources budgétaires allouées et le nombre de bénéficiaires dans des domaines tels que l'aide au revenu ou l'accès aux soins de santé, au logement, à la nourriture et à l'éducation. En vue d'évaluer les évolutions à cet égard, il demande que le rapport suivant fournisse ces données pour chaque année de la période de référence. Il relève par ailleurs une augmentation de 40,5 % des dépenses (publiques) d'assistance sociale sur la période 2012-2015 et la hausse de la part de PIB consacrée à l'assistance sociale, passée de 1,18 % à 1,37 %.

Selon l'analyse de la Commission européenne (voir le rapport susmentionné établi pour la Turquie en 2016), les évolutions les plus récentes n'ont pas donné lieu à une réduction des inégalités sociales et des situations de privation matérielle aiguë persistent. Le Comité relève dans la même source que les dépenses de protection sociale représentent à peine plus de 14 % du PIB, pourcentage très en deçà de la moyenne de l'Union européenne (près de 20 %). Il note également que près de la moitié des dépenses de protection sociale est allouée aux pensions de vieillesse, alors que la part des compléments de ressources destinés à la population en âge de travailler reste comparativement faible, malgré les récentes augmentations des dépenses au titre de l'aide sociale. Enfin, il constate que l'incidence positive des transferts sociaux est relativement limitée.

Le Comité note les informations communiquées et le rôle désormais joué par le ministère de la Famille et des Politiques sociales. Ceci étant, sur la base des informations dont il dispose, il semblerait que les mesures mentionnées ne s'inscrivent pas dans un cadre stratégique explicite (hormis la stratégie pour les Roms). Il ne trouve dans le rapport aucun élément

montrant clairement comment l'ensemble des dispositions prises assure une approche globale et coordonnée visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il demande par conséquent que le rapport suivant contienne des informations ayant spécifiquement trait au cadre stratégique, ainsi que des informations sur l'existence de mécanismes de coordination des diverses mesures, y compris pour la fourniture de l'assistance (concrètement, comment la coordination est-elle assurée vis-à-vis des bénéficiaires de l'assistance et des services). Il demande également que le prochain rapport contienne des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires allouées pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale soient suffisantes compte tenu de l'envergure du problème donné.

Le Comité se réfère en outre à ses conclusions de non-conformité au titre d'autres dispositions de la Charte qui sont utiles pour l'appréciation de la conformité au regard de l'article 30 (voir Conclusions 2013, Observation interprétative de l'article 30). Il renvoie notamment à :

- l'article 12§1 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvrent un pourcentage significatif de la population (Conclusions 2017) ;
- l'article 13§1 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources soit suffisant (Conclusions 2017) ;
- l'article 14§1 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que le personnel des services sociaux soit qualifié et suffisamment nombreux pour répondre aux besoins des usagers (Conclusions 2017) ;
- l'article 10§4 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que des mesures spéciales de reconversion professionnelle et de réinsertion des chômeurs de longue durée aient effectivement été prises ou encouragées (Conclusions 2016) ;
- l'article 15§2 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi qu'une protection effective contre la discrimination dans l'emploi soit garantie aux personnes handicapées ni que l'obligation légale d'aménagements raisonnables soit respectée (Conclusions 2016) ;
- l'article 16 et à sa conclusion selon laquelle il n'existe pas de régime général de prestations familiales (Conclusions 2015) ;
- l'article 31§2 et à sa conclusion selon laquelle aucune mesure effective n'est prise pour réduire et prévenir l'état de sans-abri (Conclusions 2015) ; il n'est pas établi que des procédures d'expulsion adéquates existent ni que le droit à un abri soit garanti (Conclusions 2015 et 2017) ;
- l'article 31§3 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi qu'il existe des voies de recours lorsque les délais d'attente pour l'attribution d'un logement social sont excessifs (Conclusions 2015 et 2017) ni que la plupart des ménages éligibles à l'aide au logement en bénéficient effectivement (Conclusions 2015).

Compte tenu de tout ce qui précède, en particulier les taux de pauvreté élevés, les relativement bas niveaux de dépenses et l'évaluation faite au regard des dispositions de la Charte, le Comité considère que la situation est contraire à l'article 30 étant donné qu'aucune approche globale et coordonnée adaptée n'est en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Contrôle et évaluation

Le rapport fait référence aux fondations d'aide sociale et de solidarité qui ont été créées dans chaque province et district. Il explique que ces fondations offrent des services au plus près du groupe cible, de façon à pouvoir repérer rapidement les personnes en état de besoin et comprendre leurs besoins à l'échelon local. Elles servent ainsi de passerelle entre l'État et les citoyens pauvres, au sens où elles fournissent directement et immédiatement des prestations sociales aux individus concernés. Les fondations sont des personnes

morales de droit privé administrées par un conseil de surveillance et présidées par un gouverneur de province ou de district ; elles regroupent aussi des élus (maires, chefs de village ou de communauté), des représentants d'ONG et des citoyens charitables, outre les directeurs désignés par des organismes publics ou des ministères. Selon le rapport, cette structure de gouvernance permet de dispenser l'aide sociale selon des modalités impartiales et équitables et de manière souple et rapide.

Le Comité demande que le prochain rapport explique de manière plus détaillée si, et de quelle manière les fondations d'aide sociale et de solidarité peuvent contribuer au suivi et à l'évaluation de la situation au sens de l'article 30.

En outre, comme indiqué plus haut, un mécanisme de suivi et d'évaluation sera mis en place pour contrôler l'application des politiques d'intégration sociale des Roms.

Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations concernant le suivi et l'évaluation des efforts de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, globalement et en lien avec des domaines autres que l'aide sociale. Il demande en particulier à être informé de toute évaluation des efforts qui aurait été effectuée et de toute mesure prise pour donner suite aux évaluations. Le Comité rappelle qu'à cet égard l'article 30 de la Charte exige l'existence de mécanismes de suivi pour réviser et adapter les efforts dans tous les domaines et secteurs, à tous les niveaux, national, régional et local, pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale ; des mécanismes qui devront impliquer tous les acteurs concernés, y compris la société civile et les personnes directement affectées par la pauvreté et l'exclusion (cf. Conclusions 2003, France, article 30).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'aucune approche globale et coordonnée adaptée n'est en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 5 - Rémunération équitable

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Apprentis

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que le montant des allocations versées aux apprentis soit approprié.

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 7§5 de la Charte, les apprentis peuvent percevoir des salaires inférieurs, car il faut tenir compte de la valeur de leur formation acquise dans l'entreprise. Toutefois, le système d'apprentissage ne doit pas être détourné de son objectif pour sous-payer les jeunes travailleurs. Les conditions propres aux contrats d'apprentissage ne doivent donc pas se prolonger à l'excès et, sitôt les compétences acquises, l'allocation doit progressivement augmenter (Conclusions II (1971), Observation interprétative de l'article 7§5) : elle doit être d'au moins un tiers du salaire de départ ou du salaire minimum des adultes en début d'apprentissage pour arriver à au moins deux tiers à la fin (Conclusions 2006, Portugal).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a relevé qu'aucune information n'avait été communiquée au sujet des allocations versées aux apprentis. Le rapport ne contenait pas d'informations établissant que les apprentis percevaient une somme égale à au moins un tiers du salaire minimum ou du salaire de départ d'un adulte en début d'apprentissage. Le montant de l'allocation versée aux apprentis à la fin de leur apprentissage n'était pas davantage mentionné. Faute d'informations, le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 7§5 de la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que le montant des allocations versées aux apprentis soit approprié.

Le Comité relève dans le rapport actuel qu'aux termes de l'article 25 de la loi n° 3308 relative à la formation professionnelle, la rémunération et les augmentations de rémunération versées aux apprentis et aux stagiaires sont définies dans un accord conclu entre les parents de l'intéressé, le conseil d'établissement et le propriétaire de l'entreprise. La rémunération ne peut toutefois pas être inférieure à 30 % du salaire minimum net dans les entreprises de 20 salariés ou plus, ni à 15 % dans celles de moins de 20 salariés. La rémunération ne peut pas être inférieure à 30 % du salaire minimum. Le Comité demande si la rémunération augmente progressivement pour atteindre au moins deux tiers du salaire minimum à la fin de l'apprentissage. Il souhaite également recevoir des informations sur les rémunérations des apprentis dans la pratique. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 7§5 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 6 - Inclusion des heures de formation professionnelle dans les heures normales de travail

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que le temps consacré par les jeunes travailleurs à la formation professionnelle soit considéré comme du temps de travail normal et rémunéré comme tel.

Le Comité rappelle qu'en application de l'article 7§6, le temps consacré par les jeunes à la formation professionnelle pendant la durée normale du travail doit être considéré comme faisant partie de la journée de travail (Conclusions XV-2 (2001), Pays-Bas). La formation doit en principe s'effectuer avec l'accord de l'employeur et être liée aux tâches confiées au jeune concerné. Le temps de formation doit ainsi être rémunéré comme des heures normales de travail et l'intéressé ne doit pas être contraint de rattraper le temps consacré à la formation, ce qui augmenterait effectivement le nombre total d'heures travaillées (Conclusions V (1977), Observation interprétative de l'article 7§6). Ce droit vaut également pour la formation que suivent les jeunes avec l'accord de l'employeur et qui est liée aux tâches qui leur sont confiées, mais qui n'est pas nécessairement financée par lui. Faute d'informations, le Comité a considéré que la situation n'était pas conforme à l'article 7§6 de la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que le temps consacré par les jeunes travailleurs à la formation professionnelle soit considéré comme du temps de travail normal et rémunéré comme tel.

D'après le rapport, les conditions de travail et les types d'emploi que peuvent occuper les enfants et les jeunes sont régis par le règlement du 6 avril 2004 encadrant les procédures et les principes relatifs à l'emploi d'enfants et de jeunes. L'article 7 de ce règlement (temps comptabilisé dans la période de travail journalière) indique le temps qui est pris en compte dans la période de travail journalière, outre celui prévu par l'article 66 du code du travail (loi n° 4857). Sont ainsi comptabilisées dans le temps de travail les périodes consacrées à la formation que doit dispenser l'employeur, les périodes consacrées aux stages et réunions auxquels l'employeur envoie ses salariés en dehors du lieu de travail, ainsi que les périodes consacrées aux programmes de formation professionnelle conçus par les instances et établissements agréés.

Au vu de ces informations, le Comité considère que la situation est conforme à l'article 7§6 de la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie est conforme à l'article 7§6 de la Charte.

Article 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 10 - Protection spéciale contre les dangers physiques et moraux

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Protection contre l'exploitation sexuelle

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les enfants victimes d'exploitation sexuelle ne pouvaient pas faire l'objet de poursuites. Il note qu'en ce qui concerne les enfants victimes d'exploitation sexuelle, les procédures relatives à l'examen des enfants victimes de maltraitance sont menées conformément à la loi n 5 395 de 2005 relative à la protection de l'enfance. Les victimes reconnues comme étant mineures sont orientées vers les services compétents du ministère de la Famille et de la Politique sociale. Les fonctionnaires de la police des mineurs, qui sont en charge de toutes les actions judiciaires et administratives impliquant des mineurs délinquants ou des enfants victimes de crimes, suivent des formations concernant la maltraitance des enfants et les enquêtes dans ce domaine.

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 7§10, les enfants victimes d'exploitation sexuelle devraient toujours être traités comme des victimes et non comme des délinquants par les forces de l'ordre et les autorités judiciaires. Il devrait exister une obligation claire de non-poursuite dans le système de justice pénale. Il ne faudrait jamais voir dans les enfants victimes de ces pratiques criminelles, notamment de prostitution, que des victimes ayant besoin d'une réadaptation et d'une réinsertion et non des délinquants. Le Comité considère que les informations communiquées par la Turquie ne permettent toujours pas de clarifier la situation nationale à cet égard. Par conséquent, il réitère sa précédente conclusion de non-conformité, au motif qu'il n'est pas établi que les enfants victimes d'exploitation sexuelle ne soient pas traités comme des délinquants.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 7§10 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 7§10 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les enfants victimes d'exploitation sexuelle ne puissent pas faire l'objet de poursuites.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 2 - Illégalité du licenciement durant le congé de maternité

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'une indemnité suffisante soit prévue en cas de licenciement illégal durant la grossesse ou le congé de maternité.

Le Comité rappelle à cet égard qu'au regard de l'article 8§2 de la Charte, la réintégration de la salariée dans son emploi doit être la règle, lorsqu'elle a fait l'objet d'un licenciement illégal pendant sa grossesse ou son congé de maternité. Lorsque la réintégration n'est pas possible (ex : cessation d'activité de l'entreprise) ou que la salariée ne la souhaite pas, une indemnité suffisante doit être versée à l'intéressée. En droit interne, les textes ne doivent pas empêcher les tribunaux d'accorder une indemnité dont le montant soit à la fois assez dissuasif pour l'employeur et totalement réparateur pour la victime du licenciement.

Le Comité a notamment demandé à plusieurs reprises si les plafonds d'indemnisation prévus par le code du travail (articles 17 et 21) s'appliquaient tant pour le préjudice matériel que le préjudice moral ou si la victime pouvait également réclamer des dommages-intérêts non plafonnés au titre du préjudice moral par d'autres voies juridiques (en invoquant, par exemple, la législation antidiscriminatoire). Il a aussi demandé si les deux types d'indemnisation étaient octroyés par les mêmes juridictions et combien de temps il leur fallait en moyenne pour se prononcer.

En réponse aux questions du Comité, le rapport rappelle qu'en cas de mauvais usage du droit de licenciement, le code du travail fait obligation à l'employeur de payer une indemnité égale à trois fois le délai de préavis applicable (article 17), outre une indemnité comprise entre quatre et huit mois de salaire en cas de refus de réintégration (article 21). D'après le rapport, si le licenciement est jugé discriminatoire (article 5), la personne concernée peut demander une indemnité d'un montant maximal de quatre mois de salaire, plus le versement de tous les avantages, primes ou bonus de salaire qu'elle aurait perdus du fait du licenciement abusif. Le rapport indique cependant que la doctrine est divisée sur la question de savoir si l'indemnité pour discrimination peut être réclamée avec ou en sus de l'indemnité pour perte d'emploi. Il précise qu'en tout état de cause, une demande en réparation au titre du préjudice moral ne saurait être formée sur le fondement des dispositions du code du travail, mais doit plutôt être introduite en vertu des dispositions générales du code civil et du code des obligations concernant les atteintes à la personne. Dans ce cas, selon le rapport, les plafonds d'indemnisation prévus par les articles 17 et 21 du code du travail ne sont pas applicables.

Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des exemples jurisprudentiels pertinents démontrant qu'en vertu des dispositions du code civil et du code des obligations, il est effectivement possible, pour une salariée ayant fait l'objet d'un licenciement illégal et discriminatoire pendant sa grossesse, d'obtenir une réparation au titre du préjudice moral sans référence aux plafonds fixés par le code du travail. Il estime que, dans l'hypothèse où ces informations ne seraient pas communiquées, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Le rapport indique aussi qu'en cas de contestation du licenciement, l'affaire est tranchée par une juridiction du travail, à moins que les parties n'aient convenu de recourir à l'arbitrage de la manière prévue par la convention collective. Les juridictions du travail doivent se prononcer dans un délai de deux mois et, s'il est fait appel de leur décision, la Cour de cassation doit rendre un jugement définitif dans un délai d'un mois.

S’agissant des informations communiquées dans le rapport concernant les autres motifs de non-conformité relevés dans les Conclusions 2015, le Comité les examinera dans le cadre du prochain cycle d’appréciation de la conformité avec l’article 8§2 de la Charte (Conclusions 2019). Il demande aux autorités de fournir à cette occasion toute information utile et à jour. Ceci vaut également pour les informations concernant les nouvelles lois adoptées et entrées en vigueur en 2016 (hors période de référence), qui prévoient un élargissement des droits liés à la maternité et des droits parentaux (loi n° 6663) et l’interdiction de la discrimination (loi n° 6701).

Conclusion

Dans l’attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 16 - Droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les associations représentant les familles soient consultées lors de l'élaboration des politiques familiales.

Le Comité rappelle qu'afin de s'assurer que le point de vue des familles est pris en compte dans l'élaboration des politiques familiales, les autorités compétentes doivent consulter les associations représentant les familles.

À cet égard, le rapport indique que des conseils familiaux ont été établis par le règlement relatif aux conseils familiaux (Gazette officielle du 31 juillet 1990), ultérieurement amendé. Les conseils familiaux ont pour but de recueillir les avis des universités, organisations bénévoles et autres institutions publiques intervenant dans les questions familiales, et d'en débattre. Ils prennent aussi position sur les principes et programmes devant figurer dans l'élaboration de la politique familiale nationale. Le Comité demande que le prochain rapport précise la composition de ces conseils familiaux, la fréquence de leurs réunions, ainsi que l'impact des rapports qu'ils publient sur les politiques adoptées par les autorités compétentes. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 16 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 17 - Droit des enfants et des jeunes à une protection sociale, juridique et économique

Paragraphe 1 - Assistance, éducation, formation

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que la durée maximale de la détention provisoire ne soit pas excessive ni que les mineurs soient toujours séparés des adultes dans les établissements pénitentiaires.

Jeunes délinquants

Sur la question de la détention provisoire des mineurs, le Comité a rappelé dans sa conclusion précédente que les procédures pénales qui concernent des enfants et adolescents devaient être adaptées à leur âge et rapidement menées. Les mineurs ne doivent être placés en détention dans l'attente de leur procès qu'à titre exceptionnel pour des infractions graves, et pour une courte durée ; ils doivent, en pareil cas, être détenus à l'écart des adultes. Le Comité a demandé quelle était la durée maximale de la détention provisoire ; il a également demandé si les jeunes délinquants étaient toujours séparés des adultes.

Le Comité note que, selon le rapport, un individu ne peut être placé en détention provisoire qu'à la condition que pèsent sur lui de forts soupçons le désignant comme l'auteur d'un délit. Aux termes de l'article 20 de la loi n° 5395 sur la protection de l'enfance, une mesure de placement en détention peut être prononcée lorsque le contrôle judiciaire reste sans effet ou n'a pas été respecté. L'article 21 de cette même loi précise que les mineurs âgés de moins de 15 ans ne peuvent être placés en détention pour des infractions pénales passibles d'une peine d'emprisonnement d'une durée n'excédant pas cinq ans. Cette même disposition est reprise à l'article 11 du règlement encadrant les principes et procédures relatives à l'application de la loi sur la protection de l'enfance. Le Comité relève que les informations fournies dans le rapport ne répondent pas à sa question quant à la durée maximale de détention autorisée pour les mineurs visés par une telle mesure dans l'attente de leur procès. Il réitère par conséquent son constat de non-conformité sur ce point.

S'agissant de la séparation entre adultes et mineurs, le rapport indique que les articles 11, 15 et 111(3) de la loi n° 5275 relative à l'exécution des peines et aux mesures de sécurité exigent que les mineurs soient séparés des adultes et que les prévenus soient séparés des condamnés. Les prévenus mineurs sont placés dans les établissements pénitentiaires fermés pour enfants ou, dans les provinces qui en sont dépourvues, dans des unités distinctes des établissements pénitentiaires fermés pour adultes. Les jeunes filles mineures sont, en l'absence d'unité distincte pour les prévenues mineures dans les établissements pénitentiaires fermés pour enfants, placées dans des unités distinctes qui leur sont réservées dans les établissements pénitentiaires fermés pour femmes. Les condamnés mineurs sont placés dans des structures éducatives pour enfants. Le Comité demande si les mineurs placés en détention provisoire sont eux aussi séparés des adultes. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 17§1 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 17§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que la durée maximale de la détention provisoire des mineurs ne soit pas excessive.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 1 - Aide et information sur les migrations

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle qu'il n'était pas établi que les travailleurs migrants aient accès à une assistance et à des informations gratuites.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a notamment relevé que les informations destinées aux migrants (sur les permis travail, etc.) étaient diffusées par le biais d'une assistance téléphonique (YİMER ALO 170) et d'un site Internet du ministère du Travail et de la sécurité sociale. Il a toutefois qualifié ces services d'insuffisants, dans la mesure où les informations présentées sur le site Internet étaient uniquement disponibles en turc. Il a donc demandé une description plus complète des services et informations disponibles dans tous les formats pour les travailleurs migrants.

Le rapport mentionne une fois de plus le Centre de communication pour les étrangers (YİMER ALO 170) mis en place à la Direction générale de la gestion des migrations et entré en service le 20 août 2015 pour offrir un service efficace, continu et rapide aux étrangers, 7/7 jours, 24/24 heures, et répondre à tous les problèmes et questions des étrangers en turc, en arabe, en anglais, en russe, en allemand et en persan. Le rapport indique qu'au 22 septembre 2016 (en dehors de la période de référence), la ligne d'assistance téléphonique avait déjà traité 839 228 appels, essentiellement des demandes d'informations, et avait répondu à 53 % d'entre eux. Le rapport ajoute que la ligne d'appels d'urgence pour l'assistance aux victimes de la traite des êtres humains (YİMER 157) propose également depuis le 20 août 2015, 7/7 jours, 24/24 heures, des informations en turc, en anglais, en arabe, en russe, en allemand et en persan concernant les visas, les permis de séjour et la protection internationale et temporaire.

Selon le rapport, les travailleurs migrants peuvent aussi obtenir gratuitement des informations auprès du Centre, de la ligne d'appels d'urgence, des directions provinciales de la gestion des migrations et de mécanismes comme le BİMER (Centre d'information du Premier ministre) et le CİMER (Centre de communication de la Présidence). Le rapport signale par ailleurs que, dans le cadre d'un projet mené avec l'OIM, un site internet (workinturkey.gov.tr) a été créé pour faciliter la diffusion d'informations auprès des travailleurs migrants et des employeurs. Selon le rapport, ce site compte 5 langues et une version pour téléphone mobile a été élaborée sous la forme d'une application.

Le Comité note que la situation en matière de diffusion d'informations aux travailleurs migrants n'a pas évolué de façon significative : la mise en place de lignes d'assistance téléphonique est certes précieuse, mais les informations diffusées ne permettent pas de conclure qu'elles répondent aux besoins des travailleurs migrants (d'après le rapport, il n'a pas été possible de répondre à près de la moitié des demandes et le rapport ne fournit aucune information démontrant que les travailleurs migrants connaissent l'existence de cette ligne). S'agissant des ressources et services proposés en ligne le Comité note une fois de plus que, contrairement à ce que prétend le rapport, les sites Internet mentionnés n'existent qu'en turc et ne semblent par conséquent pas adaptés aux besoins d'information des travailleurs migrants.

A la lumière des informations transmises, le Comité considère que la situation demeure non conforme à l'article 19§1 de la Charte, car il n'est pas établi que les travailleurs migrants aient accès à des services d'assistance et d'information adéquats et gratuits.

Le Comité rappelle que la situation concernant d'autres aspects couverts par l'article 19§1 (dont les mesures prises pour lutter contre la traite des êtres humains et en protéger les victimes, telles qu'exposées dans le rapport), sera examinée dans le cadre du cycle ordinaire de rapports (Conclusions 2019), et demande que des informations pertinentes et actualisées soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 19§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les travailleurs migrants aient accès à des services d'assistance et d'informations adéquats et gratuits.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 7 - Egalité en matière d'actions en justice

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les travailleurs migrants soient traités sur un pied d'égalité en ce qui concernait les procédures juridiques, en particulier en matière d'aide juridique.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a renouvelé sa demande d'informations (voir Conclusions 2011 et 2015) sur les points suivants : si la législation interne contient, pour les travailleurs migrants impliqués dans des procédures juridiques ou administratives et n'ayant pas de défenseur de leur choix, des dispositions pour qu'ils puissent être conseillés sur la désignation d'un défenseur ; si, à chaque fois que l'intérêt de la justice l'exige, la législation prévoit qu'ils puissent bénéficier gratuitement des services d'un défenseur d'office, s'ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour le rémunérer ; si les travailleurs migrants peuvent bénéficier de l'assistance gratuite d'un interprète s'ils ne sont pas à même de comprendre correctement ou de s'exprimer dans la langue employée dans la procédure ; s'ils peuvent faire traduire tous les documents dont ils ont besoin ; et si une telle assistance juridictionnelle est aussi accessible pour les procédures préalables obligatoires.

S'agissant des procédures pénales, le rapport précise que l'aide juridique est accordée sur demande et, dans certains cas, d'office, conformément au code de procédure pénale. Cependant, le rapport n'indique pas clairement si l'aide juridique est accessible aux étrangers sur un pied d'égalité avec les nationaux, ni si l'assistance gratuite d'un interprète est garantie, et selon quelles modalités. Le rapport ne mentionne à cet égard que l'existence de services de traduction et d'interprétation dans le cadre du système de probation, sans toutefois indiquer si les services d'un interprète peuvent être assurés gratuitement aux étrangers dès la phase de l'instruction.

En ce qui concerne les procédures civiles, le rapport répète que, selon l'article 334 du code de procédure civile, une aide juridique gratuite est octroyée aux étrangers en vertu du principe de réciprocité. Le rapport ne précise pas si les étrangers ont aussi accès à l'aide juridique dans les procédures administratives.

Le Comité souligne que, dans le cadre de l'article 19§7 de la Charte, les États parties doivent veiller à ce que les migrants aient accès aux tribunaux, à l'assistance d'un avocat et à l'aide juridique dans les mêmes conditions que les nationaux. Cette obligation vaut pour toutes les procédures judiciaires qui concernent les droits garantis par l'article 19 (rémunération, conditions de travail, logement, droits syndicaux, impôts). Plus précisément, tout travailleur migrant résidant ou travaillant légalement sur le territoire d'un État partie, lorsqu'il est engagé dans un procès ou une procédure administrative, s'il n'a pas de défenseur de son choix, doit être informé qu'il peut en avoir un et, chaque fois que l'intérêt de la justice l'exige, se voir comme c'est, ou devrait être, le cas pour les nationaux par l'application de la Charte sociale européenne, attribuer gratuitement un défenseur, s'il n'a pas les moyens de le rémunérer. Dans les mêmes conditions (présence d'un travailleur migrant dans un procès ou une procédure administrative), chaque fois que l'intérêt de la justice l'exige, tout travailleur migrant doit pouvoir se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend pas ou ne parle pas bien la langue nationale employée à l'audience et tous les documents nécessaires doivent être traduits. Une telle aide juridique doit aussi valoir pour les procédures préalables obligatoires. Par ailleurs, les droits garantis par la Charte doivent l'être pour tous les ressortissants des États parties qui se trouvent

régulièrement sur le territoire de l'un d'entre eux sur un pied d'égalité avec les nationaux, et ne sauraient dépendre d'accords de réciprocité ou d'accords bilatéraux.

Compte tenu des informations disponibles, le Comité considère que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 19§7, au motif que, dans les procédures civiles, l'aide juridictionnelle gratuite n'est octroyée aux étrangers qu'en vertu du principe de réciprocité.

Le Comité demande une nouvelle fois si les ressortissants étrangers qui résident légalement en Turquie ont la possibilité de bénéficier gratuitement, au besoin, d'une aide juridique et de services d'interprétation dans les procédures civiles, administratives et pénales (dès la phase de l'instruction), qu'un accord bilatéral ait été conclu ou non avec leur pays d'origine. Il demande en particulier que le prochain rapport indique sur quelle base juridique un étranger peut faire valoir son droit à des services gratuits d'aide juridique et d'interprétation, et fournisse des éléments concrets (jurisprudence pertinente, données statistiques, etc.) démontrant que ce droit est effectivement mis en œuvre dans la pratique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 19§7 de la Charte, au motif que, dans les procédures civiles, l'égalité de traitement en matière d'accès à l'assistance juridique n'est pas garantie aux ressortissants de tous les États parties.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 8 - Garanties relatives à l'expulsion

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à sa conclusion selon laquelle il n'était pas établi que, pendant la période de référence, les travailleurs migrants qui résidaient légalement dans le pays bénéficiaient de garanties suffisantes en cas d'expulsion.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a noté l'entrée en vigueur d'une nouvelle législation (Loi n° 6458) à l'issue de la période de référence, en 2014, qui modifie notamment les règles d'éloignement du territoire. L'article 54 de la Loi n° 6458 prévoit l'expulsion de ressortissants étrangers qui seraient dirigeants, membres ou partisans d'une organisation terroriste ou d'une organisation criminelle à but lucratif ; qui ont soumis des informations inexactes et de faux documents dans le cadre de leurs démarches d'entrée sur le territoire, ou d'obtention d'un visa ou d'un permis de séjour ; qui ont gagné leur vie de manière malhonnête pendant leur séjour en Turquie ou constituent une menace pour l'ordre, la sécurité ou la santé publics. La même disposition prévoit la possibilité d'éloigner du territoire des personnes demandant la protection internationale ou ayant obtenu cette protection, mais uniquement s'il existe de sérieux motifs de supposer qu'elles présentent une menace pour la sécurité nationale de la Turquie, ou si elles ont été condamnées par une décision définitive pour une infraction constituant une menace à l'ordre public. L'article 55 de la loi énonce des exceptions à juger au cas par cas, comme les victimes de la traite des êtres humains ou de la violence, ou quand l'expulsion mettrait en danger la santé ou la vie de l'intéressé. Selon le rapport, si l'intéressé n'est pas expulsé pour un des motifs énoncés à l'article 46 de la loi (intérêt supérieur de l'enfant, appel en cours, risque pour la vie de l'intéressé, etc.), un permis de séjour pour motifs humanitaires est accordé pour une durée maximale d'un an, renouvelable.

Le Comité a relevé précédemment que cette loi prévoit un recours ainsi que le droit de ne pas être expulsé avant l'aboutissement de la procédure d'appel (voir les Conclusions 2015). Concernant plusieurs autres points, le Comité a toutefois estimé que des précisions étaient nécessaires. Il a notamment demandé :

- si la situation personnelle du migrant (comme un permis de séjour, la fréquentation d'établissements scolaires, un permis de travail, l'existence de liens familiaux et la durée de présence sur le territoire) étaient pris en compte ;
- si l'expulsion au motif de risques pour la santé publique est uniquement exécutée si l'intéressé refuse de suivre un traitement approprié ;
- si des travailleurs migrants peuvent être expulsés du territoire pour menace à l'ordre public uniquement s'il s'agit d'une sanction prononcée par un tribunal dans le cadre d'une condamnation pénale ;

En réponse à la première question, le rapport confirme que des éléments tels que les liens familiaux que le ressortissant étranger pourrait avoir en Turquie, la durée de résidence, la situation dans le pays d'origine et l'intérêt supérieur de l'enfant sont pris en compte par les autorités quand elles décident – sous réserve d'un recours devant les tribunaux – d'éloigner une personne du territoire en raison d'un refus de permis de séjour, de son annulation ou de son non-renouvellement. Le rapport n'apporte toutefois aucune information sur la prise en compte de ces éléments quand l'extradition est décidée pour d'autres motifs. Par conséquent, le Comité considère qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à la Charte sur ce point. Le Comité renouvelle sa demande d'informations sur ce point et rappelle qu'en vertu de l'article 19§8, les mesures d'expulsion doivent respecter le principe

de proportionnalité et prendre en compte l'ensemble du comportement du ressortissant étranger ainsi les conditions et la durée de sa présence sur le territoire national, les liens que l'intéressé entretient tant avec le pays d'accueil qu'avec le pays d'origine, de même que la force des éventuelles relations familiales qu'il a pu tisser durant cette période.

Le rapport ne fournit pas d'informations pertinentes sur l'expulsion pour motif de menace à la santé publique. Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 19§8, les risques liés à la santé publique ne peuvent constituer un motif d'expulsion, à moins que l'intéressé refuse de suivre un traitement approprié. Il rappelle que cette question est en suspens depuis 1995 (Conclusions XIII-3 (1995)) et considère, eu égard à l'absence persistante d'information, qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

S'agissant d'une expulsion pour des motifs de menace pour l'ordre public de la sécurité, le rapport ne précise pas si une telle mesure peut être prise même si elle ne résulte pas d'une condamnation pénale, ni si la gravité de la menace est examinée par un tribunal, et sur la base de quels critères. Le Comité maintient que, sur ce point, il n'est pas établi que la situation soit conforme à la Charte et renouvelle sa demande d'informations. Il rappelle à cet égard que, pour être conforme à la Charte, une expulsion pour de tels motifs peut uniquement être décidée quand l'intéressé a été condamné pour une infraction pénale grave, ou a participé à des activités qui constituent une menace avérée pour la sécurité nationale, l'ordre public ou les bonnes mœurs.

Le Comité relève en outre dans le rapport que depuis la modification de la loi 5683, en 2011, le ministère de l'Intérieur est habilité à « expulser les gens du voyage apatrides ou non turcs qui n'ont pas de lien avec la culture turque ». La loi 6458 déclare toutefois que les apatrides ne pourront être expulsés à moins qu'ils ne présentent une grave menace pour la sécurité nationale ou l'ordre public. Le Comité a déjà conclu que l'expulsion d'étrangers au motif qu'ils n'ont pas de lien avec la culture turque est, en soi, non conforme à la Charte (Conclusions 2011). Il demande que le prochain rapport fournisse toutes les explications utiles sur cette disposition et son application pratique.

A la lumière des informations disponibles, le Comité maintient que la situation demeure non conforme à la Charte. Il demande que le prochain rapport donne des informations claires, exhaustives et actualisées sur tous les points en suspens, et couvre non seulement les dispositions légales mais aussi leur application pratique (exemples de la jurisprudence, données statistiques, etc.).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 19§8 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que les travailleurs migrants se trouvant légalement sur le territoire national soient couverts par des garanties adéquates en cas d'expulsion ;
- les "tziganes et nomades étrangers" peuvent être expulsés par décision du ministère de l'Intérieur au motif qu'ils n'ont pas de lien avec la culture turque.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 11 - Enseignement de la langue de l'état d'accueil

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que des mesures suffisantes aient été prises pour promouvoir l'enseignement de la langue nationale aux travailleurs migrants et à leurs familles.

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a noté que la Turquie avait ratifié la Convention internationale pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, qui oblige les États à prendre des mesures pour assurer en premier lieu l'enseignement de la langue locale, de manière à aider les enfants de travailleurs migrants à s'adapter au système éducatif, et a demandé comment cette obligation était appliquée dans la pratique (Conclusions 2011). Par la suite, il a pris note (Conclusions 2015) de l'adoption en 2013 de la loi sur les étrangers et la protection internationale, qui dispose notamment que les étrangers peuvent assister à des cours de langue turque et que l'apprentissage à distance devrait être encouragé, en coopération avec les institutions et organismes publics et les organisations non gouvernementales. Pour compléter ces informations, le rapport précise qu'un protocole de coopération a été signé le 25 avril 2016 (hors période de référence) par la Direction générale de l'apprentissage tout au long de la vie et la Direction générale de la gestion des migrations en vue d'organiser des cours de langue turque, des cours d'adaptation et des cours visant à améliorer les compétences professionnelles et sociales des étrangers, à l'issue desquels un certificat est délivré aux personne qui les ont suivis. De plus, le rapport mentionne la Circulaire no 2014/21 du 23 septembre 2014 sur les services d'enseignement et de formation destinés aux étrangers, invitant les directions des établissements scolaires à ouvrir des classes de mise à niveau pour faciliter l'intégration des élèves étrangers.

Bien qu'ayant pris note de ces mesures, le Comité ne trouve, dans le rapport, aucun élément concret démontrant que des cours de langue sont effectivement organisés à l'intention des travailleurs étrangers originaires d'États parties à la Charte afin de faciliter leur intégration. En fait, le rapport fournit des informations et des statistiques détaillées sur les cours spéciaux proposés aux demandeurs d'asile, aux bénéficiaires de la protection internationale et, en particulier, aux migrants syriens (voir rapport), mais n'indique toujours pas ce qu'il en est pour les autres catégories d'étrangers.

Le Comité souligne cet égard que l'article 19§11 concerne spécifiquement l'enseignement gratuit de la langue nationale, non seulement aux réfugiés (voir Observation interprétative relative aux droits des réfugiés au regard de la Charte, Conclusions 2015) mais aussi, plus généralement, aux travailleurs migrants issus des États parties à la Charte et aux membres de leur famille, qu'ils soient ou non d'âge scolaire. Ces derniers doivent bénéficier d'un soutien spécial à l'école (en plus des cours réguliers suivis dans le cadre du programme scolaire) ou sur le lieu de travail, ou à l'occasion de cours organisés par le secteur bénévole ou des structures publiques telles que les universités.

Par conséquent, le Comité renouvelle sa demande d'informations sur les mesures prises pour offrir un soutien éducatif complémentaire aux enfants de travailleurs migrants qui ont besoin d'apprendre le turc, ainsi que sur les cours de langue proposés aux travailleurs migrants eux-mêmes et aux membres adultes de leur famille. Ces informations doivent être assorties de données chiffrées concernant le nombre d'enfants et d'adultes qui ont suivi de tels cours, et indiquer s'il existe des listes d'attente pour accéder à ces cours et s'ils sont payants. Le prochain rapport doit par ailleurs préciser si les cours de langue organisés dans

le cadre de la loi de 2013 sur les étrangers et la protection internationale, du protocole de coopération de 2016 et de la circulaire de 2014 sur les services d'enseignement et de formation destinés aux étrangers concernent uniquement les réfugiés syriens ou également d'autres catégories d'étrangers. Dans la seconde hypothèse, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations pertinentes et actualisées sur la mise en œuvre concrète de ces instruments.

Entre-temps, compte tenu des informations disponibles, le Comité considère qu'il n'est pas établi que des mesures suffisantes aient été prises pour promouvoir l'enseignement de la langue turque aux travailleurs migrants ne bénéficiant pas de la protection internationale et à leurs familles.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 19§11 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures suffisantes aient été prises pour promouvoir l'enseignement de la langue turque aux travailleurs migrants ne bénéficiant pas de la protection internationale et à leurs familles.

Article 19 - Droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance

Paragraphe 12 - Enseignement de la langue maternelle du migrant

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les autorités turques encourageaient et facilitaient effectivement l'enseignement de la langue maternelle des migrants à leurs enfants, en particulier par le biais du système scolaire ou du secteur associatif.

Le rapport fournit des informations détaillées sur l'enseignement dispensé en arabe aux enfants syriens dans les centres d'éducation temporaire (voir le rapport pour plus de précisions). Il mentionne également certains textes législatifs et règlements, tels que le règlement relatif à la formation des enfants de travailleurs migrants et la loi no 6 458 sur les étrangers et la protection internationale, mais n'explique pas comment la législation est mise en œuvre dans la pratique en ce qui concerne les travailleurs migrants ne bénéficiant pas de la protection internationale et leurs familles.

Dans le cadre de l'article 19§12 de la Charte, les États parties se sont engagés à favoriser et faciliter l'enseignement, dans les établissements scolaires ou dans d'autres structures, telles que des associations bénévoles, des langues les plus représentées parmi les migrants présents sur leur territoire. À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport indique quelles langues, en dehors de l'arabe, sont les plus représentées parmi les travailleurs migrants, quels services sont proposés au travailleurs qui souhaitent que leur langue maternelle soit enseignée à leurs enfants, que ce soit dans le cadre du système scolaire ou d'autres structures (associations bénévoles ou organisations non gouvernementales). Il demande en particulier si l'enseignement de langues autres que le turc ou l'arabe est assuré en vertu d'accords bilatéraux/de réciprocité, combien d'enfants étrangers – autres que syriens – bénéficient d'une instruction dans leur langue et comment cet enseignement est organisé dans la pratique, c.-à-d. s'il a lieu dans le cadre scolaire ou par le biais d'autres structures (associations bénévoles, organisations non gouvernementales) et dans quelle mesure ces activités sont financées par l'État.

Entre-temps, compte tenu des informations disponibles et des questions en suspens, le Comité considère qu'il n'est pas établi que la Turquie encourage et facilite effectivement l'enseignement de la langue maternelle des migrants ne bénéficiant pas de la protection internationale à leurs enfants.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 19§12 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que la Turquie encourage et facilite effectivement l'enseignement de la langue maternelle des migrants ne bénéficiant pas de la protection internationale à leurs enfants.

Article 27 - Droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement

Paragraphe 1 - Participation à la vie professionnelle

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Conditions d'emploi, sécurité sociale

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les travailleurs eussent droit, durant le congé parental, à des prestations de sécurité sociale (Conclusions 2015, Turquie).

D'après les informations communiquées par la Turquie, la législation relative aux pensions ne contient pas de dispositions spécifiques indiquant que les périodes d'absence liées à l'exercice des responsabilités familiales affectent les conditions d'admission au bénéfice de la pension et le montant mensuel de la pension. En ce qui concerne les droits aux autres prestations de sécurité sociale, le Comité demande que le prochain rapport confirme que les mères en congé parental sans solde dans le secteur public comme dans le secteur privé et les pères en congé parental sans solde dans le secteur public continuent de jouir des droits au regard de toutes les branches de la sécurité sociale, y compris de santé.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 27§1 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 27 - Droit des travailleurs ayant des responsabilités familiales à l'égalité des chances et de traitement

Paragraphe 3 - Illégalité du licenciement pour motif de responsabilités familiales

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'une indemnité suffisante soit prévue en cas de licenciement illégal motivé par des responsabilités familiales. Le Comité a demandé précédemment si les plafonds d'indemnités prévus par les articles 17 et 21 du code du travail couvraient tant le préjudice matériel que le préjudice moral ou si la victime pouvait réclamer des dommages-intérêts par d'autres voies juridiques.

Le Comité note que, conformément à l'article 17, l'employeur qui abuse de son droit de licenciement doit verser une indemnité d'un montant égal à trois fois le salaire correspondant à la durée du préavis. Aux termes de l'article 21, si le tribunal ou l'instance arbitrale conclut que le licenciement n'est pas justifié étant donné qu'aucun motif valable n'a été invoqué ou que le motif invoqué n'est pas valable, l'employeur est tenu de réintégrer le salarié concerné dans le mois qui suit. Dans l'hypothèse où, à la demande de l'intéressé, l'employeur ne le reprend pas, une indemnité devra lui être versée, dont le montant sera compris entre un minimum de quatre mois et un maximum de huit mois de salaire.

Il est noté dans le rapport que le licenciement basé sur un fait discriminatoire ne constitue pas un licenciement pour motif valable. Á ce titre, les dispositions du code civil et du code des obligations applicables en cas d'atteintes à la personnalité devraient être prises en compte également dans les relations professionnelles. Á cet égard, les calculs de plafond prévus aux articles 17 et 21 du code du travail ne s'appliquent pas aux préjudices moraux et matériels.

Les salariés victimes de discrimination peuvent demander des dommages-intérêts en vertu des dispositions générales. L'indemnisation en cas de discrimination ne constitue pas techniquement une indemnisation, mais plutôt une sanction légale infligée pour violation du principe d'égalité de traitement. Il suffit à l'employé d'être exposé à un comportement pleinement discriminatoire pour exiger réparation du préjudice subi ; il n'est pas nécessaire en outre qu'un préjudice ait été causé. Dans ce contexte, le salarié a la possibilité d'exiger des dommages-intérêts au titre du préjudice moral en raison d'atteintes à sa personnalité dans le cadre des dispositions générales du code des obligations.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 8§2 et demande que le rapport suivant fournisse des exemples jurisprudentiels pertinents montrant qu'en vertu des dispositions du code civil et du code des obligations, il est effectivement possible, pour les salariés ayant fait l'objet d'un licenciement illégal et discriminatoire pour cause de responsabilités familiales, d'obtenir une réparation au titre du préjudice moral sans référence aux plafonds fixés par le code du travail. Le Comité estime que, dans l'hypothèse où ces informations ne seraient pas communiquées, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point. Il réserve entretemps sa position sur la question.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 27§3 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 31 - Droit au logement

Paragraphe 1 - Logement d'un niveau suffisant

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations fournies par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que :

- la notion de logement d'un niveau suffisant soit définie en droit,
- il existe des règles faisant obligation aux propriétaires de veiller à ce que les logements mis en location soient d'un niveau suffisant et que
- la protection juridictionnelle du droit à un logement suffisant soit garantie.

Les critères constitutifs d'un logement d'un niveau suffisant

D'après le rapport, les critères, procédures et principes devant être respectés pour les nouvelles constructions sont définis par la loi nº 2 985 relative au logement et par la loi nº 3 194 relative à l'aménagement du territoire et ses règlements d'application. Le rapport fait également mention de la loi nº 6 306 relative à la transformation des zones exposées à des risques de catastrophe, qui énonce les principes et procédures en matière d'amélioration, de démolition et de rénovation des zones exposées à des risques de catastrophes et de tout autre terrain accueillant des bâtiments présentant des risques, afin de créer des lieux de vie adaptés, sains, sûrs et conformes aux normes scientifiques et artisanales.

Le Comité note que le rapport ne contient pas plus de détails concernant les lois susmentionnées et considère de ce fait qu'il n'est toujours pas établi que la notion de logement d'un niveau suffisant soit définie en droit. Le rapport ne contient pas non plus de précisions sur les critères de salubrité des logements, et ne précise pas si ces règles s'appliquent à l'ensemble du parc immobilier, y compris aux anciennes constructions rénovées. Enfin, il n'indique pas quelles sont les normes en matière de superficie des logements.

Par conséquent, le Comité considère que les informations fournies ne lui permettent pas d'évaluer la situation à la lumière des principes qu'il a énoncés en la matière. Il demande si, en droit turc, on entend par « logement d'un niveau suffisant » un logement salubre, c'est-à-dire, un logement qui dispose de tous les éléments de confort essentiels (eau, chauffage, évacuation des ordures ménagères, installations sanitaires, électricité, etc.) et présentant des structures saines, non surpeuplé, et assorti d'une garantie légale de maintien dans les lieux (voir Conclusions 2003, France, et Défense des enfants International (DEI) c. Pays-Bas, réclamation nº 47/2008, décision sur le bien-fondé du 20 octobre 2009, par. 43) et, le cas échéant, si ces critères s'appliquent aux nouvelles constructions et sont progressivement étendus au parc immobilier existant. Le Comité demande s'il existe un programme général de rénovation des constructions existantes imposant les mêmes critères que pour les nouvelles constructions.

Pour ces raisons, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à la Charte, au motif qu'il n'est pas établi que la notion de logement d'un niveau suffisant soit définie en droit.

Responsabilités en matière de logement d'un niveau suffisant

Le Comité rappelle qu'il incombe aux pouvoirs publics de s'assurer que le logement est d'un niveau suffisant, en recourant à différents moyens – analyse des caractéristiques du parc immobilier, injonctions aux propriétaires qui ne respectent pas les règlements d'urbanisme, obligation d'entretien imposée aux bailleurs. Les pouvoirs publics doivent également veiller à

éviter l'interruption de la fourniture de services essentiels tels que l'eau, l'électricité et le téléphone (Conclusions 2003, France).

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport au sujet des permis de construire et d'habiter mais ne trouve aucune information concernant les obligations d'entretien imposées aux propriétaires. Il considère par conséquent que la situation n'est pas conforme à la Charte, au motif que l'existence de règles qui feraient obligation aux propriétaires de veiller à ce que les logements mis en location soient d'un niveau suffisant n'est pas établie.

Protection juridique

Le Comité rappelle que pour être effectif, le droit à un logement d'un niveau suffisant doit être juridiquement protégé par des garanties procédurales adéquates. L'occupant doit pouvoir former des recours judiciaires ou autres qui soient impartiaux et d'un coût abordable (révision administrative, etc.) (Conclusions 2003, France). Le recours doit être effectif (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. France, réclamation n° 39/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007, paragraphes 80 et 81).

Le rapport précise que les employeurs qui exercent des activités de construction et supervisent des travaux de construction s'exposent, en cas de malfaçons, à une peine de quinze ans de prison, voire à de peines plus longues en cas de vices cachés.

Le Comité note que le rapport ne contient pas les informations demandées ; il considère par conséquent que la situation n'est pas conforme à la Charte, au motif qu'il n'est pas établi que la protection juridictionnelle du droit à un logement suffisant soit garantie.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 31§1 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 31§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que la notion de logement d'un niveau suffisant soit définie en droit ;
- il n'est pas établi qu'il existe des règles faisant obligation aux propriétaires de veiller à ce que les logements mis en location soient d'un niveau suffisant ;
- il n'est pas établi que la protection juridictionnelle du droit à un logement suffisant soit garantie.

Article 31 - Droit au logement

Paragraphe 2 - Reduire l'état de sans-abri

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'il existe des procédures d'expulsion adéquates et que le droit à un abri soit garanti.

Expulsions

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a demandé des informations sur le cadre juridique applicable aux expulsions en Turquie, ainsi que des données chiffrées relatives aux expulsions en Turquie.

Il rappelle que, pour être conforme à l'article 31§2 de la Charte, la protection juridique des personnes visées par une menace d'expulsion doit comporter :

- une obligation de concertation avec les intéressés pour trouver des solutions alternatives à l'expulsion ;
- une obligation de fixer un délai de préavis raisonnable avant la date de l'expulsion ;
- une interdiction de procéder à des expulsions la nuit ou l'hiver ;
- l'accès à des voies de recours judiciaires ;
- l'accès à une assistance juridique ;
- une indemnisation en cas d'expulsion illégale ;
- une obligation de procéder à l'expulsion dans des conditions respectant la dignité des personnes concernées et en l'existence de règles suffisamment protectrices des droits des personnes concernées ;
- une obligation de prendre des mesures pour reloger ou aider financièrement les intéressés lorsque l'expulsion est justifiée par des raisons d'intérêt général.

S'agissant de l'obligation de consulter les parties concernées par une expulsion, le rapport précise que les projets de transformation urbaine relevant de la loi nº 6 306 sont menés avec la participation des citoyens. Priorité est donnée au consentement du citoyen, de sorte que quiconque ne souhaite pas quitter volontairement son logement ne peut être expulsé de force. Lorsque le propriétaire d'un logement ne peut être joint, la décision d'expulsion est prise par le juge. Les dispositions relatives aux procédures d'expulsion et aux délais de préavis figurent dans la loi nº 6 306 et son règlement d'application. Le Comité demande que le prochain rapport contienne de plus amples informations à ce sujet. À cet égard, il rappelle qu'est considéré raisonnable un préavis d'au moins deux mois avant l'expulsion (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. France, réclamation nº 39/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007, paragraphes 86 et 87 ; Mouvement international ATD Quart Monde c. France, réclamation nº 33/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007, paragraphes 78 et 79).

En ce qui concerne l'accès à des voies de recours judiciaires et à une assistance juridique, le rapport précise que les propriétaires de biens immobiliers situés dans les zones concernées par des projets de rénovation et d'aménagement urbain peuvent saisir les tribunaux en cas de litige avec la municipalité (article 18 de la loi nº 3194). Le rapport ajoute que, s'agissant des biens immobiliers dont le propriétaire n'est pas inscrit au cadastre ou pour lesquels un litige est en cours en vue d'en déterminer le propriétaire, il peut être directement procédé à l'expropriation et au placement des sommes correspondant au prix du bien sur un compte en banque désigné par le juge jusqu'à ce que le propriétaire soit connu. Les constructions en cours doivent être suspendues pendant cinq ans, sauf dans certaines circonstances, et la durée de suspension peut aller jusqu'à dix ans. Le Comité

note cependant dans le rapport que les municipalités jouissent d'une large marge de manœuvre à cet égard et qu'elles peuvent décider de poursuivre ou de mettre fin à la suspension après cinq ans. Il demande si ces décisions sont prononcées par un juge et, dans la négative, à quelles conditions les municipalités sont habilitées à prendre de telles décisions. Il demande également si les requérants peuvent bénéficier d'une assistance juridique.

En ce qui concerne les indemnités versées en cas d'expulsion illégale, le rapport distingue deux catégories de personnes, selon qu'elles sont ou non couvertes par la loi n° 2 981. Le Comité comprend que les personnes couvertes par cette loi ont plus de droits que celles qui ne le sont pas. Ces dernières peuvent obtenir des indemnités correspondant à la valeur de leur bien ou être orientées vers un autre bien à acheter. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet, en particulier concernant les droits accordés aux personnes couvertes par ladite loi en comparaison avec celles qui ne le sont pas. Il demande également si la compensation financière est systématique et si, en cas de refus, les intéressés peuvent être relogés dans les nouveaux bâtiments construits.

S'agissant de l'obligation de prendre des mesures en vue de reloger ou d'aider financièrement les personnes expulsées pour des motifs d'utilité publique, le rapport précise qu'en vertu de l'article 5 de la loi n° 6 306, une allocation logement ou un logement temporaire peuvent être octroyés aux propriétaires ou aux locataires expulsés de logements situés dans des zones faisant l'objet d'un projet de rénovation et de réaménagement urbain ou dans des bâtiments dangereux. Le rapport ne contient pas de données chiffrées relatives aux expulsions en Turquie, aux solutions de relogement proposées et aux aides pécuniaires octroyées à la suite d'une expulsion.

Le Comité note également que le rapport ne contient aucune information sur l'obligation de procéder aux expulsions dans des conditions respectant la dignité des personnes concernées ou sur l'interdiction d'expulser qui que ce soit la nuit ou l'hiver. Par conséquent, il considère qu'il n'est pas établi que les expulsions soient effectuées dans des conditions qui respectent la dignité des personnes concernées.

Droit à un abri

En vertu de l'article 31§2, les sans-abri doivent se voir proposer une solution d'hébergement à titre de mesure d'urgence. En outre, pour que la dignité des personnes hébergées soit respectée, les lieux d'hébergement doivent répondre aux exigences de sûreté, de santé et d'hygiène et, en particulier, disposer des éléments de confort essentiels tels que l'accès à l'eau, ainsi qu'un chauffage et un éclairage suffisants. Une autre exigence fondamentale est la sûreté des alentours immédiats (Défense des Enfants International (DEI) c. Pays-Bas, réclamation n° 47/2008, décision sur le bien-fondé du 20 octobre 2009, par. 62).

Étant donné que le droit à un abri est étroitement lié au droit à la vie et qu'il est crucial pour le respect de la dignité humaine de tout individu, au regard de l'article 31§2 de la Charte, les États parties doivent fournir un hébergement d'un niveau suffisant également aux enfants qui se trouvent en situation irrégulière sur leur territoire aussi longtemps qu'ils relèvent de leur juridiction (DEI c. Pays-Bas, par. 47 et 64).

La mise à disposition d'un hébergement, fût-il adéquat, ne peut cependant être considérée comme une solution pérenne.

- Les personnes en situation régulière ou travaillant régulièrement sur le territoire de l'État partie concerné qui sont accueillies en foyer d'accueil d'urgence doivent se voir offrir, dans un délai raisonnable, un hébergement de longue durée adapté à leur situation ou un logement d'un niveau suffisant tel que prévu par l'article 31§1.
- S'agissant des personnes en situation irrégulière, dans la mesure où aucune solution de relogement ne peut être exigée des États, l'expulsion d'un abri doit être interdite car elle place les intéressés, en particulier les enfants, dans une

situation d'extrême détresse, qui est contraire au respect de la dignité humaine (DCI c. Pays-Bas, par. 63).

Par ailleurs, le Comité renvoie à son Observation interprétative de l'article 31§2 (Conclusions 2015) et rappelle qu'il est interdit d'expulser quiconque d'un foyer d'accueil sans lui offrir une solution de relogement.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a demandé si :

- les foyers d'accueil ou les lieux d'hébergement d'urgence répondaient aux exigences de sûreté (y compris dans les alentours immédiats), de santé et d'hygiène (en particulier s'ils disposaient des éléments de confort essentiel tels que l'accès à l'eau et au chauffage et un éclairage suffisant) ;
- une place en foyer d'accueil ou dans un lieu d'hébergement d'urgence était proposée, que l'intéressé soit ou non en situation régulière ; et
- la loi interdisait l'expulsion des foyers d'accueil ou des lieux d'hébergement d'urgence.

Le rapport précise que des centres de protection temporaire ont été créés pour accueillir les personnes déplacées venant de Syrie. La Turquie héberge actuellement 253 045 immigrants syriens dans 26 centres de protection temporaire. Le rapport souligne que ces centres et leurs alentours font l'objet de mesures de sécurité. Ils sont équipés de services de nettoyage et d'installations de distribution d'eau, de chauffage et d'éclairage. Un résident ne peut être expulsé d'un centre contre sa volonté. Le Comité prend note des efforts déployés par la Turquie pour gérer ce flux migratoire important mais constate néanmoins que ces centres ne sont utilisés que pour héberger des personnes ayant obtenu un statut de protection temporaire. Le rapport ne fournit pas d'informations sur les sans-abri qui n'ont pas ce statut. Le Comité demande, par conséquent, si ces personnes ont aussi accès aux centres de protection temporaire et, dans la négative, s'il existe en Turquie d'autres foyers d'accueil/lieux d'hébergement d'urgence destinés aux sans-abri. À cet égard, il demande si les foyers d'accueil ou les lieux d'hébergement d'urgence répondent aux exigences de sûreté (y compris dans les alentours immédiats), de santé et d'hygiène (en particulier s'ils disposent des éléments de confort essentiel tels que l'accès à l'eau et au chauffage et un éclairage suffisant) et si la loi interdit l'expulsion des foyers d'accueil ou des lieux d'hébergement d'urgence.

Le Comité considère qu'il n'est pas établi que le droit à un abri soit garanti.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 31§2 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 31§2 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi qu'il existe des procédures d'expulsion adéquates ;
- il n'est pas établi que le droit à un abri soit garanti.

Article 31 - Droit au logement

Paragraphe 3 - Coût du logement

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations fournies par la Turquie en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que des recours soient possibles en cas de délais excessifs pour l'attribution de logements sociaux et que la plupart des ménages éligibles à l'aide au logement en bénéficient effectivement.

Logements sociaux

Le Comité rappelle que les États doivent prendre des mesures afin de réduire les délais d'attribution trop longs et que des recours judiciaires ou autres doivent exister en cas de délais d'attribution excessifs (Mouvement International ATD Quart Monde c. France, réclamation no 33/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007, par. 131).

Le rapport se contente d'indiquer, en réponse à la question du Comité, que la demande de logements proposés par l'Office public de l'habitat (TOKI) excède de loin l'offre disponible. En raison de la très forte demande, des maisons sont vendues aux demandeurs dans le cadre d'une loterie supervisée par un notaire. Tout en prenant note de ces informations, le Comité constate qu'elles ne répondent pas à la question de savoir quels sont les recours en cas de délais d'attente excessifs pour l'attribution de logements sociaux. Le Comité réitère par conséquent sa question et considère entre-temps que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Aides au logement

Le Comité rappelle que les États parties doivent mettre en place des aides au logement, à tout le moins pour les personnes aux revenus modestes et les catégories défavorisées de la population. L'allocation de logement est un droit individuel et tous les ménages qui y ont droit doivent la percevoir effectivement ; des recours juridiques doivent pouvoir être formés en cas de refus d'octroi de l'allocation (Conclusions 2003, Suède).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité a demandé si les programmes de logements sociaux mis en œuvre à l'intention des personnes à revenus modestes prévoyaient également une aide d'ordre financier. Le rapport indique à ce propos que des aides pour la construction/réparation de maisons sont octroyées aux ménages à faibles revenus : un montant maximum de 25 000 TRY est versé aux personnes possédant un terrain afin d'y construire leur maison ou pour acheter une maison neuve. Une aide d'un montant maximum de 15 000 TRY peut aussi être versée aux personnes vivant dans des maisons en mauvais état et insalubres pour y faire des réparations. Entre 2010 et 2016, 336 millions de TRY ont été alloués à cette fin à 28 000 familles.

S'agissant du nombre de personnes réunissant les conditions requises pour obtenir l'un des logements sociaux réalisés dans le cadre du projet mis en place par l'Office public de l'habitat (TOKI) (Conclusions 2015), le rapport précise qu'en octobre 2016 (hors période de référence), 29 268 logements sociaux avaient été construits et livrés aux bénéficiaires, que 4 261 logements étaient en cours de construction et que la construction de 33 529 logements supplémentaires était prévue.

Le programme de logements sociaux est également mené dans les provinces où les Roms sont nombreux. En novembre 2013, 1 856 maisons avaient été construites dans ces régions et 2 088 maisons y étaient en cours d'édification.

Le rapport ajoute que, dans le cadre du Programme d'urbanisation et de construction de logements, fin 2016 (hors période de référence), 753 946 logements avaient été construits dans 81 provinces. 644 617 (85,50 %) de ces maisons étaient des logements sociaux et, parmi celles-ci, 331 493 (43,97 %) avaient été attribuées à des ménages ayant des revenus faibles à moyens, 149 462 (19,82 %) l'avaient été à des ménages à très faibles revenus et 120 181 (15,94 %) étaient situées dans des bidonvilles (Gecekondu).

Le Comité a aussi demandé si, en cas de refus de l'aide prévue par les projets de logement social, les intéressés avaient accès à des voies de recours. Le rapport ne répond pas à cette question. Par conséquent, le Comité la réitère et réserve entretemps sa position sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 31§3 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 31§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe des voies de recours lorsque les délais d'attribution de logements sociaux sont excessifs.

janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

UKRAINE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Ukraine, qui a ratifié la Charte le 21 décembre 2006. L'échéance pour remettre le 9ème rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Ukraine l'a présenté le 23 mars 2017.

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).

L'Ukraine a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 12 et l'article 13.

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

Les Conclusions relatives à l'Ukraine concernent 11 situations et sont les suivantes :

– 1 conclusion de conformité : article 14§2,

– 8 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 3§3, 3§4, 11§1, 11§2, 11§3, 23 et 30.

En ce qui concerne les 2 autres situations, relatives aux articles 3§1 et 14§1, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par l'Ukraine en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

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

Article 30

Une réforme des subventions a été engagée en 2014 – 2015 en vue de simplifier les procédures et de renforcer la protection sociale.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions 2015 au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit des travailleuses à la protection de la maternité – congé de maternité (article 8§1),
- droit des travailleuses à la protection de la maternité – interdiction des travaux dangereux, insalubres ou pénibles (article 8§5),
- droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16),
- droit au logement – logement d'un niveau suffisant (article 31§1),
- droit au logement – réduire l'état de sans-abri (article 31§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté 5 conclusions de non-conformité concernant ces articles.

* * *

*

Le prochain rapport traitera des dispositions du groupe thématique « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2),
- droit à une rémunération équitable (article 4),

- droit syndical (article 5),
- droit de négociation collective (article 6),
- droit à l'information et à la consultation (article 21),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travailet du milieu du travail (article 22),
- droit à la dignité au travail (article 26),
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28),
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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 – politique de plein emploi (article 1§1),
- droit au travail – travail librement entrepris (non-discrimination, interdiction du travail forcé, autres aspects) (article 1§2 (1er motif)),
- droit au travail – services gratuits de placement (article 1§3),
- droit au travail – orientation, formation et réadaptation professionnelles (article 1§4),
- droit à l'orientation professionnelle (article 9),
- droit à la formation professionnelle – formation technique et professionnelle ; accès à l'enseignement technique supérieur et à l'enseignement universitaire (article 10§1),
- droit à la formation professionnelle – chômeurs de longue durée (article 10§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 – emploi des personnes handicapées (article 15§2 (1st ground))),
- 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),
- droit à l'exercice d'une activité lucrative sur le territoire des autres Parties contractantes – simplification des formalités et réduction des droits et taxes (article 18§2),
- droit à l'égalité de chances et de traitement en matière d'emploi et de profession, sans discrimination fondée sur le sexe (article 20 (1er motif)).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017.

* * *

*

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

CONCLUSIONS RELATIVES AUX ARTICLES DU GROUPE THEMATIQUE

« Santé, sécurité sociale et protection sociale »

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 l'Ukraine.

Objectif général de la politique

Le Comité a précédemment constaté (Conclusions 2013) l'existence d'un cadre législatif offrant une approche globale de la politique de santé et de sécurité au travail.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé si ces politiques étaient révisées régulièrement à la lumière de l'évolution des risques. Le rapport ne donne aucune information à ce sujet. Le Comité note cependant que, selon les informations tirées des observations et de la demande directe de la Commission experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) publiées en 2016 (105ème session de la Conférence internationale du travail) concernant la Convention n° 155 (1981) sur la sécurité et la santé des travailleurs, la réglementation relative à la sécurité en milieu professionnel est revue au minimum tous les dix ans, à la lumière des progrès scientifiques et techniques susceptibles de contribuer à l'amélioration de la protection des travailleurs et de l'environnement de travail (article 34 de la loi relative à la protection des travailleurs).

Le rapport indique que le Programme social national pour l'amélioration de la sécurité au travail, de la santé dans le travail et du milieu de travail 2014-2018 a été entériné par la loi n° 178-VII du 4 avril 2013. Ledit Programme a pour but de s'attaquer globalement aux problèmes de sécurité en milieu professionnel, de créer un environnement de travail moderne offrant de bonnes conditions de santé et de sécurité, de limiter au maximum les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et de préserver et développer le potentiel de main-d'œuvre de l'Ukraine. Il prévoit notamment de rendre plus efficace le contrôle qu'exercent les organes de l'Etat sur la protection des travailleurs, et ce par divers moyens (mise en conformité du cadre législatif et réglementaire en matière de protection des travailleurs au regard des exigences contemporaines et des prescriptions de l'Union européenne ; suivi de l'élaboration, de la mise en œuvre et du fonctionnement des systèmes de gestion de la protection des travailleurs au plan national, au niveau régional, à l'échelon des entreprises, etc.). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les activités menées et les résultats obtenus dans le cadre du Programme national.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a relevé qu'un nombre considérable d'initiatives visant à définir une politique de santé et de sécurité au travail n'avaient pas atteint le stade de la mise en œuvre au cours de la période de référence ; il a demandé de quelle manière ces initiatives avaient contribué à créer, dans les faits, une culture de prévention en matière de sécurité et de santé au travail. Les seules informations que donne le rapport sur ce point concernent le secteur houiller, qui s'est ainsi doté d'un Programme d'amélioration de la sécurité des travailleurs dans les sites d'exploitation minière et les entreprises spécialisées dans les installations minières. Approuvé par la résolution n° 374 du Conseil des Ministres le 29 mars 2006, elle-même modifiée par la résolution n° 521 du 18 mai 2011, le Programme est en phase opérationnelle depuis 2011. Il a été commandité par le ministère de l'Energie et de l'Industrie minière, et tend à préserver la vie et la santé des mineurs grâce à un mécanisme juridique, organisationnel, technique et socio-économique destiné à garantir la protection et la sécurité des travailleurs dans les sites d'exploitation minière et les entreprises spécialisées dans les installations minières. Le Programme cherche principalement à réduire le nombre d'accidents du travail – en particulier les accidents mortels – enregistré dans les sites et entreprises précités, et à faire régresser les maladies professionnelles qui frappent les mineurs. Le Comité demande une nouvelle fois de quelle manière les initiatives précédemment énumérées qui ont été menées dans des secteurs autres que le secteur houiller ont contribué à créer, dans les faits, une culture de prévention en matière de sécurité et de santé au travail.

Le Comité note également que, selon la base de données NORMLEX de l'OIT, la Convention n° 155 de l'OIT sur la sécurité et la santé des travailleurs (1981) a été ratifiée le 4 janvier 2012.

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. Il rappelle également que, s'agissant 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 ne contient pas d'information sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a précédemment noté (Conclusions 2013) que, tout en décrivant certaines mesures destinées à organiser la prévention des risques professionnels, le rapport ne fournissait pas d'information sur la manière dont ces mesures étaient mises en œuvre dans les secteurs autres que l'extraction minière.

Il a demandé, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), des informations relatives à la participation du Derzhhirpromnahliad au développement d'une culture de sécurité et de santé auprès des employeurs et des travailleurs, et sur l'obligation de l'Inspection du travail de partager (instruction pratiques, mesures de prévention, conseils) la connaissance des risques professionnels et de la prévention acquise à l'occasion des activités de contrôle. Le rapport fait état de la création, en 2014, d'un nouveau Service national de l'emploi (*Derzpraci*) institué par la résolution n° 442 adoptée en Conseil des Ministres le 10 septembre 2014 concernant l'optimisation du réseau de bureaux régionaux du pouvoir exécutif central résultant de la restructuration et de la fusion de l'Inspection nationale du travail et du Service national de contrôle des mines et de la sécurité industrielle. Le nouveau Service national de l'emploi (*Derzpraci*) est notamment chargé de mettre en œuvre la politique nationale en matière de sécurité industrielle, de protection des travailleurs et de santé en milieu professionnel. Aux termes de la loi relative à la protection des travailleurs, ledit Service aura pour mission d'améliorer le niveau de sécurité industrielle en assurant une veille technique permanente de l'état de production, des technologies et des produits. En outre, 25 centres techniques spécialisés (entreprises publiques placés sous le contrôle du Service national de l'emploi) sont mis à contribution pour évaluer la protection des travailleurs et la sécurité industrielle observées dans les entreprises et autres structures organisationnelles.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations sur l'évaluation des dangers liés au travail et sur l'adoption de mesures préventives liées à la nature des risques, ainsi que sur les dispositions mises en place pour informer et former les travailleurs. Le rapport indique, dans la réponse sur ce point, que la loi relative à la protection des travailleurs fixe la procédure générale à suivre en matière de formation axée sur la protection des travailleurs. Ces derniers doivent, lors de leur recrutement et en cours d'emploi, bénéficier d'une formation dispensée aux frais de l'employeur concernant les questions de santé et de sécurité au travail, les premiers soins à apporter aux victimes d'accidents du travail, et les règles de conduite à suivre en cas d'urgence. Les délégués chargés de déployer les mesures de sécurité au travail doivent suivre une formation et leurs connaissances relatives à la protection des travailleurs font l'objet d'une évaluation à laquelle prennent part des représentants syndicaux, une première fois au moment de l'embauche, puis tous les trois ans (ou chaque année, si une situation particulière le justifie). Les salariés et les délégués qui n'ont pas suivi la formation ni passé les tests concernant la protection des travailleurs ne sont pas autorisés à travailler. Le

Service national de l'emploi (*Derzpraci*), qui veille au respect de la législation relative à la protection des travailleurs, notamment pour ce qui concerne l'organisation des formations (y compris les formations spéciales) et qui évalue les connaissances en la matière, s'occupe également de fournir d'éventuels éclaircissements et participe aux tests auxquels doivent se soumettre les délégués et autres salariés en charge de ces questions.

Le rapport ajoute que le décret présidentiel n° 685 adopté le 18 août 2006 a institué la Journée de la protection des travailleurs (le 28 avril). Le Comité organisateur du Service national de l'emploi est généralement mis à contribution pour préparer cet événement, à l'occasion duquel est en outre approuvé un plan d'action.

Le rapport précise par ailleurs que le Service national de l'emploi et ses antennes territoriales mènent des actions de sensibilisation et déploient dans chaque région et dans chaque entreprise des séances de consultation dans le but de prévenir les accidents du travail.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système visant à améliorer la sécurité et la santé au travail par la recherche, le développement et la formation, et a demandé des informations sur les moyens alloués aux institutions et organismes cités et sur les produits (recommandations, guides, bonnes pratiques, conseils) à destination des entreprises du secteur privé.

Outre les textes et mesures exposés dans la conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité note que, selon le rapport, les ateliers et les conférences ont eu lieu en 2013, en particulier dans l'industrie minière du charbon. D'après le rapport, ces différentes initiatives ont contribué à faire baisser le taux d'accidents – y compris des accidents mortels – dans le secteur agro-industriel, dans les entreprises qui opèrent dans le domaine social et culturel, ainsi que dans le secteur du bois et l'industrie légère. D'importants efforts ont en outre été déployés auprès des entreprises sur la période 2012 – 2015 pour leur expliquer la mise en place du système de contrôle de la protection des travailleurs.

Le rapport ne répondant que partiellement à ses demandes, le Comité réitère toutes les questions spécifiques concernant l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail (Conclusions 2013). Le Comité considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Ukraine soit conforme à l'article 3§1 de la Charte à cet égard.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système de consultation des partenaires sociaux au niveau des pouvoirs publics. Il a également constaté que, de par sa structure, qui allie le Conseil des Ministres et les organisations d'employeurs, l'Accord général ne présentait pas un caractère véritablement tripartite et a demandé des informations sur la consultation des organes compétents en matière de santé et de sécurité au travail au sein des entreprises, notamment dans celles dépourvues de délégués du personnel. Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. Le Comité renouvelle sa demande et considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Ukraine soit conforme à l'article 3§1 de la Charte à cet égard.

Le Comité rappelle que l'article 3§1 de la Charte exige que des consultations aient lieu non seulement aux fins d'une coopération tripartite entre les autorités, le patronat et les travailleurs pour rechercher les moyens d'améliorer les conditions et le milieu de travail, mais aussi pour coordonner leurs activités et leur coopération sur les questions essentielles de sécurité et de prévention. Des mécanismes et procédures de consultation avec les organisations de travailleurs et d'employeurs doivent être mis en place au niveau national et

au plan sectoriel. Le droit de consultation est réputé être respecté dès lors qu'il existe des instances spécialisées composées de représentants de l'Etat et des organisations syndicales et patronales auxquelles peuvent s'adresser les pouvoirs publics. Ces consultations peuvent être permanentes ou ponctuelles ; elles doivent en tout état de cause s'avérer efficaces, au regard des pouvoirs conférés à ces réunions, de leurs procédures, de leurs participants, de leur fréquence et des questions qui y sont abordées, pour promouvoir le dialogue social sur les questions touchant à la santé et à la sécurité au travail.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 contenues dans le rapport soumis par l'Ukraine, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§2 de la Charte.

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

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2013) le cadre général de la réglementation et considéré que la couverture des risques professionnels offerte par les règlements relatifs à la santé et à la sécurité au travail était insuffisante. Le rapport indique cependant qu'aucune modification importante n'a été apportée à la législation nationale durant la période de référence.

Le rapport indique que l'ordonnance n° 745-r adoptée en Conseil des Ministres le 17 juillet 2015 a approuvé, aux fins de la mise en œuvre de l'Accord d'association entre l'Ukraine et l'Union européenne, les plans destinés à donner effet aux directives 90/270/CEE du 29 mai 1990, 92/57/CEE du 14 juin 1992, 92/104/CEE du 3 décembre 1992, 92/91/CEE du 3 novembre 1992 et 2009/104/CEE du 16 septembre 2009.

Le rapport ajoute que l'Annexe XL du chapitre 21 de la Section V de l'Accord d'association entre l'Ukraine et l'Union européenne, consacrée à la coopération en matière d'emploi, de politique sociale et d'égalité des chances, prévoit la mise en œuvre de 27 directives européennes, parmi lesquelles les directives n° 2002/44/CE du 25 juin 2002 et n° 2003/10/CE du 6 février 2003 – textes dont les dispositions doivent s'appliquer dans les dix ans qui suivent l'entrée en vigueur de l'Accord. Le Comité relève toutefois que cet Accord a pris pleinement effet en juillet 2017. Il rappelle que le fait que des dispositions nationales s'inspirent ou soient fondées sur une directive communautaire ne les soustrait pas à l'empire de la Charte.

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 considère par conséquent que la législation et la réglementation en vigueur ne satisfont pas à l'obligation générale de l'article 3§2 de la Charte, qui oblige à ce que la grande majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 soit couverte de manière spécifique, selon les niveaux fixés par les normes internationales de référence.

Niveaux de prévention et de protection

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a précédemment examiné les niveaux de prévention et de protection en relation avec l'implantation, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail (Conclusions 2013 et 2009), et a demandé des informations complètes sur les règlements d'application des dispositions de la loi n° 2694-XII. Il a également demandé si les employeurs étaient tenus d'évaluer l'exposition aux risques professionnels au-delà des travaux très dangereux et des machines, des mécanismes et des équipements très dangereux.

Le rapport fait état de l'intention des autorités ukrainiennes de prendre en compte certains règlements de l'Union européenne (directives 92/58/CEE du 24 juin 1992, 89/654/CEE du 30 novembre 1989, 90/270/CEE du 29 mai 1990 et 90/269/CEE du 29 mai 1990), qui doivent être mis en œuvre dans les trois à dix ans à compter de la date d'entrée en vigueur de l'Accord d'association conclu entre l'Ukraine et l'Union européenne. Le Comité rappelle que le fait que des dispositions nationales s'inspirent ou soient fondées sur une directive communautaire ne les soustrait pas à l'empire de la Charte.

Etant donné le caractère général des informations communiquées, le Comité n'est pas en mesure d'examiner si la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation de l'article 3§2 de la Charte, qui prévoit que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation pour l'implantation, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail doivent être alignés sur le niveau retenu par les normes internationales de référence. Le Comité renouvelle ses précédentes demandes et considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Ukraine soit conforme à l'article 3§2 de la Charte à cet égard.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les dispositions spécifiques à la protection contre les risques d'exposition au benzène.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le Comité a examiné précédemment (Conclusions 2009 et 2013) le niveau de prévention et de protection contre l'amiante et a considéré (Conclusions 2013) qu'il était insuffisant au regard des normes internationales de référence. Il a relevé qu'au cours de la période de référence, la réglementation protectrice de la santé des travailleurs exposés à l'amiante et à des matériaux contenant de l'amiante prévue n'était pas encore entrée en vigueur. Il a par conséquent demandé si l'Ukraine avait ratifié la Convention n° 162 de l'OIT.

Le rapport indique que le Plan d'action pour la mise en œuvre du Programme national d'adaptation de la législation ukrainienne à la législation de l'Union européenne a été approuvé par l'ordonnance n° 156-r adoptée en Conseil des Ministres le 28 mars 2012. Dans le cadre dudit Plan, les règles et règlements nationaux relatifs à la protection des travailleurs contre l'exposition nocive à l'amiante et aux matériaux contenant de l'amiante ont été validés par l'ordonnance n° 762 du ministère de la Santé adoptée en date du 1er octobre 2012 (enregistrée au ministère de la Justice le 23 octobre 2012 sous le n° 1776/22088). D'après le rapport, ces règles et règlements concernent notamment les conditions générales d'hygiène que doivent respecter les entreprises, institutions et organisations qui utilisent du chrysotile ou des matériaux et produits contenant du chrysotile, les conditions sanitaires auxquelles doivent satisfaire les processus et équipements de production, les conditions sanitaires et les conditions d'hygiène propres aux opérations d'emballage, de stockage, de transport et de manutention, les conditions exigées pour la collecte, la conservation, le transport et/ou l'élimination des déchets contenant du chrysotile, les conditions requises pour l'aération, la climatisation et le chauffage des installations, l'obligation de fournir aux salariés des moyens de protection individuels, l'obligation d'apporter aux travailleurs un accompagnement pour ce qui concerne l'hygiène et l'entretien des locaux, ainsi que les conditions spéciales applicables dans certains secteurs qui utilisent du chrysotile et des matériaux et produits contenant du chrysotile. Le Comité demande que le prochain rapport rende compte de l'application de ces règles et règlements dans les faits, ainsi que des actions que le Programme national a permis de déployer (et de leurs résultats) pour ce qui concerne la protection des travailleurs contre l'amiante.

Le rapport précise en outre que l'Ukraine n'a pas ratifié la Convention n° 162 de l'OIT concernant la sécurité dans l'utilisation de l'amiante.

Le Comité demande si les autorités ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Étant donné l'importance de cette question au regard du droit à la santé de la population (article 11), il demande aussi que le rapport suivant fournisse des informations spécifiques sur les mesures prises dans cette optique. Il demande par ailleurs que le prochain rapport indique les mesures mises en place pour veiller à ce que, dans tous les lieux où des travailleurs sont exposés à l'amiante, les employeurs prennent toutes les mesures appropriées pour prévenir ou limiter le dégagement de poussières d'amiante en suspension dans l'air et respectent les seuils limites d'exposition prescrits en la matière.

Protection des travailleurs contre les rayonnements ionisants

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2009 et 2013) le niveau de prévention et de protection concernant les rayonnements ionisants ; il a demandé si les Normes de sécurité en matière de radiations (NRBU-97) et les Règles sanitaires essentielles de sécurité en matière de radiations (OSPU-2005) tenaient compte des prescriptions fixées soit dans la recommandation de la CIPR (1990), soit dans la directive 96/29/Euratom du Conseil du 13 mai 1996 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants. Il a également demandé si des engagements avaient été pris dans le cadre du Programme national ou de l'Accord de partenariat et de coopération du 14 juin 1994 en vue d'intégrer la directive 97/43/EURATOM du Conseil du 30 juin 1997 relative à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales et la directive 2003/122/EURATOM du Conseil du 22 décembre 2003 relative au contrôle des sources radioactives scellées de haute activité et des sources orphelines.

Le rapport ne donne aucune information sur ce point. Le Comité demande une nouvelle fois 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). Il considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Ukraine soit conforme à l'article 3§2 de la Charte à cet égard.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a noté que les travailleurs sous contrat à durée déterminée et les travailleurs temporaires affectés à des travaux pénibles, nocifs, dangereux ou nécessitant une sélection professionnelle avaient accès au suivi médical, et a demandé des informations sur la représentation de ces travailleurs au travail. Il a également demandé des informations, assorties d'exemples concrets, concernant la manière dont ces catégories de travailleurs étaient informées et formées aux questions de santé et de sécurité au travail. En outre, il a demandé de préciser si les travailleurs intérimaires, les travailleurs temporaires ou les travailleurs sous contrat à durée déterminée employés dans d'autres secteurs d'activité à haut risque que le secteur minier, ou à tous les postes de travail, pouvaient bénéficier du suivi médical et de la représentation au travail.

Le rapport indique que la loi relative à la protection des travailleurs s'applique à toutes les personnes morales et physiques qui ont recours à des travailleurs au sens de la législation, ainsi qu'à tous les salariés (article 2).

Selon le rapport, l'article 18 de la loi précitée fixe le principe général d'une formation en matière de protection des travailleurs, laquelle est régie par le règlement-type encadrant la procédure à suivre pour la formation et les tests relatifs à la protection des travailleurs,

approuvée par l'ordonnance n° 15 adoptée le 26 janvier 2005 par le Comité d'Etat pour le contrôle de la protection des travailleurs (enregistrée au Ministère de la Justice sous le n° 231/10511). Le règlement-type fixe la procédure prévue pour la formation et les tests auxquels doivent se soumettre les agents de la fonction publique et d'autres salariés durant le processus de travail, ainsi que les étudiants, les élèves de l'académie militaire, et le personnel des établissements d'enseignement professionnel. Ce règlement vise, selon le rapport, à mettre en place un système de formation concernant la protection au travail des agents de la fonction publique et d'autres salariés, les premiers secours à prodiguer aux victimes d'accidents et les règles de conduite à tenir en cas d'urgence en Ukraine.

Le rapport ne répondant que partiellement à ses demandes, le Comité réitère toutes les questions spécifiques concernant le champ d'application des dispositions législatives et réglementaires relatives aux travailleurs exerçant un emploi atypique (Conclusions 2013). Le Comité considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Ukraine soit conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Autres catégories de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé d'indiquer comment les travailleurs indépendants, les travailleurs à domicile et les employés de maison étaient informés et formés aux questions de santé et de sécurité au travail, et dans quelle mesure ils avaient accès au suivi médical dans la pratique. Il a également demandé des informations relatives aux modalités de représentation de ces catégories de travailleurs au travail.

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. Le Comité renouvelle ses précédentes demandes et considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Ukraine soit conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité rappelle que la réglementation doit être élaborée en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs. L'article 3§2 de la Charte exige que des consultations aient lieu non seulement aux fins d'une coopération tripartite entre les autorités, le patronat et les travailleurs pour rechercher les moyens d'améliorer les conditions et le milieu de travail, mais aussi pour coordonner leurs activités et leur coopération lors de la rédaction de textes législatifs et réglementaires à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système de consultation des partenaires sociaux au niveau des pouvoirs publics. Il a également constaté que, de par sa structure, qui allie le Conseil des Ministres et les organisations d'employeurs, l'Accord général ne présentait pas un caractère véritablement tripartite et a demandé des informations sur la consultation des organes compétents en matière de santé et de sécurité au travail au sein des entreprises, notamment dans les entreprises dépourvues de délégués du personnel.

Le rapport indique que les représentants des instances exécutives, des organisations patronales et des syndicats sont en permanence amenés à collaborer dans le cadre des visites d'inspection effectuées dans les entreprises, institutions et organisations en vue de vérifier les conditions de sécurité et de travail ; ils sont présents dans les commissions d'enquête mises en place après chaque accident industriel, formulent des propositions lors de l'élaboration de projets de loi et autres textes réglementaires destinés à mieux régir les relations de travail et à aligner la législation nationale en matière de protection des travailleurs sur les normes du droit international (notamment celles de l'Organisation internationale du Travail), participent aux réunions des groupes de réflexion et instances

territoriales du Service national de l'emploi, aux diverses actions de prévention, ainsi qu'aux réunions, tables rondes et séminaires consacrés à la protection des travailleurs et à l'amélioration de la sécurité industrielle.

Le Comité renouvelle ses précédentes demandes et considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Ukraine soit conforme à l'article 3§2 de la Charte à cet égard.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif que la législation et la règlementation relatives à la santé et la sécurité au travail ne couvrent pas suffisamment les risques rencontrés en milieu professionnel.

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 l'Ukraine.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2009) le niveau des accidents du travail et des maladies professionnelles et a considéré que les mesures destinées à réduire le taux excessif d'accidents mortels étaient insuffisantes.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport explique la disparité entre les chiffres relatifs aux accidents mortels indiqués dans le rapport et ceux publiés par ILOSTAT. Le rapport explique, dans sa réponse sur ce point, que cette disparité tient aux différences qui existent entre les systèmes utilisés pour collecter les informations – l'un s'appuyant sur des évaluations statistiques nationales, l'autre sur les dossiers des accidents du travail faisant l'objet d'une enquête spéciale. En fait, les données publiées par l'OIT reposent sur les informations tirées du 7e « Rapport (annuel) sur les accidents du travail », document d'évaluation statistique élaboré par les autorités nationales. Lorsqu'elles complètent le formulaire du Service national des statistiques, les entreprises sont tenues de préciser les circonstances de l'accident, à la suite de quoi une enquête est menée à bien et les mesures prises en la matière sont consignées pour le rapport établi pour la période en question. Les informations que renferme ce dernier proviennent des dossiers des accidents du travail survenus durant la période considérée qui ont fait l'objet d'une enquête particulière et qui ont été conservés par le Service national de l'emploi (par. 61 de la Procédure relative aux enquêtes et à l'enregistrement des accidents du travail, maladies professionnelles et arrêts de production, approuvé par la résolution n° 1232 adoptée en Conseil des Ministres le 30 novembre 2011).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations détaillées sur les obligations déclaratives prévues par la résolution n° 1112 adoptée en Conseil des Ministres, ainsi que sur les sanctions applicables en cas de non-respect de ces obligations. Le rapport indique, dans sa réponse sur ce point, que ladite résolution datée du 25 août 2004 est devenue caduque suite à la mise en place d'une nouvelle procédure en matière d'instruction et d'enregistrement des dossiers d'accidents du travail, de maladies professionnelles et d'arrêts de production, procédure validée par la résolution n° 1232 adoptée en Conseil des Ministres le 30 novembre 2011 relative à certains aspects de l'instruction et de l'enregistrement de ces dossiers. La nouvelle procédure fait obligation à l'employeur, lorsqu'il est informé par l'établissement de soins et par le salarié de la survenue d'un accident du travail, d'en aviser les instances compétentes et de charger une commission d'enquêter sur les faits constitutifs de l'incident si celui-ci ne fait pas l'objet d'une instruction spéciale dans les 24 heures. Les dispositions légales qui entourent cette procédure prévoient en outre des sanctions en cas de non-communication ou de communication tardive par les entreprises des informations relatives à un accident du travail. Lors des visites d'inspection menées dans les entreprises par des agents du Service national de l'emploi (*Derzpraci*), des mesures ont été prises en vue d'identifier ces accidents et d'engager les démarches nécessaires pour instruire les faits et amener les responsables des entreprises qui en sont à l'origine à répondre de leurs actes ; 51 dossiers de cet ordre ont été recensés en 2015, pour lesquels 51 personnes ont vu leur responsabilité administrative établie et qui ont donné lieu à des sanctions pécuniaires pour un montant total de 21 000 UAH (689 €).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations relatives aux mesures prises pour diminuer le taux élevé de cas mortels d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et pour combattre la sous-déclaration potentielle de ces cas dans la pratique. Le rapport ne contient pas les informations demandées, mais indique que le nombre d'accidents du travail a globalement diminué au

cours de la période de référence (de 9 816 en 2012 à 4 260 en 2015), tout comme le taux d'incidence relatif à ces accidents (de 70,62 en 2012 à 38,56 en 2015). Ces chiffres témoignent d'une tendance constante à la baisse par rapport à la précédente période de référence. Le nombre d'accidents mortels a également diminué (de 623 en 2012 à 375 en 2015), tout comme le taux d'incidence relatif à ces accidents (de 4,48 en 2012 à 3,39 en 2015). Ces chiffres témoignent d'une baisse régulière par rapport à la précédente période de référence. Le Comité renouvelle les questions qu'il a précédemment posées.

Le Comité constate que le rapport ne fournit pas de données statistiques ni de chiffres pertinents sur le nombre de maladies professionnelles. Par conséquent, il considère que, pendant la période de référence, la surveillance de l'évolution des maladies professionnelles n'a pas été satisfaisante. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2013) que le système d'inspection du travail était inefficace. Il a relevé que les services d'inspection du travail étaient répartis entre plusieurs organismes publics de contrôle qui manquent de ressources et coopèrent de manière imparfaite, et a demandé des informations sur la mise en œuvre des visites de contrôles conjointes en application du règlement relatif à l'interaction entre le Derzhatomrehuliuvannia et le Derzhhirpromnahliad en matière de santé et de sécurité au travail dans l'utilisation de l'énergie nucléaire (enregistré auprès du ministère de la Justice le 22 mars 2010 sous le n° 234/17529).

Le rapport fait état de la création d'un nouveau Service national de l'emploi (*Derzpraci*) institué par la résolution n° 442 adoptée en Conseil des Ministres le 10 septembre 2014, issu de la fusion de l'Inspection nationale du travail et du Service national de contrôle des mines et de la sécurité industrielle. Le règlement du Service national de l'emploi, qui fixe ses principales missions, a été approuvé par la résolution n° 96 adoptée en Conseil des Ministres le 11 février 2015. Ces missions sont multiples : mise en œuvre de la politique nationale en matière de sécurité industrielle, de protection des travailleurs, de santé au travail, de mise en œuvre de la supervision des mines sur le territoire national, de supervision et de vérification du respect de la législation du travail, d'emploi de la population, de régime obligatoire d'assurance sociale en termes d'octroi, de calcul et de versement des prestations, d'indemnisation, de mise à disposition de services sociaux et autres formes de sécurité matérielle ; etc.

Le rapport ajoute que 25 centres techniques spécialisés (entreprises publiques) sont mis à contribution pour évaluer la protection des travailleurs et la sécurité industrielle observées dans les entreprises et autres structures organisationnelles. Les évaluations qui sont réalisées reposent sur l'inspection des sites et l'analyse de documents. Les visites d'inspection consistent à offrir aux employeurs une assistance méthodologique et à procéder à des contrôles portant sur l'exécution des tâches et sur le bon fonctionnement des équipements à haut risque. Les centres techniques spécialisés procèdent également à des visites de contrôle techniques périodiques qui ont pour but de déterminer l'état technique des équipements durant leur fonctionnement ; ils établissent par ailleurs un diagnostic technique des équipements à haut risque dont la durée de vie est en principe dépassée, les

résultats de ce diagnostic servant ensuite à déterminer si les équipements en question peuvent continuer à être utilisés.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que la proportion de travailleurs couverts par les visites de contrôle était trop faible et a demandé des statistiques concernant le nombre d'inspecteurs du travail et les mesures administratives (amendes, suspensions ou arrêt d'activité, dossiers transmis au Ministère public) adoptées. Il a également demandé des statistiques relatives aux sanctions prononcées à la suite d'une saisine du ministère public. Il a en outre demandé des informations sur les amendes et peines applicables en vertu du Code des infractions administratives et du Code pénal en cas d'infraction à la loi n° 2694-XII.

Le rapport indique que le nombre d'inspecteurs du travail en charge de la sécurité industrielle et de la protection des travailleurs a diminué au cours de la période de référence (1 387 en 2012, 1 022 en 2014 et 635 en 2015). Le nombre de personnes dont la responsabilité administrative en matière de sécurité industrielle et de protection des travailleurs a été mise en cause a lui aussi reculé (de 91 012 en 2012 à 2 310 en 2015). Le nombre de dossiers relatifs à des questions de sécurité industrielle et de protection des travailleurs qui ont été transférés, suite aux résultats des visites d'inspection, aux services chargés de faire respecter la loi a encore diminué de 1 466 en 2012 à 33 en 2015. Le nombre de décisions ordonnant la cessation, la suspension ou la restriction d'activités économiques (décisions de justice prononcées à la suite de dossiers émanant du Service national de l'emploi) est tombé de 54 442 en 2012 à 34 en 2015.

Le Comité note que, selon les chiffres publiés par ILOSTAT, le nombre d'inspecteurs du travail a baissé (573 en 2012, 582 en 2014 et 441 en 2015) ; le nombre moyen d'inspecteurs du travail par 10 000 salariés est demeuré peu élevé (0,3) durant la période de référence, le nombre de visites réalisées au cours de l'année par des inspecteurs sur les lieux de travail a fortement diminué (39 478 en 2013, contre 2 704 en 2015) ; quant au nombre moyen de visites effectuées par chaque inspecteur, il a lui aussi reculé durant la période de référence (69 en 2012, contre 16,3 en 2015). Le Comité demande que le prochain rapport explique les différences entre le nombre d'inspections sur site indiqué dans le rapport et celui donné par ILOSTAT.

Selon le rapport, la baisse des taux d'activités de contrôle est due à l'interruption des visites d'inspection instaurée entre août 2014 et juin 2015 par les lois n° 719-VII du 16 janvier 2014 relative au budget 2014 de l'Etat et n° 76-VIII du 28 décembre 2014 portant modification et invalidant certains textes de loi, ainsi qu'à la mise en place, au deuxième semestre 2013, de la réglementation permettant de suspendre ou de restreindre l'exécution de certaines tâches ou la fourniture de certains services, et ce sur décision du tribunal administratif (conformément à la loi n° 353-VII du 20 juin 2013 portant modification de certains textes de loi relatifs à la levée de restrictions pesant sur les activités des entreprises).

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises (Observation interprétative de l'article 3§3, Conclusions 2013). Le rapport ne contenant pas de réponse à la question qu'il a précédemment posée sur ce point (Conclusions 2013), le Comité demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Le Comité considère qu'au cours de la période de référence, les structures d'inspection du travail n'étaient pas suffisamment développées dans la pratique pour établir l'existence d'un système d'inspection du travail efficace et qu'en termes absolus, le nombre d'amendes et les montants infligés demeurent trop faibles pour développer un effet dissuasif. Le Comité rappelle que maintenir un système d'inspection efficace suppose qu'un nombre minimum de visites de contrôle soient effectuées régulièrement afin que le droit consacré par l'article 3 profite effectivement au plus grand nombre de travailleurs. Il demande que le prochain rapport indique la proportion de travailleurs, par rapport à la population active totale,

couverts par les visites de contrôle effectivement réalisées au cours de la période de référence, et le nombre de visites de contrôle réalisées dans la fonction publique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que le système d'inspection du travail, en ce qui concerne santé et de sécurité au travail soit efficace est inefficace.

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 contenues dans le rapport soumis par l'Ukraine, mais souligne les lacunes importantes dans les informations fournies en relation avec les exigences spécifiques de l'article 3§4 de la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015, conformément à la décision prise par le Comité des Ministres lors de la 1196ème réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les Etats ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2014, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2013), le Comité a jugé la situation de l'Ukraine contraire à la Charte pour ce qui est des services nationaux de médecine du travail, au motif que l'existence d'une stratégie visant à instituer progressivement l'accès à de tels services pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité n'avait pas été établie. Le Comité a demandé que le rapport suivant précise si tous les travailleurs de toutes les branches d'activité, dans le secteur public comme dans le secteur privé, bénéficiaient de services de médecine du travail et, dans la négative, si une politique nationale avait été engagée en vue de leur y donner accès. Il a également demandé si ces services se limitaient à des examens médicaux ou englobaient, par exemple, des informations, avis et conseils sur des questions touchant à la santé en milieu professionnel et si les travailleurs participaient à l'organisation et/ou à la gestion des services de santé. Il a demandé en quoi consistaient et comment étaient organisés les services de médecine du travail dans les entreprises de moins de 50 personnes. Il a en outre demandé des informations sur les objectifs de la restructuration du Service national de l'emploi et sur ses conséquences pour les services de médecine du travail.

Le rapport indique qu'aucune modification importante n'a été apportée à la législation nationale durant la période de référence.

Le rapport fait cependant état de la création, en 2014, d'un nouveau Service national de l'emploi (Derzpraci) institué par la résolution n° 442 adoptée en Conseil des Ministres le 10 septembre 2014 concernant l'optimisation du réseau de bureaux régionaux du pouvoir exécutif central ; ce nouveau Service est issu de la fusion de l'Inspection nationale du travail et du Service national de contrôle des mines et de la sécurité industrielle, dont les fonctions ont été transférées au nouveau Service de médecine du travail, également chargé du contrôle des sites sur lesquels des travailleurs sont exposés à des radiations. Le règlement du Service national de l'emploi a été approuvé par la résolution n° 96 adoptée en Conseil des Ministres le 11 février 2015.

Le Comité constate qu'il n'existe aucune stratégie visant à instituer progressivement l'accès aux services de santé au travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de stratégie visant à développer les services de médecine du travail pour tous les travailleurs.

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 l'Ukraine.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance (moyenne des deux sexes confondus) était de 71,3 ans en 2015 (69,7 en 2009). Malgré cette tendance positive, l'espérance de vie reste relativement faible par rapport aux autres pays européens. L'espérance de vie à la naissance était ainsi estimée à 80,6 ans en 2015 pour les 28 pays de l'UE.

D'après les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) a augmenté durant la période de référence, passant de 14,4 en 2012 à 14,9 en 2015. Le rapport fournit des données statistiques sur le taux de mortalité en milieu urbain (13,2 en 2015) et en milieu rural (18 en 2015), et indique que le taux de mortalité de la population rurale dépasse le taux de mortalité de la population urbaine de 37,1 %.

Le Comité relève dans le rapport que les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires (67,3 %), le cancer (13,3 %), les causes externes de mortalité (6,3 %) et les maladies du système digestif (4 %).

Divers programmes sociaux ciblés ont été financés et mis en œuvre à l'échelle nationale durant la période de référence (2012-2015). Le rapport mentionne les mesures de lutte contre le cancer prises dans ce cadre, de même que celles axées sur la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux. Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur les mesures concrètes prises pour combattre les principales causes de mortalité et sur les résultats obtenus.

Le rapport fait état d'une baisse de la mortalité infantile depuis la dernière période de référence – 8,6 en 2012 et 7,9 en 2015 (à titre de comparaison, la mortalité infantile s'élevait à 9,17 décès pour 1 000 enfants nés vivants en 2010). Le Comité prend note de cette baisse, mais considère que ce taux demeure élevé par rapport aux autres pays européens (d'après les données publiées par Eurostat, en 2015, la moyenne des 28 pays de l'UE s'établissait à 3,6 enfants décédés pour 1 000 enfants nés vivants).

Pour ce qui est du taux de mortalité maternelle, le rapport indique que sur la période 2012-2015, les mesures prises dans le cadre du programme national « Santé génésique de la nation » visaient à réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Selon le rapport, le taux de mortalité maternelle, qui atteignait déjà 12,7 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes en 2012, a poursuivi sa courbe ascendante : 12,9 en 2013, 14,8 en 2014, 14,6 en 2015. Le Comité constate que les indicateurs de la Banque mondiale font état des taux suivants : 25 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012 et 24 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la période 2013-2015, taux qui sont également très largement supérieurs à la moyenne européenne.

Le Comité considère que ces taux élevés de mortalité maternelle et infantile, de même que la faible espérance de vie, montrent que l'Ukraine ne s'inscrit pas dans la moyenne des autres pays européens et sont révélateurs des faiblesses du système de santé. Constatant l'insuffisance des efforts déployés et des progrès accomplis eu égard à ces indicateurs, il reconduit sa précédente conclusion de non-conformité.

Accès aux soins de santé

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de santé (Conclusions 2013). Il prend note des informations figurant dans le rapport concernant les mesures prises durant la période de référence en ce qui concerne l'assistance médicale

d'urgence, la tuberculose, l'hépatite, le VIH/sida et la toxicomanie. Il demande à être informé de la mise en œuvre de ces mesures/programmes dans le prochain rapport.

Le Comité a précédemment demandé à être informé de la mise en œuvre des réformes, de la manière dont elles répondaient aux besoins de santé de la population, de leur incidence sur les coûts des soins de santé et de si elles se traduisaient par une baisse de la mortalité évitable (Conclusions 2013). Le rapport indique que la réforme des établissements dispensant les soins de santé primaires est toujours en cours, en raison de la réforme territoriale et administrative et de la création d'unions de collectivités territoriales. Les questions relatives à l'autonomie des établissements de santé, ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en place d'indicateurs modernes et efficaces de la qualité des soins primaires et à la création d'un pool de directeurs formés à des méthodes de gestion moderne des centres de soins primaires, sont dûment abordées, et des solutions sont apportées. Le rapport contient des données chiffrées concernant les cabinets de généralistes (médecins de famille) et les centres de soins primaires.

Le Comité a noté précédemment que les dépenses de santé en Ukraine étaient faibles par rapport aux normes régionales et qu'elles n'avaient guère augmenté en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) depuis le milieu des années 1990 ; ce niveau de dépenses ne permettait pas de garantir l'accès à une prise en charge illimitée ancré dans la Constitution. Même si les dispositifs d'avance des frais tendaient à se répandre, comme les caisses de maladie, les frais à la charge des patients représentaient 37,4 % des dépenses totales de santé (Conclusions 2013).

Le Comité relève dans les données de la Banque mondiale que les dépenses publiques de santé représentaient 4,12 % du PIB en 2012 et 3,6 % en 2014. Selon la même source, le reste à charge pour les patients s'élevait à 41,98 % des dépenses totales de santé en 2012 et à 46,21 % en 2014, ce qui indique une tendance à la hausse durant la période de référence.

S'agissant du financement des soins, le rapport indique que sur la période 2012-2015, le financement du système de santé provient principalement des budgets de l'État et des collectivités locales, qui constituent une source de financement obligatoire, mais aussi des caisses de sécurité sociale, des fonds privés des ménages, des employeurs, d'organisations à but non lucratif au service des ménages et d'organisations internationales de donateurs qui allouent des fonds au système de protection de la santé. En 2015, le volume de financement des mesures médicales de certains programmes nationaux imputé sur le budget de l'État avoisinait les 3 696,9 milliards UAH, soit 33,8 % des dépenses consacrées aux soins de santé (en 2014, la dotation était de 3,13 milliards UAH). Malgré la forte hausse des prix des médicaments et des dispositifs médicaux, les dépenses au titre des mesures prévues par les programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH/sida ou l'hépatite, les programmes de prophylaxie par immunisation des enfants, de traitement du cancer ou de prise en charge des enfants gravement malades sont restées dans les limites du budget alloué en 2014.

Le Comité a pris note précédemment des commentaires du Conseil national pour les droits et la sécurité des patients. Cette organisation souligne que malgré la disposition constitutionnelle qui garantit à tout citoyen le droit à des soins de santé, le manque de volonté politique, l'inefficacité de l'action publique et la complexité des procédures empêchent de fait des millions de patients d'avoir accès en temps voulu à un traitement adapté. Le coût des soins dans certains domaines thérapeutiques, ainsi que les prix élevés de médicaments que les patients ne peuvent pas se payer, sont considérés comme des problèmes majeurs. Cette organisation affirme également que le budget limité des soins de santé en Ukraine pourrait avoir des conséquences désastreuses pour assurer l'accès aux soins de santé, en particulier pour les patients atteints d'hémophilie et d'hépatite C. Le Comité a invité le Gouvernement à fournir des observations sur ces allégations (Conclusions 2013). Il constate, au vu des données figurant dans le rapport, que les dotations des

programmes sociaux ciblés mis en œuvre à l'échelon national dans le cadre des mesures centralisées relatives à la prise en charge des enfants et des adultes atteints d'hémophilie, de même que les dotations destinées à la prévention, au diagnostic et au traitement de l'hépatite, ont augmenté pendant la période de référence.

Le Comité rappelle que les modes d'accès aux soins ne doivent pas entraîner des retards indus dans la fourniture des soins. L'accès aux traitements doit être fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en termes de qualité de vie (Conclusions XX-2 (2013), Pologne).Il demande que le rapport suivant contienne des données chiffrées concernant le délai d'attente moyen réel pour les soins primaires et spécialisés, ainsi que pour les soins hospitaliers et ambulatoires (y compris pour les interventions chirurgicales).

Le Comité relève dans le rapport Ukraine 2015 de la série *Health Systems in Transition* [systèmes de santé en transition] de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé qu'une réforme en trois phases devait être mise en œuvre sur quatre ans (2010-2014), avec comme but affiché de renforcer les soins primaires et les soins d'urgence, de rationaliser les hôpitaux et de modifier le modèle de financement des soins de santé, en passant d'un mode de financement de type input, sans obligation de résultats, à un financement basé sur les performances (output). Cependant, aucune réforme fondamentale du système n'a encore été menée à bien. Le conflit en Ukraine et l'instabilité politique se sont avérés être le plus grand obstacle à la mise en œuvre de la réforme.

La même source indique que les problèmes majeurs du système de santé ukrainien restent son inefficacité pour ce qui est de protéger la population contre le risque d'avoir à faire face à de coûteuses dépenses de santé et son inefficacité structurelle, entretenue par un mode de financement inefficace. Les faiblesses du système de santé sont aussi mises en lumière par des taux toujours plus élevés de mortalité évitable. Toujours selon le rapport 2015 précité, les préoccupations relatives au caractère abordable des soins sont liées à la prévalence des paiements informels et au coût des traitements médicamenteux ; de telles préoccupations constituent en elles-mêmes une barrière à l'accès aux soins.Le Comité demande que le rapport suivant rende compte des mesures prises pour remédier à ces problèmes. Il demande en particulier des informations concernant la part du reste à charge attribuable à des paiements informels et la fréquence des paiements informels, et si de tels paiements sont une pratique courante en Ukraine. Entretemps, tout en rappelant que le coût des soins ne doit pas représenter une charge trop lourde pour les individus et que les paiements directs ne doivent pas constituer la principale source de financement du système de santé, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour garantir efficacement le droit à l'accès aux soins de santé sont insuffisantes.

Le Comité a précédemment adopté une question générale, adressée à tous les pays, sur l'existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes et l'éventail des possibilités et traitements offerts (Conclusions 2009). Dans sa conclusion précédente, il a de nouveau demandé que ces informations figurent dans le rapport suivant (Conclusions 2013). Le rapport indique que le plan d'action 2015 concernant la mise en œuvre de la politique nationale en matière de drogues pour la période allant jusqu'en 2020 a été approuvé par la résolution ministérielle n° 514-r du 25 mars 2015. Le rapport fournit des données chiffrées relatives au réseau des organismes offrant un traitement de la toxicomanie en Ukraine. Sur la période 2012-2014, cinq centres régionaux de resocialisation de jeunes toxicomanes implantés dans cinq régions – Donetsk, Jitomir, Kiev, Mykolaïv, Kherson – fonctionnaient en Ukraine.

Le Comité demande que le prochain rapport relatif à l'article 11§1 contienne des informations concernant l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles mentaux et les mesures favorisant le processus de rétablissement.

Le Comité demande que le prochain rapport relatif à l'article 11§1 contienne des informations concernant l'offre de soins et traitements dentaires (par exemple, qui a droit à des soins dentaires gratuits, coût des principaux traitement et proportion des paiements directs des patients).

Concernant le droit à la protection de la santé des personnes transgenres, le Comité a précédemment reçu des observations de l'association ILGA-Europe (branche européenne de l'International Lesbian and Gay Association) indiquant qu'en Ukraine, les personnes transgenres sont tenues de subir une stérilisation pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre. Sur ce point, le Comité a demandé si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou intégrité physique (Conclusions 2013, Introduction générale).

Le rapport indique qu'un certificat médical est délivré à toute personne ayant subi une intervention de changement de sexe. Il est ensuite décidé sur cette base de la modification ultérieure de l'état civil de l'intéressé. Selon une pratique communément acceptée en Ukraine, la prise en charge des personnes qui veulent changer de sexe repose fondamentalement sur des traitements conservateurs et chirurgicaux décidés en accord avec le patient, moyennant la signature par ce dernier du formulaire de « consentement éclairé ». Ce document constitue la confirmation légale du consentement du patient à l'intervention chirurgicale. Le rapport ajoute que les dispositions de droit interne relatives au changement de sexe ne requièrent pas une stérilisation obligatoire. La décision d'ablation des organes génitaux n'est prise que sur demande du patient, qui doit donner son consentement.

Le Comité prend note des observations formulées par Transgender Europe et ILGA-Europe concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent cycle de contrôle. Ces organisations font état de cas isolés en Ukraine où les tribunaux se sont prononcés contre la stérilisation ou d'autres traitements médicaux invasifs, mais soulignent que rien ne garantit que de telles décisions deviendront jurisprudence constante dans l'ensemble du pays. Les autorités ont par ailleurs formulé des propositions de modification des procédures qui mettraient fin à de telles impositions. Le Comité demande à être informé de toute évolution de la jurisprudence et des lois encadrant la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle sont insuffisantes ;
- les mesures prises pour garantir efficacement le droit à l'accès aux soins de santé sont insuffisantes.

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 l'Ukraine.

Education et sensibilisation de la population

Dans ses Conclusions 2013, le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que l'information et la sensibilisation soient une priorité de la santé publique (Conclusions 2013).

Dans ses Conclusions 2015, le Comité a pris note des informations communiquées par l'Ukraine en réponse à la conclusion précitée et considéré qu'il était désormais établi que l'information et la sensibilisation de la population étaient une priorité de la politique de santé publique. Il a néanmoins demandé que le rapport suivant contienne des informations sur la mise en œuvre des différentes mesures (Conclusions 2015).

Le rapport fournit des informations sur les mesures prises durant la période de référence, dont des campagnes pour prévenir les risques de l'usage de drogues par les jeunes, des activités éducatives de prévention de l'usage des drogues et de promotion d'un mode de vie sain auprès des enfants, des adolescents et de leurs parents, des campagnes médiatiques, ou encore des manifestations annuelles visant à promouvoir la protection de l'environnement, la prévention des modes de vie nuisibles pour la santé, une alimentation équilibré ou la prévention du VIH/sida.

S'agissant de l'éducation à la santé à l'école, le Comité a noté précédemment les activités du réseau des dispensaires adaptés aux jeunes, créés en coopération avec l'Unicef. Le rapport indique qu'en 2015, l'Ukraine en comptait 139. Le Comité comprend que ces dispensaires assurent une éducation à la santé en milieu scolaire et demande que le prochain rapport confirme cette interprétation.

Le Comité a rappelé que l'éducation à la santé à l'école doit être assurée tout au long de la scolarité et être inscrite dans les programmes scolaires. Il a demandé si l'éducation à la santé à l'école était obligatoire, comment elle s'intégrait dans les programmes scolaires (discipline à part ou intégrée dans d'autres matières) et quel était le contenu de l'éducation à la santé (Conclusions 2013).

Le rapport indique que la loi prévoit une éducation à la santé en milieu scolaire. Optimiser la formation générale est un axe prioritaire du programme « Éducation à l'hygiène des enfants, des adolescents et des jeunes » et de la stratégie « La santé par l'éducation ». La formation intégrée « Fondamentaux de la santé », qui est l'un des volets de l'enseignement public pour les élèves de la 5e à la 9e année, a été améliorée dans ce but. Les programmes du premier cycle du secondaire, revus conformément aux nouvelles orientations définies par l'État pour l'enseignement secondaire, sont en vigueur depuis le 1er septembre 2013. Le programme comporte 35 heures d'enseignement et s'articule autour de quatre thèmes : i) la santé humaine ; ii) les composantes physiques de la santé ; iii) les composantes mentales et émotionnelles de la santé ; iv) la composante sociale de la santé. Le thème « Santé et sécurité » (une demi-heure par semaine) est étudié dans le cadre du programme « Fondamentaux en santé et sécurité » en 10e et 11e année, comme auparavant.

Le Comité rappelle que l'éducation sexuelle et génésique est un processus visant à développer la capacité des enfants et adolescents à comprendre leur sexualité dans sa dimension biologique, psychologique, socioculturelle et reproductrice, de façon à leur permettre de prendre des décisions responsables pour ce qui concerne leurs comportements en matière de sexualité et de procréation. Il reconnait que les normes culturelles et la religion, les structures sociales, le milieu scolaire et les facteurs économiques varient à travers l'Europe et affectent le contenu de l'éducation sexuelle et génésique ainsi que la façon dont elle est dispensée. Toutefois, partant du principe largement accepté que l'éducation délivrée en milieu scolaire peut s'avérer efficace pour

limiter les comportements sexuels à risque, il considère que les États doivent assurer que : l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires ; les cours ainsi dispensés soient suffisants sur le plan quantitatif ; la forme et le fond de cet enseignement, y compris les programmes et méthodes didactiques, soient pertinents, culturellement appropriés et de qualité suffisante ; il faut en particulier s'assurer que les informations communiquées soient objectives, reposent sur des preuves scientifiques récentes et ne soient pas censurées, dissimulées ou délibérément mensongères, par exemple en ce qui concerne la contraception et les différents moyens de préserver sa santé sexuelle et génésique ; une procédure de contrôle et d'évaluation de l'enseignement dispensé soit mise en place afin de satisfaire aux critères précités (*Centre international pour la protection juridique des droits de l'homme (INTERIGHTS) c. Croatie*, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, paragraphes 46-47). Le Comité demande que le rapport suivant indique si une éducation sexuelle et génésique est dispensée à l'école en Ukraine et, dans l'affirmative, quelles en sont les modalités.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a noté précédemment que conformément à l'arrêté n° 417 publié le 15 juillet 2011 par le ministère de la Santé, toutes les femmes enceintes sont suivies gratuitement pendant leur grossesse et après l'accouchement. Le rapport ne fournit aucune information sur ce point.Tout en se référant à sa conclusion au titre de l'article 11§1, où il a noté que le taux de mortalité maternelle reste élevé, il demande des informations complètes et à jour sur la fréquence et les résultats des consultations et dépistages pour les femmes enceintes sur tout le territoire.

S'agissant du dépistage, le Comité a demandé à plusieurs reprises des informations pertinentes concernant l'organisation de consultations et de dépistages pour la population dans son ensemble (Conclusions 2009, 2013 et 2015).

Faute d'informations, le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que la prévention par le dépistage soit utilisée pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population (Conclusions 2013 et Conclusions 2015).

Le rapport indique qu'aucun programme de dépistage des maladies qui constituent les principales causes de décès n'a été mis en œuvre durant la période de référence. Ces activités sont organisées par des organisations caritatives et des organismes publics ou financées sur les budgets locaux lors de campagnes ponctuelles.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 11§2 de la Charte, des dépistages des maladies qui constituent les principales causes de décès doivent être organisés, si possible systématiquement (Conclusions 2005, République de Moldova). Il a en effet indiqué que « dans les domaines où le dépistage s'est avéré être un outil de prévention efficace, il doit être utilisé au maximum de ses capacités » (Conclusions XV-2 (2001), Belgique). Le Comité note qu'aucun programme de dépistage n'est en place pour la population dans son ensemble. Il considère par conséquent que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif que la prévention par le dépistage n'est pas utilisée pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif que la prévention par le dépistage n'est pas utilisée pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

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 l'Ukraine.

Environnement sain

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note des différents textes législatifs et réglementaires adoptés par l'Ukraine pendant la période de référence pour réduire les risques liés à l'environnement, en particulier dans le domaine de la qualité de l'air, de la gestion de l'eau, de la gestion des déchets, du bruit environnemental, de la protection contre les radiations ionisantes et de la sécurité alimentaire. Il a demandé des informations sur les indicateurs environnementaux, à savoir les tendances du point de vue de la pollution de l'air, de la contamination de l'eau potable et des intoxications alimentaires pendant la période de référence (Conclusions 2013).

Le rapport fournit des données chiffrées concernant la pollution atmosphérique en milieu urbain et rural. À titre d'exemple, en 2015, 3,6 % des échantillons prélevés en milieu urbain contenaient des concentrations en polluants dépassant la teneur maximale admissible (3,3 % en 2014, 5,4 % en 2013, 5,8 % en 2012). Ce pourcentage était de 1 % pour les zones rurales (1 % en 2014, 0,6 % en 2013, 1,1 % en 2012).

S'agissant de l'eau potable, le rapport indique que ces dernières années, jusqu'à 5 % des canalisations n'étaient pas conformes aux normes sanitaires (3,2 % en 2015, 3,1 % en 2014, 3,8 % en 2013, 4,5 % en 2012). Concernant l'approvisionnement en eau de la population rurale, 5,3 % des conduites d'eau en milieu rural n'étaient pas conformes à la réglementation et aux normes sanitaires (5,4 % en 2014, 6,3 % en 2013).

En matière de sécurité alimentaire, d'après les données statistiques pour 2015, le pourcentage d'échantillons non conformes aux valeurs microbiologiques de référence s'établissait à 3,4 % (3,2 % en 2014, 3,1 % en 2013, 2,9 % en 2012), et celui des échantillons non conformes aux valeurs sanitaires et chimiques à 0,8 % (0,9 % en 2014, 1 % en 2013, 1 % en 2012). Le Service sanitaire et épidémiologique national est responsable de la détection et du retrait du marché des produits défectueux et dangereux.

Le Comité demande à être informé de toute mesure prise pour réduire les risques liés à l'environnement, des tendances de la pollution de l'air et de l'évolution de la situation en ce qui concerne l'amiante, la pollution de l'eau potable et les intoxications alimentaires durant la période de référence.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité a noté précédemment que la publicité pour les produits du tabac est interdite à la télévision, à la radio, sur les panneaux publicitaires et dans la presse écrite. Par ailleurs, le Parlement a adopté en mai 2012 une loi qui interdit totalement de fumer dans les lieux publics, les transports en commun, les entreprises, les institutions et les organisations (Conclusions 2013).

Le rapport indique que d'après les données des enquêtes nationales conduites par l'institut international de sociologie de Kiev, la part des fumeurs quotidiens dans la population ukrainienne âgée de 18 ans et plus était de 9 % chez les femmes et de 42,4 % chez les hommes en décembre 2015. Il ajoute que selon l'enquête du Service national des statistiques de l'Ukraine, la prévalence du tabagisme chez les répondants âgés de 12 et plus était de 18,4 % en 2015. En général, la prévalence du tabagisme a chuté de 21,8 % à 18,4 % en trois ans (2012-2015). La réduction la plus sensible de la prévalence des cardiopathies a été observée en 2013 (baisse de 9 %).Le rapport ajoute que depuis 2013 l'interdiction de fumer est applicable au secteur de la restauration et à d'autres lieux. Le Comité relève dans le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (Profil

Ukraine 2017) que les bureaux et lieux de travail intérieurs ne sont pas des environnements sans fumée en Ukraine. Il demande si des mesures sont prises à ce sujet.

S'agissant de la consommation d'alcool, le rapport indique qu'en 2013, des modifications ont été apportées à l'article 130 du code des infractions administratives dans le sens d'un alourdissement de la responsabilité en cas de conduite en état d'intoxication due à l'alcool ou à toute autre drogue. Le code fiscal a en outre été modifié le 1er juillet 2015 de façon à ce que toutes les boissons présentant une teneur en alcool éthylique supérieure à 0,5 % vol., y compris la bière, appartiennent à la catégorie des boissons alcoolisées. Cela signifiait en pratique que toutes les dispositions législatives et réglementaires régissant l'industrie des boissons alcoolisées s'appliqueraient désormais à la bière (restrictions relatives à la publicité et au parrainage par exemple).

Concernant les drogues, le rapport cite l'approbation par résolution ministérielle (no 514-r), le 25 mars 2015, du plan d'action 2015 pour la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre les drogues, qui couvre la période allant jusqu'en 2020. Des activités de prévention et de sensibilisation axées sur la lutte contre les toxicomanies et la promotion d'un mode de vie sain et de bonnes habitudes de consommation pour résister aux influences préjudiciables ont été menées à bien ces dernières années en partenariat avec une centaine d'ONG. Ces ONG offrent des services aux jeunes atteints de troubles psychiques et comportementaux résultant de l'usage de substances psychoactives. Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de cette politique et notamment de ses effets sur l'évolution de la consommation de drogue.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des chiffres à jour sur les niveaux et les tendances de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, ainsi que sur les mesures prises pour réduire et prévenir la consommation.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité a noté précédemment qu'une évaluation extérieure du programme de vaccination en Ukraine a fait apparaître une baisse de ses performances ces dernières années en raison de ruptures des stocks de vaccins, d'une médicalisation excessive de la vaccination et de la perte de confiance de l'opinion dans les vaccins. Il a pris note du faible taux de couverture vaccinale des enfants en 2011 (par exemple, 54,3 % pour la poliomyélite, 45,9 % pour la coqueluche, la diphtérie et le tétanos, 26,2 % pour l'hémophilie, 67 % pour la rougeole, la parotidite et la rubéole, et 21,6 % pour l'hépatite B). Le Comité a invité le Gouvernement à faire part de ses commentaires à ce sujet et réservé sa position sur ce point (Conclusions 2013).

Le rapport fait état de l'instabilité de la situation épidémique constatée ces dernières années pour les maladies infectieuses dont la maîtrise est assurée par une prophylaxie spécifique. Ceci tient à une baisse du volume des injections préventives, provoquée par les graves insuffisances du financement du programme national de vaccination prophylactique pour la période 2009-2015 et par une livraison retardée des doses de vaccins aux régions. Le rapport ne contient pas de données relatives au taux de couverture pour la période de référence. Le Comité demande que les taux de couverture vaccinale pour les vaccins inscrits dans le programme national de vaccination figurent dans le prochain rapport.

Le Comité note les informations de l'OMS selon lesquelles le ministre ukrainien de la Santé a annoncé, le 1er septembre 2015, que la poliomyélite était à l'origine de la paralysie observée chez deux enfants, âgés respectivement de 10 mois et de 4 ans. Ces enfants vivaient dans la région de Transcarpatie, dans le sud-ouest de l'Ukraine. Le pays a organisé trois cycles de vaccination supplémentaires pour protéger les enfants ukrainiens contre cette maladie invalidante. La même source indique qu'une équipe d'experts techniques a évalué les mesures prises par l'Ukraine face à cette flambée et conclu que la propagation du poliovirus avait été stoppée. Néanmoins, l'équipe demeurait préoccupée par les lacunes importantes de la couverture vaccinale dans le pays et par les déficits de surveillance, qui

exposaient l'Ukraine à de nouvelles flambées. En raison de l'insuffisance de la couverture vaccinale, les déficits immunitaires se sont accumulés en Ukraine.

Toujours selon l'OMS, en avril 2016, le passage au nouveau vaccin contre la poliomyélite (VPO) a été orchestré à l'échelle mondiale ; il a été procédé au remplacement du VPO trivalent (VPOt) par le VPO bivalent (VPOb) afin de supprimer la composante de type 2 (VOP2) des programmes de vaccination. Les vaccins trivalents devaient être détruits pour éviter tout risque de transmission. Le Comité demande si cela a été fait en Ukraine et si le nouveau vaccin est utilisé. Il note les recommandations de l'OMS concernant le poliovirus : si suffisamment de personnes au sein d'une population sont immunisées, le virus est privé de porteurs potentiels et s'éteint naturellement.Des taux élevés de couverture vaccinale doivent être maintenus pour stopper la transmission et empêcher de nouvelles flambées.

Le Comité rappelle que les États doivent disposer d'un programme de vaccination largement accessible. Ils doivent maintenir des taux de couverture vaccinale élevés en vue non seulement de réduire l'incidence des maladies, mais aussi de neutraliser le réservoir de virus et ainsi atteindre les objectifs fixés par l'OMS d'éradiquer plusieurs maladies infectieuses (Conclusions XV-2 (2001), Belgique). Les États doivent prouver leur capacité de réaction face aux maladies contagieuses (système de déclaration et de relevé des maladies, traitement particulier des cas de sida, mesures d'urgence pour faire face aux épidémies, etc.) (Conclusions XVII-2 (2005), Lettonie). Compte tenu de ce qui précède, le Comité considère que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'aucun programme efficace de vaccination et surveillance épidémiologique n'est en place.

Accidents

Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 11§3 de la Charte, les États doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principales catégories d'accidents couvertes sont les accidents de la route, les accidents domestiques et les accidents survenant durant les loisirs (Conclusions 2005, République de Moldova).

Le Comité demande des informations sur les mesures et les politiques prises pour prévenir les types d'accidents susmentionnés et en réduire le nombre, ainsi que sur les évolutions constatées en la matière (c.-à-d. si le nombre d'accidents a baissé ou augmenté).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'aucun programme efficace de vaccination et surveillance épidémiologique n'est en place.

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 l'Ukraine.

Organisation des services sociaux

Le rapport souligne que plusieurs textes réglementaires visant à réformer le système de services sociaux ont été adoptés pendant la période de référence. La Stratégie de réforme des services sociaux (ci-après « la Stratégie ») a été approuvée le 8 août 2012 par la résolution n° 556 du Conseil des ministres d'Ukraine. La Stratégie vise à faire en sorte que les services sociaux soient accessibles à l'ensemble de la population et à renforcer leur efficacité et leur qualité. Pour atteindre ces objectifs, la Stratégie définit des domaines d'intervention et énonce les principes et les critères à respecter. Le rapport ajoute que pour mettre en œuvre la Stratégie, un Plan d'action pour la période 2013 à 2016 a été approuvé le 13 mars 2013 par la résolution n° 208 du Conseil des ministres d'Ukraine. Dans le cadre de la réforme, un modèle organisationnel pour la fourniture des services sociaux au niveau local a été créé. Le Comité demande quel est l'impact de la Stratégie et du Plan d'action 2013-2016 sur les bénéficiaires de services sociaux.

Le rapport précise qu'afin de mettre en œuvre la réforme des services sociaux entre 2012 et 2015, 40 textes réglementaires ont été adoptés. Ces textes fournissent une liste de base des services sociaux et définissent les critères à respecter par les prestataires de services sociaux, la procédure d'octroi des services sociaux, avec la mise en place d'un tarif différencié selon le revenu des bénéficiaires, la procédure d'appel d'offres de services sociaux et les méthodes d'évaluation des offres. Ils contiennent également des recommandations d'ordre méthodologique concernant le contrôle et l'évaluation de la qualité des services sociaux, l'information des usagers sur leurs droits et la détermination du prix des services sociaux. De plus, une nouvelle version de la loi relative aux services sociaux a été élaborée pour assurer la mise en place du nouveau système et éliminer les problèmes législatifs et technologiques découlant de la décentralisation des services sociaux.

Accès égal et effectif

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé confirmation que le droit au bénéfice des services sociaux généraux s'appliquait à l'ensemble de la population.

Le rapport précise que, selon la loi relative aux services sociaux, tout individu ou groupe d'individus en difficulté est admis au bénéfice des services sociaux. Le rapport souligne que les recommandations méthodologiques relatives à l'information de la population concernant l'accès aux services sociaux ont été approuvées le 28 octobre 2014 par l'arrêté n° 828 du ministère de la Politique sociale.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le rapport suivant précise si les services sociaux n'étaient accessibles qu'aux personnes dans le besoin qui n'avaient pas de proches pour les aider, quel type d'aide les proches étaient tenus de fournir et ce qu'il risquaient s'ils refusaient d'apporter leur aide.

Le rapport précise que les centres territoriaux fournissent des services sociaux à tous les citoyens, qu'ils aient une famille à même de les aider ou non.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé quel était le tarif moyen demandé aux usagers. Ayant pris note de la liste des catégories de personnes en droit de bénéficier gratuitement de l'accès aux services sociaux, il a demandé si ces services étaient gratuits pour les personnes qui ne figuraient pas sur cette liste, mais qui n'avaient pas les moyens de payer les services sociaux dont ils avaient besoin.

Le rapport précise que les tarifs des services sociaux payants sont définis par le centre territorial conformément à la résolution n° 268 sur l'approbation de la procédure de réglementation des tarifs des services sociaux payants, adoptée le 9 avril 2005 par le Conseil des ministres d'Ukraine. Le rapport fournit une liste détaillée du prix moyen de différents services sociaux dispensés par les centres territoriaux. Afin que les personnes sans ressources puissent aussi bénéficier de services, il existe un tarif différencié qui ne doit pas dépasser 12 % du revenu de l'intéressé. **A cet égard, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le montant maximum facturé aux bénéficiaires.** Le rapport souligne que selon la loi de décentralisation de l'Ukraine, les collectivités locales peuvent, à leurs propres frais, mettre en place des garanties supplémentaires à celles prévues par la législation en vue de fournir des services sociaux aux personnes dans le besoin. Le rapport ajoute que selon la loi approuvée par le décret n° 1 417 du Conseil des ministres d'Ukraine du 29 décembre 2009, les personnes qui ont des familles tenues de leur prêter assistance peuvent être dispensées, à titre exceptionnel, de payer les services sociaux si elles ont de faibles revenus et bénéficient d'aides sociales de l'État, conformément à la législation, ou si elles sont, par exemple, dépendantes de substances psychoactives, alcooliques ou en prison.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a une nouvelle fois demandé quelle était la répartition géographique des services sociaux, afin de pouvoir déterminer si la couverture était suffisamment large pour que les services sociaux soient en pratique disponibles aux personnes dans le besoin quel que soit leur lieu de résidence.

Le rapport fournit des données statistiques publiées par le Service ukrainien des statistiques (Communiqué sur la protection sociale de la population), indiquant la répartition géographique des centres territoriaux de services sociaux, des établissements de séjour pour personnes âgées et personnes handicapées (adultes, enfants et adolescents) et des centres de protection sociale pour les familles, les enfants et les adolescents. Le rapport présente également les indicateurs de satisfaction des usagers des services sociaux pour chaque région, tirés d'une étude de Caritas Ukraine, commandée par le ministère de la Politique sociale. La Procédure de définition des besoins en matière de services sociaux de la population d'une unité territoriale administrative a été approuvée par l'arrêté n ° 28 du ministère de la Politique sociale d'Ukraine du 20 janvier 2014.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé qu'il soit précisé si l'autorité qui pouvait être saisie par les usagers bénéficiaires de services sociaux dans les cas urgents de discrimination et d'atteinte à la dignité humaine était une instance indépendante.

Le rapport précise que l'autorité en question (le ministère public) est une instance indépendante. L'indépendance du ministère public est garantie par la loi n° 1697-VII du 14 octobre 2014 relative au ministère public.

Dans sa conclusion précédente (2013), ayant noté que la loi de 2003 relative aux services sociaux ne faisait pas d'exception pour ce qui était de son application aux étrangers, le Comité a demandé confirmation que l'égalité de traitement était ainsi garantie également aux non-nationaux.

Le rapport confirme que l'accès aux services sociaux est garanti à tous les citoyens d'Ukraine, ainsi qu'aux étrangers et aux apatrides en difficulté qui sont en situation régulière sur le territoire ukrainien, y compris aux personnes couvertes par la loi relative aux réfugiés et aux personnes nécessitant une protection supplémentaire ou temporaire.

Qualité des services

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a conclu que la situation de l'Ukraine n'était pas conforme à l'article 14§1 de la Charte, au motif qu'il n'existait pas de mécanisme pour s'assurer du caractère suffisant des services sociaux.

Le rapport précise que les recommandations méthodologiques pour le contrôle et l'évaluation de la qualité des services sociaux ont été approuvées par l'arrêté n° 904 du ministère de la Politique sociale du 27 décembre 2012. Elles recommandent différentes étapes pour l'évaluation de la qualité des services sociaux, ainsi que des indicateurs de qualité et des critères de conformité pour l'évaluation interne et externe de la qualité des services sociaux. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant la mise en œuvre effective des contrôles de qualité et leur impact sur la qualité des services sociaux depuis l'adoption des recommandations méthodologiques précitées.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a une nouvelle fois demandé quel était le montant des dépenses publiques affectées aux services sociaux et quelle était la base juridique qui garantissait la confidentialité des données et le respect de la vie privée.

Le rapport précise que la confidentialité des données à caractère personnel est garantie par la loi n° 2297-VI du 1er juin 2010 sur la protection des données à caractère personnel.

Le rapport ajoute qu'en 2014, le financement des institutions et organisations fournissant des services sociaux a été décentralisé et réparti entre les budgets des régions, des villes à statut spécial, des districts et des communautés territoriales unies. Les dépenses totales affectées par les budgets locaux aux services sociaux fournis par les différentes institutions et par des particuliers ont dépassé les 4,7 milliards d'UAH en 2015. Selon les rapports statistiques, fin 2015, on dénombrait en Ukraine : – 657 centres territoriaux de services sociaux qui fournissaient des services à plus de 1,43 millions de bénéficiaires ; – 289 établissements de séjour pour personnes âgées et pour personnes handicapées (46 400 personnes) ; – 105 centres d'accueil pour sans-abri et centres de réinsertion sociale pour des personnes ayant été condamnées à des peines restrictives de liberté ou d'emprisonnement (plus de 27 200 personnes).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

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 rapportde l'Ukraine.

Le cadre juridique régissant les relations liées aux activités de bénévolat est la loi nº 3 236-VII du 19 avril 2011 sur les activités bénévoles (Conclusions 2013).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a rappelé qu'un mécanisme de contrôle devait être mis en place afin de veiller à la qualité des services fournis par des particuliers, des organisations bénévoles ou d'autres structures et de garantir les droits des usagers ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés fondamentales et a, par conséquent, demandé de clarifier la situation à cet égard.

Le rapport précise que plusieurs textes réglementaires visant à réformer le système de services sociaux ont été adoptés pendant la période de référence (voir les informations fournies au titre de l'article 14§1 concernant les recommandations méthodologiques pour le contrôle et l'évaluation de la qualité des services sociaux).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le rapport suivant contienne des données statistiques sur les subventions versées par l'État et les collectivités locales aux organismes bénévoles qui fournissent des services sociaux. Il a aussi demandé que le rapport suivant décrive les autres types d'aide qui pourraient être mises à disposition des organisations bénévoles, comme par exemple des avantages fiscaux.

Le rapport précise que les organisations et les institutions engagées dans des activités bénévoles peuvent bénéficier de financements spécifiques ou de locaux pour développer leurs activités également dans le secteur de la fourniture de services sociaux (par exemple, en participant à des appels d'offres ou à des partenariats public-privé). Le rapport ajoute qu'en 2015, neuf organes consultatifs régionaux ont été créés afin de coordonner les activités caritatives et bénévoles. Les campagnes de promotion du secteur bénévole ont incité de nombreux jeunes et personnes âgées à s'investir bénévolement pour collecter des fonds au profit d'organisations caritatives et prêter assistance aux catégories socialement vulnérables de la population.

D'après le rapport, en 2015, des services sociaux ont été commandés dans deux régions conformément à la résolution n° 324 du Conseil des Ministres d'Ukraine du 29 avril 2013 sur l'approbation de la procédure de commande de services sociaux financés sur les fonds budgétaires, pour un montant total d'environ 200 000 UAH (en 2014, des services sociaux avaient été commandés dans une région pour un montant total de 95 000 UAH). Le rapport souligne que, pour inciter les organisations non gouvernementales à participer à la fourniture de services sociaux, les collectivités locales peuvent aussi avoir recours à d'autres mécanismes de soutien (financement de projets sociaux, subventions provenant des budgets locaux dans le cadre du développement économique et social des régions).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine 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 l'Ukraine.

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 a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé si l'interdiction de la discrimination consacré par la loi n° 3712-XII du 16 décembre 1993 s'applique aussi bien au secteur public qu'au secteur privé, et de quelles voies de recours disposent les victimes de pratiques discriminatoires. Le rapport ne répond pas à la première partie de la question mais indique autrement que la loi n° 5207-VI du 6 septembre 2012 relative aux principes de prévention et de lutte contre la discrimination en Ukraine s'applique aux personnes physiques et morales, qu'elles relèvent du droit public ou privé. La loi assure l'égalité des droits et libertés, l'égalité de traitement et l'égalité des chances des personnes et groupes de personnes. Le Comité souhaite savoir s'il existe une jurisprudence en matière de discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi qui protégerait les personnes âgées contre de telles discriminations.

Le rapport indique également qu'une personne victime de pratiques discriminatoires a le droit de porter plainte devant les autorités gouvernementales compétentes, le Commissaire aux droits de l'Homme du Parlement d'Ukraine ou une cour. Le Comité demande s'il existe une jurisprudence ou des données statistiques sur le nombre de plaintes enregistrées ou affaires traitées liées à une discrimination fondée sur l'âge.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2009 et 2013), si des garanties sont prévues pour éviter qu'elles ne soient privées arbitrairement de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome. Le rapport indique qu'une personne reconnue incapable, partiellement ou entièrement, a le droit d'être placée sous tutelle ou curatelle après décision de justice. Toute personne qui a connaissance d'une situation susceptible d'intéresser les autorités de tutelle ou curatelle doit les en informer. Une personne capable, qui ne peut, en raison de son état de santé, exercer ses droits et s'acquitter de ses obligations, a, par ailleurs, le droit de se faire aider par un tiers de son choix. À la demande de la personne intéressée, le nom de son représentant de fait est, d'abord, enregistré, puis confirmé par l'autorité de tutelle et de curatelle.

Ressources suffisantes

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

Le Comité note que l'âge légal de départ à la retraite a été relevé pour les femmes ; il est désormais fixé à 60 ans avec 30 années de cotisations. L'âge d'admission au bénéfice de la prestation de vieillesse pour les homme est resté inchangé.

Le rapport indique que la loi n° 3668 du 8 juillet 2011 sur les mesures visant à assurer la réforme législative du système de pension a permis, d'une part, d'adapter les pensions en fonction du salaire mensuel dès le 1er mai 2012 et, d'autre part, d'augmenter les pensions versées aux vétérans de guerre. Le rapport précise, par ailleurs, que les conflits survenus en Ukraine en 2014-2015 ont, outre une croissance de l'inflation, conduit au déclin économique du pays. Toutefois, le Comité constate que, malgré les mesures d'austérité adoptées en 2014, l'Ukraine a relevé le montant minimum de la pension sociale de vieillesse, la faisant passer de 949 UAH au cours de la précédente période de référence à 1 074 UAH (soit environ 43 €) à compter du 1er septembre 2015.

Le Comité relève dans le rapport qu'en 2014-2015, le seuil de pauvreté était fixé à 1 560 UAH (soit environ 62 €), tandis que le seuil de l'extrême pauvreté (en termes relatifs) était de 1 248 UAH (soit environ 49 €). Il prend note des efforts menés par l'Ukraine mais constate néanmoins que, même si le montant de la pension minimum a nettement augmenté par rapport à la période de référence précédente, au moins 13 %, il demeure inférieur au seuil de pauvreté, et est même légèrement inférieur au seuil de l'extrême pauvreté. Il relève, en outre, que les taux de pauvreté relatif et d'extrême pauvreté étaient, respectivement de 23,8 % et 10,3 % en 2014-2015.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé s'il existe des prestations et/ou allocations en espèces supplémentaires prévues pour les bénéficiaires du montant minimum (ou, le cas échéant, la pension garantie pour les personnes âgées à faible revenu). Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet, de sorte que le Comité réitère sa question.

Pour ces raisons, le Comité considère que le montant minimum de la pension est insuffisant. La situation n'est, dès lors, pas conforme à la Charte sur ce point.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), notamment demandé ce qui a été fait pour évaluer l'ampleur du problème et faire prendre conscience de la nécessité d'éradiquer la maltraitance et le délaissement des personnes âgées. Le rapport indique que l'organisation à but non-lucratif « Soins pour les personnes âgées d'Ukraine » a lancé, avec le soutien de l'UE, un projet sur la prévention de la maltraitance des personnes âgées. Les résultats de ce projet ont été publiés et une conférence internationale s'est tenue à Kiev en février 2014. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur les résultats de ce projet. Le rapport indique également que des Commissions sur l'aide aux victimes d'abus ont été créées en coopération avec les administrations locales. Le Comité demande à recevoir davantage d'informations à ce sujet. Le rapport indique, enfin, qu'un guide méthodologique sur l'identification des marques d'abus a été traduit et publié, et que 300 volontaires ont été formés à détecter les cas d'abus sur personnes âgées et à aider les victimes.

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 a, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), premièrement, demandé des précisions sur les services disponibles, sur leur portée et sur leur coût. Le rapport indique que la Stratégie pour réformer la fourniture de services sociaux, adoptée par la Résolution n° 556 du Conseil des Ministres d'Ukraine du 8 août 2012, vise à assurer la disponibilité des services sociaux,

améliorer leur qualité et rendre leur prestation plus efficace. Le rapport précise que pour les besoins de la mise en œuvre de cette Stratégie, le Conseil des Ministres a, notamment, adopté un Plan d'Action 2013-2016 par Résolution n° 208 du 13 mars 2013, en plus d'une quarantaine d'actes réglementaires.

L'Ukraine recensait, en 2014, près de 658 centres de services sociaux bénéficiant à 1 430 016 personnes. Le Comité constate que le nombre de centre est en constante diminution depuis sa première conclusion (Conclusions 2009) et demande, à cet égard, que le prochain rapport explique cette diminution et son impact sur les personnes âgées. Il également demande quelle est la part des personnes âgées dans la population ukrainienne.

Le rapport fournit une liste exhaustive de services sociaux dispensés par les centres de services sociaux. Afin de déterminer le contenu, la portée, les modalités des prestations des services sociaux ainsi que les indices de qualité, le Ministère de la Politique Sociale a approuvé un certain nombre d'ordres. Le rapport ajoute, par ailleurs, que les personnes sans emplois peuvent, en contrepartie d'une compensation financière, venir en aide aux personnes âgées et handicapées qui nécessitent une assistance physique permanente à domicile. Plus de 71 000 personnes âgées et handicapées ont reçu ce type de services. Il précise également que certaines régions, en particulier Volyn, Odessa, Kharkiv, Poltava, Kirovograd et Kiev, ont développé des services de transport pour personnes âgées et handicapées. Plus de 86 000 personnes ont bénéficié de ces services en 2015. Il précise, enfin, que plus de 36 800 personnes âgées ont bénéficié de l'enseignement des quelques 300 universités du troisième âge qui opèrent au sein des centres de services sociaux.

Les personnes qui, en raison de leur grand âge, de leur état de santé ou de leur handicap, ne peuvent s'assumer seuls, bénéficient gratuitement de l'accès aux services sociaux, au titre de la loi de 2003 relative aux services sociaux (voir Conclusions 2009 et 2013, Article 14§1). Ces services peuvent, toutefois, être soumis à tarification. Le montant des frais à la charge des bénéficiaires est fixé par les centres de services sociaux. Pour faciliter l'accès des services aux personnes à faible revenu, le montant des frais, qui peut être différé dans le temps, ne peut s'élever à plus de 12 % des revenus de la personne concernée. Par ailleurs, les autorités locales peuvent, conformément à la loi sur l'autonomie locale en Ukraine, adopter des règles plus généreuses en matière de sécurité sociale. Le Comité demande que le prochain rapport précise le nombre de personnes âgées qui bénéficient de ces services et, parmi ceux-ci, quelle est la part de ceux qui les paient.

Le Comité a, deuxièmement, demandé si, d'une manière générale, l'offre correspond à la demande et comment s'opère le contrôle de leur qualité. D'une façon générale, la majorité des régions affichent un taux de couverture supérieur à 80 %. Les régions de Zaporizhzhia (79 %), Kharkiv (72 %), Cherkasy (67 %), Kherson (67 %), Odessa (65 %), Sumy (62 %) et Zakarpattia (59 %) affichent l'indice de couverture le plus faible du pays. Le Comité demande quelles sont les mesures envisagées pour remédier à ce faible taux.

Le Comité a, troisièmement, demandé ce qui est fait pour garantir et favoriser la participation des personnes âgées aux activités culturelles et récréatives. Le rapport ne contient aucune information à ce sujet, de sorte que le Comité renouvelle sa question.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le Comité a précédemment demandé des informations sur la façon dont les personnes âgées peuvent en avoir connaissance et sur les éventuelles disparités des offres entre les communes. Le rapport indique que les recommandations méthodologiques sur l'information de la population sur les services sociaux ont été approuvées par l'Ordre du Ministère de la Politique sociale n° 828 du 28 octobre 2014 : la population doit être informée par tout type de moyens des services et prestataires de services disponibles. Le Comité demande que le prochain rapport indique quelles ont été les moyens mis en oeuvre pour informer les personnes âgées.

Logement

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé des précisions sur l'application concrète du droit des personnes âgées à un logement social approprié. Le rapport ne contient aucune information à ce sujet. Le Comité note cependant, d'après le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions de 2013, qu'une nouvelle loi est venue réglementer les aides au logement. Il note également qu'un nouveau programme de subvention est en cours d'élaboration. Il demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur cette loi et ce programme, en particulier leurs objectifs et impacts sur les conditions de vie des personnes âgées. Il demande également quelle est la part des personnes âgées qui vivent chez elles.

Soins de santé

Selon la loi n° 3712-XII du 16 décembre 1993 définissant les principes de base de la protection sociale des retraités et autres personnes âgées en Ukraine, les personnes âgées sont soignés gratuitement par les centres gériatriques, les hôpitaux pour les personnes âgées, les établissements ambulatoires et services de soins à domicile.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé, premièrement, des précisions sur la mise en œuvre du Programme intersectoriel intégré 2002 – 2011, en ce qu'il traite de l'amélioration de la santé des personnes âgées et de l'allongement de l'espérance de vie moyenne. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport mais constate que celui-ci ne répond pas à la question posée, de sorte qu'il renouvelle sa question. Il note, par ailleurs, qu'un nouveau plan d'action national inspiré du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement des Nations Unies : le programme social sur le vieillissement de la population en Ukraine pour la période 2017-2021, est en cours d'élaboration, et demande, à cet égard, à recevoir plus amples informations dans le prochain rapport.

Le Comité a, deuxièmement, demandé si les centres spécialisés sont en nombre suffisant pour répondre aux besoins des personnes âgées, compte tenu leur capacité et de leur emplacement géographique. Le Comité constate que les besoins des personnes âgées en soins de santé ne sont, de façon générale, que peu satisfaits. Il note à cet égard une réduction des hôpitaux en activités au cours de la période de référence, notamment dans les régions de Donetsk (2) et Luhansk (1), ainsi qu'au sein de la République Autonome de Crimée (1). Le Comité demande que le prochain rapport indique quel a été l'impact d'une telle réduction sur l'état de santé des personnes âgées.

Le rapport indique, par ailleurs, qu'une aide hautement spécialisée est fournie aux personnes âgées, qu'ils souffrent ou non de démence ou de la maladie d'Alzheimer au sein du réseau des institutions de recherche et des cliniques du système du Ministère de la santé et de l'Académie nationale de médecine d'Ukraine (cardiologie, orthopédie, neurologie, oncologie, psychiatrie, etc.). Le rapport précise également que certains hôpitaux psychiatriques disposent de services de gériatrie pour personnes âgées, souffrant de troubles cognitifs. Le Comité demande si ces services permettent de couvrir l'ensemble du territoire ukrainien. Il note que certaines ONGs prodiguent des soins aux personnes âgées dépendantes ou atteintes de troubles neurologiques et demande à recevoir davantage de précisions à ce sujet dans le prochain rapport.

Le Comité a, troisièmement, demandé s'il est possible de bénéficier de soins de santé primaires – notamment des soins infirmiers – à domicile et dans quelles conditions. Le rapport indique que les personnes âgées peuvent bénéficier de soins de santé primaires à domicile, prodigués par les médecins généralistes, cliniques, urgences et services ambulatoires. Il précise, par ailleurs, que ce type de soins est en constante augmentation, notamment chez les personnes âgées de 80 à 85 ans.

Soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), demandé quels types de services offrent, d'une part, les établissements de séjour, et, d'autre part, les petites structures de prise en charge. Il a également demandé si le nombre de places disponibles pour les personnes âgées en milieu institutionnel est suffisant et si leur coût est abordable. Le rapport indique que le réseau d'établissements résidentiels composé, fin 2015, d'environ 289 structures médicalisées et de 332 petites structures d'hébergement, répond aux besoins des personnes âgées prises en charge. Le Comité constate que le rapport ne répond pas à la question posée, de sorte qu'il réitère sa question de savoir si le nombre de places disponibles en milieu institutionnel est suffisant.

Le rapport précise que les établissements résidentiels fournissent des services de soins résidentiels, soins palliatifs, hébergement adaptés, services de consultation, etc. Ceux-ci sont prodigués gratuitement ou soumis à tarification, conformément à la législation en vigueur. Le Comité demande que le prochain rapport précise les conditions de chaque situation.

Le rapport précise également que la politique sociale nationale est en cours de remaniement pour tenir compte du nombre croissant de personnes âgées en Ukraine chaque année. Elle devrait notamment s'attacher à renforcer la protection juridique des personnes âgées ; fournir un niveau de vie décent aux personnes âgées ; augmenter le rôle des familles dans le soin des personnes âgées ; organiser des soins et un soutien psychologique efficace ; et assurer l'accès des personnes âgées à l'information. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur ce sujet, en particulier, qu'il précise les mesures concrètes qu'il entend mettre en œuvre pour réaliser les objectifs fixés par ladite politique.

Le Comité a également demandé (Conclusions 2009 et 2013), si ces établissements sont agréés, s'ils font l'objet de contrôles, et si des procédures de recours ont été prévues concernant la qualité des soins et des services offerts ou concernant les mauvais traitements que pourraient subir les pensionnaires dans ce type de structures. Le rapport indique que l'Ukraine a adopté un certain nombre de mesures afin de contrôler le respect des droits des résidents. Le rapport précise que, outre l'ouverture d'une ligne téléphonique, des organismes chargés de surveiller les activités menées par les institutions résidentielles ont été créés. Les représentants du Commissaire aux droits de l'Homme rendent également des visites de contrôles aux établissements. Le Comité demande si des rapports ou compte rendus sont publiés à la suite de ces visites. Il demande également combien d'infractions à la législation sont enregistrées chaque année par ces organismes de surveillance, et quels sont leur compétences et/ou moyens mis en œuvre pour remédier à ces situations.

Le Comité réitère sa question de savoir si ces établissements résidentiels sont soumis à un système d'accréditation.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation en Ukraine n'est pas conforme à la Charte au motif que le niveau de la pension minimale est manifestement insuffisant.

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Ukraine.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le principal indicateur utilisé par le Comité pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Ce dernier correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, qui est fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Le Comité note que, selon le rapport, l'Ukraine recourt, pour mesurer la pauvreté, à des indicateurs qui peuvent être relatifs (75 % ou, pour l'extrême pauvreté, 60 % du volume médian de dépenses) ou absolus (volume de dépenses inférieur au minimum vital). Le rapport contient des explications détaillées sur les indicateurs de pauvreté et précise que les informations qui les alimentent proviennent pour l'essentiel des enquêtes sur les budgets des ménages.

Le Comité observe, à la lecture du rapport, que les principaux indicateurs révèlent, pour la période 2012 – 2015, une hausse du taux de pauvreté relative (23,8 % en 2015, contre 23,4 % en 2014) ainsi que du taux d'extrême pauvreté (10,3 % en 2015, contre 10,1 % en 2014). Le taux de pauvreté a baissé dans les ménages avec un enfant (23,4 %), mais augmenté dans les familles ayant trois enfants et plus (+ 2,3 %). Il a légèrement reculé chez les moins de 18 ans, passant de 31,1 % en 2014 à 29,9 % en 2015. Parmi les retraités, il a été ramené à 29,2 % en 2015 (contre 31,3 % en 2014).

Notant que le taux de pauvreté absolue est tombé à 9,1 % en 2015 (alors qu'il était de 19,6 % en 2012 et de 17,6 % en 2014), le Comité demande ce qui explique cette baisse très significative intervenue sur une aussi courte période.

Le coefficient de profondeur de la pauvreté, qui traduit la proportion d'individus en situation d'extrême pauvreté sur l'ensemble de la population pauvre a très légèrement diminué (19,8 % en 2015, contre 19,9 % en 2014). Il était de 20,6 % durant la précédente période de référence.

S'agissant de la mesure de l'exclusion sociale, le Comité constate que le rapport ne fait état d'aucun indicateur en la matière, mais note que la « méthodologie d'évaluation globale de la pauvreté », à laquelle des améliorations devraient être apportées en 2017, intègrera vraisemblablement des indicateurs permettant de déterminer la proportion de la population en situation d'exclusion sociale.

Le Comité rappelle que l'article 30 ne concerne pas uniquement la pauvreté, mais aussi l'exclusion sociale et le risque d'exclusion sociale. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées à cet égard, notamment d'éventuelles statistiques concernant l'exclusion sociale.

Le Comité note qu'en dépit des mesures mises en place durant la période de référence, les taux globaux de pauvreté ont augmenté en 2015.

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

Le Comité rappelle qu'afin d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'article 30 exige des Etats parties qu'ils adoptent une approche globale et coordonnée, laquelle doit consister en un cadre analytique et en un ensemble de priorités et de mesures correspondantes en vue de prévenir et de supprimer les obstacles qui entravent l'accès aux droits sociaux fondamentaux. Cette approche globale et coordonnée doit relier et intégrer les politiques de manière cohérente, et dépasser ainsi l'approche purement sectorielle ou catégorielle et des mécanismes de coordination, y compris pour la fourniture de l'assistance et des services aux personnes se trouvant, ou risquant de se trouver, en situation de pauvreté doivent exister.

Le Comité note que le Programme national visant à vaincre et prévenir la pauvreté a prévu un certain nombre de mesures pour sa mise en œuvre, sans toutefois préciser les dépenses afférentes à chacune d'elles. Le Programme est financé par le budget de l'Etat et les budgets des collectivités locales (sur une base annuelle, qui est fonction des difficultés et perspectives budgétaires spécifiques), ainsi que par d'autres sources. Le budget du ministère des Affaires sociales prévoyait d'allouer 11,3 milliards de hryvnias (UAH) (350387055 €) à la mise en œuvre dudit programme ; les fonds qui y sont effectivement affectés représentent une enveloppe de 10,9 milliards de UAH (338257589 €). Lors de l'examen du programme, les pouvoirs publics se sont par ailleurs entendus sur ses objectifs et ses activités, et il a été tenu compte de leurs suggestions et observations.

Le Comité relève en outre qu'une réforme des subventions a été engagée en 2014 – 2015 en vue de simplifier les procédures et de renforcer la protection sociale, et que la Stratégie 2016 visant à vaincre la pauvreté, qui devrait être menée à bien à l'horizon 2020, cherche à réduire progressivement la pauvreté et l'exclusion sociale dans le pays et à mettre en place de nouveaux mécanismes de prévention en la matière. Il observe à ce sujet que, selon les données Eurostat, le montant total des dépenses consacrées aux prestations sociales a représenté 29,3 % du PIB en 2015, soit plus que la moyenne enregistrée dans les 28 pays de l'UE (27,5 %).

Tout en prenant note des informations concernant ces différentes mesures, le Comité n'y trouve aucun élément factuel ou signe clair indiquant que, prises dans leur ensemble, elles constitueraient une approche globale et coordonnée pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il demande par conséquent que le prochain rapport contienne des informations/données/chiffres précis démontrant que les ressources budgétaires allouées à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont suffisantes au vu de l'ampleur du problème/des difficultés que rencontre le pays.

Le Comité rappelle également que les mesures prises pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale doivent favoriser l'accès aux droits sociaux fondamentaux, notamment en termes d'emploi, de logement, de formation, d'éducation, de culture et d'assistance sociale et médicale, et lever les obstacles qui l'entravent (Conclusions 2003, France).

Le Comité renvoie à son constat de non-conformité relatif aux autres dispositions de la Charte pertinentes pour évaluer la conformité avec l'article 30 (voir Conclusions 2013, Observation interprétative de l'article 30). Il renvoie en particulier à l'article 1§1 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que les efforts déployés au titre des politiques de l'emploi soient suffisants pour lutter contre le chômage et favoriser la création d'emplois (Conclusions 2016), à l'article 7§5 et à sa conclusion selon laquelle les salaires versés aux jeunes travailleurs ne sont pas équitables (Conclusions 2015), à l'article 15§1 et à sa conclusion selon laquelle le droit des personnes handicapées à l'intégration scolaire en milieu ordinaire n'est pas effectivement garanti et à l'article 15§2 et à sa conclusion selon laquelle l'accès effectif au marché ordinaire du travail n'est pas garanti aux personnes handicapées (Conclusions 2016), à l'article 16 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que l'égalité de traitement en matière de prestations familiales soit garantie aux ressortissants des autres Etats parties ainsi qu'aux apatrides (Conclusions 2017), à l'article 23 et à sa conclusion selon laquelle le niveau de la pension minimale est manifestement insuffisant (Conclusions 2017), et à l'article 31§2 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que le droit à un abri soit garanti (Conclusions 2017).

Compte tenu de tout ce qui précède, en particulier la hausse des taux globaux de pauvreté, surtout dans les familles ayant trois enfants ou plus, et le taux de pauvreté extrême, le Comité considère que la situation demeure contraire à l'article 30 au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Contrôle et évaluation

Le Comité relève qu'une « méthodologie de suivi et d'évaluation de l'efficacité du Programme d'aide sociale », qui cherche à accroître l'efficacité et à améliorer la gestion de ce dispositif a été approuvée en 2013. Elle a recours à des indicateurs qui reposent sur des données statistiques et administratives, ainsi que sur les résultats d'enquêtes publiques concernant l'efficacité des programmes d'aide sociale.

Le Comité prend note du Programme national visant à vaincre et prévenir la pauvreté déployé jusqu'en 2015 et dont l'objectif était d'améliorer les approches méthodologiques en procédant à une évaluation pluridimensionnelle de la pauvreté au moyen de critères permettant de suivre l'évolution de cette dernière. Au cours de la période 2012 – 2015, une vaste évaluation de la pauvreté réalisée à partir des indicateurs servant à déterminer l'impact des mesures de lutte contre la pauvreté a été menée trimestriellement selon des paramètres bien précis destinés à obtenir une analyse systématique des tâches déployées autour de certains axes du Programme.

Le Comité note que la coordination des actions menées par l'Etat et de celles confiées aux collectivités locales est assurée par le ministère des Affaires sociales. Des informations générales concernant l'exécution des mesures ont été réunies chaque trimestre et transmises au Conseil des Ministres ainsi que, sur demande spéciale, au Parlement ukrainiens. Des informations ont également été fournies à la demande des pouvoirs publics et de citoyens agissant à titre individuel.

Le Comité rappelle cependant que l'article 30 de la Charte requiert l'existence de mécanismes de surveillance servant à contrôler et adapter les efforts menés dans tous les domaines et secteurs, et à tous les niveaux (national, régional, local), pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale, mécanismes qui mobilisent tous les secteurs concernés, y compris la société civile et les personnes directement affectées par la pauvreté et par l'exclusion (voir Conclusions 2003, France, article 30). Il demande par conséquent que le prochain rapport fournisse des informations complètes sur ces mécanismes couvrant tous les secteurs et domaines de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS 2015

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 1 - Congé de maternité

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations fournies par l'Ukraine en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'il existe, en droit et en pratique, des garanties suffisantes destinées à protéger les salariées de toutes pressions visant à les inciter à prendre un congé postnatal inférieur à six semaines.

À cet égard, le Comité avait noté que les autorités n'avaient fourni aucun élément démontrant que les mères devaient obligatoirement prendre un congé postnatal de six semaines qui ne pouvait être écourté, pas même à la demande de l'intéressée, ni qu'il existait, en droit et en pratique, des garanties suffisantes destinées à protéger les salariées de toutes pressions visant à les inciter à prendre un congé postnatal inférieur à six semaines.

Le rapport répète une nouvelle fois qu'en vertu de l'article 179 du code du travail, les salariées bénéficient d'un congé de maternité de 126 jours, et qu'elles peuvent prendre jusqu'à 70 jours (dix semaines) avant l'accouchement et 56 jours (huit semaines) après l'accouchement. Les autorités soulignent que les huit semaines de congé postnatal peuvent être prises dans leur intégralité quel que soit le nombre de jours pris avant l'accouchement.

Le rapport ne précise cependant pas si la travailleuse doit obligatoirement utiliser l'intégralité de son congé postnatal ou si elle a la possibilité de l'écourter, comme l'admet explicitement la législation pour ce qui est du congé prénatal. Par conséquent, le Comité demande une nouvelle fois que le prochain rapport fournisse des informations explicites sur ce point. Il demande aussi qu'il contienne toutes données pertinentes concernant la durée moyenne du congé de maternité effectivement pris.

S'agissant de l'autre question posée par le Comité au sujet des garanties existantes (Conclusions 2015), le rapport mentionne l'article 2§1 du code du travail, qui interdit toute discrimination dans le domaine du travail, y compris en ce qui concerne l'égalité des droits et des chances et les restrictions directes ou indirectes des droits des travailleurs fondées sur l'identité sexuelle et les responsabilités familiales. Cependant, le rapport ne fournit aucun élément démontrant que cette disposition peut être appliquée et est effectivement appliquée dans le but d'éviter tout écourtement du congé de maternité. Le Comité demande par conséquent que le prochain rapport éclaircisse ce point, en s'appuyant sur d'éventuels exemples de jurisprudence. Entre-temps, il considère qu'il n'est pas établi qu'il existe, en droit et en pratique, des garanties suffisantes permettant de protéger les salariées de toutes pressions indues visant à les inciter à prendre un congé postnatal inférieur à six semaines.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 8§1 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 8§1 de la Charte au motif que il n'est pas établi qu'il existe, en droit et en pratique, des garanties suffisantes permettant de protéger les salariées de toutes pressions indues visant à les inciter à prendre un congé postnatal inférieur à six semaines.

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection de la maternité

Paragraphe 5 - Interdiction des travaux dangereux, insalubres ou pénibles

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations communiquées par l'Ukraine en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi :

- que les femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant leurs enfants soient suffisamment protégées en ce qui concerne les travaux dangereux, insalubres ou pénibles ; et
- qu'elles conservent le droit de reprendre leur poste initial à l'issue de la période de protection dans l'hypothèse où elles auraient dû être réaffectées à d'autres tâches.

En ce qui concerne la protection contre les travaux dangereux, insalubres et pénibles, le Comité a plusieurs fois demandé (Conclusions 2011 et 2015) si et comment les activités entraînant une exposition au benzène, aux rayonnements ionisants, aux hautes températures, aux vibrations ou aux agents viraux étaient interdites ou strictement réglementées pour les femmes enceintes, ayant récemment accouché ou allaitant leurs enfants. Il a aussi demandé si les travaux souterrains dans les mines étaient interdits à ces catégories de femmes.

En réponse à cette question, le rapport confirme que l'ordonnance n° 256 du 29 décembre 1993 du ministère de la Santé, enregistrée par le ministère de la Justice le 30 mars 1994 (n° 51/260) interdit les activités susmentionnées à toutes les femmes. Compte tenu de ces informations, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

S'agissant du second motif de non-conformité, le rapport réitère les informations déjà notées par le Comité (Conclusions 2011 et 2015) concernant le droit des salariées d'être affectées à un autre poste sans perte de salaire jusqu'à ce que leur enfant atteigne l'âge de trois ans. Cependant, le rapport ne précise pas, malgré les demandes répétées du Comité, si, à l'issue de la période protégée – soit au troisième anniversaire de leur enfant, conformément à la législation ukrainienne – les salariées jouissent d'un droit légal à réintégrer le poste qu'elles occupaient avant leur réaffectation liée à leur maternité. Compte tenu de l'absence répétée d'informations concernant ce point, le Comité considère qu'en cas de réaffectation à un autre poste, la législation ukrainienne ne garantit pas le droit des salariées de réintégrer leur poste initial à l'issue de la période de maternité/d'allaitement.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 8§5 de la Charte, au motif qu'en cas de réaffectation un autre poste, la loi ukrainienne ne garantit pas le droit des salariées de réintégrer leur poste initial à l'issue de la période de maternité/d'allaitement.

Article 16 - Droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion des Délégués des Ministres tenue les 2 et 3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note des informations soumises par l'Ukraine en réponse à la conclusion selon laquelle il n'a pas été établi qu'il existe une législation adéquate concernant les violences domestiques à l'égard des femmes et que l'égalité de traitement des étrangers et des apatrides en matière de prestations familiales est garantie.

S'agissant de la violence domestique à l'égard des femmes, il est indiqué dans le rapport que le projet sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique a été mis en œuvre dans le cadre du Plan d'action 2015-2017 du Conseil de l'Europe pour l'Ukraine. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur les actions ou mesures mises en œuvre dans ce domaine, et qu'il précise en particulier si la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique a été ratifiée.

Le rapport indique en outre que le projet de loi visant à prévenir et à combattre la violence domestique a été adopté par le Parlement ukrainien le 17 novembre 2016, en première lecture. Le Comité note les efforts réalisés par l'Ukraine mais constate, néanmoins, que le projet n'a pas été ratifié, de sorte qu'il n'existe toujours aucune mesure appropriée pour garantir aux femmes une protection juridique adéquate. Le Comité considère, de ce fait, que la situation n'est pas en conformité avec la Charte sur ce point.

En ce qui concerne l'égalité de traitement des étrangers et des apatrides en matière de prestations sociales, le Comité a précédemment demandé quels étaient les critères auxquels les ressortissants étrangers, les apatrides et les réfugiés devaient satisfaire pour se voir allouer des prestations familiales et, le cas échéant, pour obtenir la résidence permanente. Le rapport ne contenant aucune information à ce sujet, le Comité réitère ses questions et considère que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les ressortissants des autres États parties et les apatrides bénéficient d'une égalité de traitement pour ce qui concerne les prestations familiales.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte aux motifs que :

- il n'existe pas de législation adéquate concernant les violences domestiques à l'encontre des femmes ;
- il n'est pas établi que les ressortissants des autres Etats parties et les apatrides bénéficient d'une égalité de traitement pour ce qui concerne les prestations familiales.

Article 31 - Droit au logement

Paragraphe 1 - Logement d'un niveau suffisant

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion tenue par les Délégués des Ministres les 2-3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note du fait que l'Ukraine n'a pas transmis d'informations en réponse à la conclusion selon laquelle il n'avait pas été établi que la surveillance des normes de logement soit suffisante et que des mesures aient été prises par les pouvoirs publics pour améliorer les conditions de logement médiocres des Roms.

Le Comité rappelle qu'il incombe aux pouvoirs publics de s'assurer que le logement est d'un niveau suffisant, en recourant à différents moyens – analyse des caractéristiques du parc immobilier, injonctions aux propriétaires qui ne respectent pas leurs obligations, règlements d'urbanisme, obligation d'entretien imposée aux bailleurs. Les pouvoirs publics doivent également prendre des mesures pour éviter l'interruption de la fourniture de services essentiels tels que l'eau, l'électricité et le téléphone (Conclusions 2003, France). Le rapport ne donne toujours pas d'information à ce sujet et ne répond pas aux questions du Comité sur ce qui est fait pour vérifier le caractère adéquat des logements, sur l'existence de règles qui feraient obligation aux propriétaires de veiller à ce que les logements qu'ils mettent en location soient d'un niveau suffisant et de les entretenir, et sur la manière dont les pouvoirs publics contrôlent le respect de ces règles. Le Comité considère par conséquent qu'il n'est toujours pas établi qu'il existe un contrôle suffisant du niveau des logements.

S'agissant des Roms, le Comité avait demandé des informations sur la mise en oeuvre de la Stratégie déployée en faveur de la protection et de l'intégration de la minorité nationale rom dans la société ukrainienne. Etant donné que le rapport ne présente aucune information à ce sujet, le Comité maintient son constat de non-conformité à l'article 31§1 de la Charte sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 31§1 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation en Ukraine n'est pas conforme à l'article 31§1 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi qu'il existe un contrôle suffisant du niveau des logements ;
- il n'est pas établi que des mesures aient été prises par les autorités publiques afin d'améliorer les conditions de logement particulièrement précaires des Roms.

Article 31 - Droit au logement

Paragraphe 2 - Réduire l'état de sans-abri

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196e réunion tenue par les Délégués des Ministres les 2-3 avril 2014, les États ont été invités à faire rapport, avant le 31 octobre 2016, sur les constats de non-conformité motivés par un manque répété d'informations qui figurent dans les Conclusions 2015.

Le Comité prend note du fait que l'Ukraine n'a pas transmis d'informations en réponse à la conclusion selon laquelle il n'avait pas été établi que le droit à un abri soit suffisamment garanti.

Le Comité avait demandé en particulier de préciser si les hébergements d'urgence répondaient à des exigences de sûreté (y compris pour les alentours immédiats), de santé et d'hygiène (notamment s'ils disposaient des éléments de confort essentiel tels que l'accès à l'eau et un chauffage et un éclairage suffisants) et si une interdiction des évictions des hébergements d'urgence était prévue par la règlementation applicable, à moins de proposer une solution de relogement.

Le rapport ne contenant aucune information sur ces points, le Comité maintient son constat de non-conformité.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 31§2 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions 2019) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation en Ukraine n'est pas conforme à l'article 31§2 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que le droit à un abri soit suffisamment garanti.