



janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXI-2 (2017)

(REPUBLIQUE TCHEQUE, DANEMARK, ALLEMAGNE,
POLOGNE, ESPAGNE, ROYAUME-UNI)

Articles 3, 11, 12, 13, 14 de la Charte de 1961 et
article 4 du Protocole additionnel de 1988



janvier 2018

Charte sociale européenne
Comité européen des Droits sociaux
Conclusions XXI-2 (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 Jagiellonienne 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 (Lettone)
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 1996^{ème} 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 de 1961 (« la Charte de 1961 »), 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 4 du Protocole additionnel de 1988).

5. Les Etats parties suivants ont soumis un rapport : la République tchèque, le Danemark, l'Allemagne, la Grèce, l'Islande, le Luxembourg, la Pologne, l'Espagne et le Royaume-Uni.

6. La Grèce, l'Islande et le Luxembourg ont soumis leur rapport trop tardivement pour un examen et une adoption en décembre 2017. Par conséquent, les Conclusions concernant ces Etats seront publiées en mars 2018.

7. 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, Portugal, Italie, Belgique, Bulgarie, Irlande et Finlande³;
- le groupe B, composé de sept Etats : Pays-Bas, Suède, Croatie, Norvège, Slovénie, Chypre et République tchèque⁴.

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 partie visés par les constats XXI-1 (2016) que le Comité a adoptés en la matière sont donc la Croatie et la République tchèque. Ils ont été publiés en septembre 2017.

8. 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 XX-4 (2015), constats 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 par les conclusions XXI-2 (2017) sont la République tchèque, l'Allemagne, la Pologne et l'Espagne.

9. 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.

10. 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 XXI-2 (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

11. 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.

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 ;

³ La France, le Portugal, l'Italie, la Belgique, la Bulgarie, l'Irlande et la Finlande sont parties à la Charte révisée.

⁴ Les Pays-Bas, la Suède, la Norvège, la Slovénie et Chypre sont parties à la Charte révisée.

- 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'article 12§1.

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

12. 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

13. 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 et article 2 et 3 du protocole additionnel de 1988. Les États 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 États 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 XXI-1 (2016).

CONCLUSIONS XXI-2 (2017)

Article	REP. TCHEQUE	DANEMARK	ALLEMAGNE	POLOGNE	ESPAGNE	ROYAUME UNI
Article 3.1		+	-	0	+	-
Article 3.2		+	0	+	-	+
Article 3.3		+	+	+	0	+
Article 7.5	0				+	
Article 8.2	0					
Article 11.1		+	0	-	+	+
Article 11.2		+	0	+	+	+
Article 11.3		+	0	+	+	+
Article 12.1		+	-	-	-	-
Article 12.2		+	+	+	+	
Article 12.3		+	+	0	+	
Article 12.4		-	-	-	-	
Article 13.1		-	-		-	0
Article 13.2		+	+	+	+	+
Article 13.3		+	0	0	+	+
Article 13.4		+	+		+	+
Article 14.1		+	0	-	+	+
Article 14.2		+	0		+	+
Article 16				-	+	
Article 19.1					+	
Article 19.2				+		
Article 19.3					-	
Article 19.4			0			
Article 19.6					-	
P Article 4		0			0	

+ 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
<i>Nombre d'Etats</i>	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 de 1961

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXI-2 (2017)

REPUBLIQUE TCHEQUE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la République tchèque qui a ratifié la Charte de 1961 le 3 novembre 1999. L'échéance pour remettre le 14e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la République tchèque l'a présenté le 3 novembre 2016.

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 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 XX-4 (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 travailleuses à la protection – illégalité du licenciement durant le congé de maternité (article 8§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a ajourné les conclusions relatives à 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 2 du Protocole additionnel),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 3 du Protocole additionnel).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 6 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 7 - Droit des enfants et des adolescents à la protection

Paragraphe 5 - Rémunération équitable

Le Comité prend note des informations communiquées par la République tchèque en réponse à la conclusion selon laquelle il n'a pas été établi que les allocations versées aux apprentis soient suffisantes.

Apprentis

Le rapport indique que la rémunération des apprentis représente au moins 30 % du salaire minimum pour la durée hebdomadaire de travail prescrite. Si la durée est différente, ou si le jeune travailleur n'exécute aucune activité productive, le montant de la rémunération est ajusté proportionnellement.

Le Comité a demandé à plusieurs reprises quel était le montant minimum des allocations (2015) servies en dernière année d'apprentissage. Dans sa conclusion précédente, le rapport n'ayant pas fourni les informations demandées, le Comité a jugé la situation non conforme à l'article 7§5 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi que les allocations versées aux apprentis soient suffisantes.

Selon le rapport, l'arrêté ministériel n° 561/2004 Coll. stipule le niveau des allocations versées aux apprentis au titre de leur formation professionnelle durant l'apprentissage et couvre tous les secteurs industriels du pays et tout le territoire national. Le montant de l'allocation s'élève à au moins 30 % du salaire minimum des travailleurs adultes. Ce montant n'est pas plafonné, c'est-à-dire qu'il peut être supérieur au salaire minimum d'un travailleur adulte. Le montant de l'allocation dépend de la productivité de l'apprenti. Les allocations ne sont pas soumises à des retenues.

Le Comité note que le ministère du Travail et des Affaires sociales ne dispose pas de statistiques sur le montant des allocations parce que les écoles concernées sont financées par les collectivités régionales, la partie exécutive de l'autorité régionale, et non par les employeurs. A cet égard, le risque pour que des employeurs exploitent les apprentis comme de la main-d'œuvre sous-payée est inexistant. Le Comité demande que le prochain rapport indique si l'allocation versée aux apprentis en fin d'apprentissage est supérieure à celle qu'ils perçoivent au début.

S'agissant des informations du rapport concernant le salaire des jeunes travailleurs, le Comité en tiendra compte pour sa prochaine appréciation de la situation au regard de l'article 7§5, en 2019.

Conclusion

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

Article 8 - Droit des travailleuses à la protection

Paragraphe 2 - Illégalité du licenciement durant le congé de maternité

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196^e 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 République tchèque en réponse à la conclusion selon laquelle il n'a pas été établi qu'en l'absence de réintégration, la loi prévoit l'octroi d'une indemnisation suffisante.

Le Comité rappelle à cet égard qu'au regard de l'article 8§2 de la Charte, lorsqu'il n'est pas possible de réintégrer dans son emploi une salariée qui a fait l'objet d'un licenciement illégal pendant sa grossesse ou son congé de maternité (en cas, par exemple, de cessation d'activité de l'entreprise) ou que la salariée ne la souhaite pas, une indemnité suffisante doit lui être versée. 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 indique, en réponse aux questions posées par le Comité (Conclusions XX-4 (2015)), qu'un même tribunal peut octroyer des dommages tant au titre du préjudice matériel que du préjudice moral, selon les griefs invoqués ; il contient en outre les informations demandées quant au délai requis pour la procédure en question, à savoir 602 jours en moyenne, toutes juridictions confondues – locales (1^e instance) et régionales -, en 2014 et 2015. Le rapport confirme également que le régime est le même dans le secteur privé comme dans le secteur public, et s'applique à toutes les formes de relations d'emploi régies par la législation du travail, y compris les contrats temporaires.

S'agissant de l'indemnisation à laquelle peut prétendre une salariée qui ne demande pas sa réintégration, le rapport confirme qu'elle est en droit d'obtenir une somme équivalant à la moyenne des revenus qu'elle aurait perçus sur la durée normale du préavis de licenciement. Le Comité demande que le prochain rapport précise si cela signifie que les tribunaux ne peuvent octroyer davantage que la somme limitée susmentionnée, sans tenir compte du préjudice réellement subi dans le cas d'espèce, et quand bien même s'ils considèrent le licenciement illégal. Entre-temps, il réserve sa position 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 XXII-4 (2023)) et demande que des informations pertinentes et à jour figurent à ce sujet.

Conclusion

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



janvier 2018

Charte sociale européenne de 1961

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXI-2 (2017)

DANEMARK

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne le Danemark qui a ratifié la Charte de 1961 le 3 mars 1965. L'échéance pour remettre le 36e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et le Danemark l'a présenté le 22 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 l'hygiène dans le travail (article 3),
- droit à la protection de la santé (article 11),
- droit à la sécurité sociale (article 12),
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13),
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14),
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 4 du Protocole additionnel).

Le Danemark a accepté tous les articles du groupe ci-dessus.

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

Les Conclusions relatives au Danemark concernent 17 situations et sont les suivantes :

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

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 le Danemark en vertu de la Charte de 1961. 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

La loi n° 356 du 9 avril 2013 a modifié la loi relative à l'environnement de travail.

Article 3§2

Depuis janvier 2012, les inspections menées par le Service chargé de l'environnement de travail sont axées sur les risques et toutes les entreprises employant au moins deux salariés à temps plein seront contrôlées au moins une fois avant la fin de 2019.

Article 12§3

Mise en place de plusieurs mesures en faveur des personnes ayant épuisé leurs droits, comme une allocation spéciale de formation (loi n° 1374 du 23 décembre 2012, loi n° 790 du 28 juin 2013) ou la prestation temporaire du marché du travail (loi n° 1610 du 26 décembre 2013, loi n° 174 du 24 février 2015). De surcroît, des mesures ont été prises pour maintenir les indemnités de chômage en cas de maladie pendant les 14 premiers jours (loi n° 720 du 25 juin 2014). D'autres mesures en faveur des chômeurs ont été décidées dans le cadre de la réforme de l'emploi opérée en 2014 (loi n° 1486 du 23 décembre 2014).

* * *

*

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 2 du Protocole additionnel),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 3 du Protocole additionnel).

Le rapport devra aussi contenir les informations demandées par le Comité dans les Conclusions XXI-1 (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 la formation professionnelle, à la réadaptation et à l'intégration sociale – éducation et formation des personnes handicapées (article 15§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 - Règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-2 1961 RESC)

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Danemark.

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

La loi relative à l'environnement de travail constitue le cadre juridique général en matière de santé et de sécurité au travail. La dernière version de ce texte est la loi consolidée n° 1072 du 7 septembre 2010, modifiée par la loi n° 1538 du 21 décembre 2010, la loi n° 254 du 14 juin 2011, la loi n° 356 du 9 avril 2013, la loi n° 54 de janvier 2015 et la loi n° 1869 du 29 décembre 2015. Le rapport précise que la loi s'applique au travail exécuté par les citoyens danois ainsi que par les travailleurs étrangers présents sur le territoire danois, et couvre tous les secteurs d'activité, en ce compris les opérations de chargement et de déchargement des navires et les travaux liés à la construction navale et aux activités réalisées à bord de navires.

L'application de la loi relative à l'environnement de travail relève de la responsabilité du Service danois chargé de l'environnement de travail et d'autres services ministériels. Le rapport précise que, depuis le 1^{er} janvier 2015, ledit Service supervise les questions de santé et de sécurité sur les installations offshore du plateau continental danois situé en mer du Nord.

Le rapport dresse la liste des principales dispositions législatives en matière de santé et de sécurité adoptées pendant la période de référence. Ces dispositions concernent notamment les valeurs limites à respecter pour différents matériaux et substances, le bien-être psychologique des travailleurs, la reconnaissance de certificats de santé et de sécurité, les autorisations concernant les conseillers externes en charge des questions de santé et de sécurité, le bâtiment et la construction, les activités de santé et de sécurité menées par les entreprises, le travail des jeunes, la sécurité offshore, le travail au contact de différents matériaux et substances, l'amiante, la violence liée au travail en dehors des heures de travail, les mesures de protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition aux substances et aux matériaux cancérigènes, ou encore les obligations spéciales des fabricants, des fournisseurs et des importateurs de substances et matériaux.

Le Comité souligne qu'en vertu des dispositions de l'article 3§1 de la Charte de 1961, 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§1 de la Charte de 1961, Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport précise que la loi n° 356 du 9 avril 2013 a modifié la loi relative à l'environnement de travail. Le texte modifié insiste sur le fait que la loi porte également sur le bien-être psychologique des travailleurs.

Le rapport ajoute que le Parlement a adopté une nouvelle Stratégie en faveur de l'environnement de travail 2012-2020. Dans le cadre de cette stratégie, le Gouvernement entend axer ses efforts sur les entreprises dont l'environnement de travail se révèle le plus problématique. La stratégie fixe trois objectifs concrets à atteindre entre 2012 et 2020, qui concernent les accidents du travail, l'environnement psychosocial du travail (il s'agit de réduire de 20 % le nombre de salariés victimes de stress psychologique d'ici 2020) et les troubles musculo squelettiques (voir Conclusions XX-2 (2013)).

Le rapport indique par ailleurs que le groupe de projet mobile sur la prévention de la violence mis en place par le Service chargé de l'environnement de travail a poursuivi son action. Il a rencontré les responsables des communes, des régions et des institutions concernées afin d'identifier les enjeux, les dilemmes et les bonnes pratiques en matière de prévention de la violence. En 2015, un premier bilan des résultats obtenus dans le cadre de la stratégie 2020 a été effectué. Il en est ressorti que des progrès avaient été accomplis dans les domaines des accidents graves et des troubles musculosquelettiques.

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

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 pour un certain nombre de risques.

Protection contre les agents et substances dangereux

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le rapport se contente d'indiquer que l'arrêté n° 1792 relatif à l'amiante a été adopté le 18 décembre 2015. Cependant, le Comité note que selon les informations figurant dans les commentaires formulés par la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) dans le cadre de la demande directe publiée en 2016 (106^e session de la Conférence internationale du Travail, 2017) concernant la Convention n° 162 sur l'amiante (1986), il est interdit de produire, importer, utiliser ou travailler avec de l'amiante ou des matériaux en contenant, sous quelque forme que ce soit, sous réserve des exceptions suivantes (conformément à l'article 2 de l'arrêté n° 1502 sur l'amiante, dans sa teneur modifiée) : (i) la production, l'importation et l'utilisation, selon les conditions spécifiées, de diaphragmes destinés à des installations d'électrolyse existantes ; (ii) les constructions, installations et aides techniques contenant de l'amiante qui ont été légalement commercialisées avant le 1^{er} janvier 2005 peuvent continuer de l'être. De plus, il n'existe pas de valeurs limite d'exposition à l'amiante et le Service danois en charge de l'environnement de travail n'exige pas le port d'équipements de protection individuelle lorsque les valeurs de concentration sont inférieures à 0,1 fibre/cm³. L'arrêté n° 1502 du 25 décembre 2004 relatif à l'amiante (dans sa teneur modifiée) ne précise pas le délai pendant lequel les mesures des poussières en suspension dans le milieu de travail doivent être conservées. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes informations utiles à ce sujet.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le rapport ne fait état d'aucun changement apporté à la situation que le Comité a précédemment jugée conforme à la Charte (Conclusions XX-2 (2013)).

Le Comité note que, selon les informations figurant dans les commentaires formulés par la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) dans le cadre de la demande directe adoptée en 2011 (101^e session de la Conférence internationale du Travail, 2012) concernant la Convention n° 115 sur la protection contre les radiations (1960), il existe une différence entre les normes internationales et les normes régionales quant à l'approche des problèmes de sécurité et d'hygiène du travail ou du traitement qui doit être réservé à ces problèmes. Le Comité invite les autorités à commenter cette observation dans le prochain rapport et à fournir toutes informations utiles à ce sujet.

En l'absence de données actualisées, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, et notamment sur toute modification qui y aurait été apportée pendant la période de référence concernant précisément ces questions.

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 en situation d'emploi atypique.

Protection des travailleurs temporaires

Le rapport ne fait état d'aucun changement apporté à la situation que le Comité a précédemment jugée conforme à la Charte (Conclusions XX-2 (2013)). En l'absence de données actualisées, le Comité maintient son précédent constat de conformité et demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, et notamment sur toute modification qui y aurait été apportée pendant la période de référence concernant précisément ces questions.

Autres catégories de travailleurs

Le rapport ne fait état d'aucun changement apporté à la situation que le Comité a précédemment jugée conforme à la Charte (Conclusions XX-2 (2013)). En l'absence de données actualisées, le Comité maintient son précédent constat de conformité et demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, et notamment sur toute modification qui y aurait été apportée pendant la période de référence concernant précisément ces questions.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961.

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

Paragraphe 2 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-3 1961 RESC)

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Danemark.

Accidents du travail et maladies professionnelles

En ce qui concerne les accidents, le rapport fournit les informations demandées pour les secteurs d'activité suivants : agriculture, chasse, sylviculture et pêche ; extraction des matières premières ; industrie manufacturière ; électricité, gaz, chauffage et approvisionnement en eau ; industrie du bâtiment et de la construction ; commerce de gros et de détail ; hôtellerie-restauration ; transports ; banques, établissements financiers et compagnies d'assurance ; immobilier, services de location, etc. ; fonction publique ; défense et sécurité sociale ; éducation ; autorités sanitaires et organisations sociales ; culture, loisirs et sports et travail domestique ; institutions et organisations territoriales, etc.

Les données fournies montrent que, même si une hausse des accidents déclarés a été enregistrée dans certains des secteurs précités, le nombre total d'accidents du travail reconnus a diminué pendant la période de référence : 18 928 accidents ont été déclarés en 2012 (dont seulement 13 659 reconnus comme « accidents du travail »), et 20 673 en 2015 (dont seulement 10 039 reconnus comme « accidents du travail »). Selon les mêmes données, le nombre d'accidents mortels dans les secteurs précités a chuté pendant la période de référence, passant de 40 en 2012 (dont seulement 22 reconnus comme « accidents du travail ») à 30 en 2015 (dont seulement dix reconnus comme « accidents du travail »).

Le Comité note que les données Eurostat confirment les tendances observées concernant le nombre d'accidents mortels (47 en 2012 et 38 en 2014) et les taux d'incidence de ces accidents (2,95 en 2012 et 1,94 en 2014), qui restent nettement inférieurs aux taux moyens enregistrés dans les 28 Etats membres de l'UE (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014) à la fin de la période de référence. 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 aussi diminué pendant la période de référence (il est passé de 57 761 en 2012 à 54 157 en 2014). Le taux d'incidence normalisé des accidents non mortels du travail pour 100 000 travailleurs a légèrement baissé, de 2 177,93 en 2012 à 1 983,09 en 2014. Le Comité note cependant que ces taux sont supérieurs aux taux moyens relevés dans les 28 Etats membres de l'UE (1 717,15 en 2012 et 1 642,09 en 2014). Il demande que le prochain rapport indique quelles sont les activités mises en œuvre en termes de prévention et de respect des normes afin de les éviter.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, les données fournies – qui se rapportent également aux secteurs d'activité susmentionnés – sont demeurées stables pendant la période de référence : 20 403 maladies déclarées en 2012 (dont seulement 4 748 reconnues comme « maladies professionnelles »), et 21 109 en 2015 (dont seulement 4 660 reconnues comme « maladies professionnelles »). S'agissant du diagnostic, les chiffres fournis sont ventilés comme suit : maladies de la peau, troubles auditifs, affections pulmonaires, cancer, troubles de la nuque et des épaules, douleurs dans les bras, troubles de l'appareil locomoteur, problèmes de dos, maladie mentale ou détresse psychologique.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§2 de la Charte de 1961, 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§2, Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport ne fournit aucune information sur le sujet.

D'après le rapport, depuis janvier 2012, les inspections menées par le Service chargé de l'environnement de travail sont axées sur les risques et toutes les entreprises employant au

moins deux salariés à temps plein seront contrôlées au moins une fois avant la fin de 2019. De plus, les entreprises, quels que soient leurs effectifs, peuvent faire l'objet d'une visite de contrôle à la suite, notamment, d'un accident du travail ou d'une plainte d'un salarié. Le rapport fournit également les chiffres suivants : nombre d'inspections axées sur les risques : 27 984 en 2012 et 27 365 en 2014 ; nombre de visites de contrôle effectuées dans les entreprises présentant un taux d'incidence élevé : 101 en 2012 et 258 en 2014 ; nombre d'enquêtes menées à la suite d'accidents graves : 1 897 en 2012 et 2 239 en 2014.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des données relatives au nombre total de visites de contrôle effectuées par le Service chargé de l'environnement de travail et le nombre de personnes affectées à des tâches touchant à la santé en milieu professionnel dans ce cadre, en indiquant le nombre d'inspecteurs. Le rapport indique en réponse que le nombre total de visites de contrôle effectuées par le Service chargé de l'environnement de travail a augmenté, passant de 50 388 à 62 600 en 2014. En 2012, le nombre d'agents du service précité affectés à des tâches touchant à la santé et à la sécurité au travail était de 665 (716 en 2014), dont 400 inspecteurs (365 en 2014). Le Comité prend note de la hausse du nombre de visites de contrôle et d'agents affectés aux questions de santé et de sécurité.

Le Comité prend note des visites de contrôle spéciales menées pendant la période de référence et de leurs résultats.

Le Service chargé de l'environnement de travail peut délivrer une injonction assortie de délais précis, adresser une notification invitant à faire appel à des services de conseil, prononcer une interdiction, infliger une amende administrative ou faire établir un rapport de police si une entreprise ne respecte pas ses obligations au titre de la loi relative à l'environnement de travail. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les infractions constatées par le Service chargé de l'environnement de travail, les amendes infligées et leur montant global ainsi que les suspensions d'activités ordonnées.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

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

Paragraphe 3 - Consultation des organisations professionnelles en matière de sécurité et d'hygiène

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Danemark.

Le rapport indique que la situation n'a pas changé durant la période de référence. Le Comité renvoie à sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)) et considère que la situation est conforme à la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 3§3 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

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 80,6 ans en 2015 (79,2 ans en 2010). Il relève que, d'après les données Eurostat, l'espérance de vie à la naissance était estimée à 80,6 ans en 2015 pour les 28 pays de l'UE.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations et des données chiffrées sur le taux de mortalité et les principales causes de mortalité prématurée, ainsi que sur les mesures prises pour combattre ces causes de mortalité.

Le Comité demande également que des informations relatives aux taux de mortalité infantile et maternelle figurent dans le rapport suivant.

Accès aux soins de santé

Le rapport indique que toute personne résidant au Danemark a accès au système public de santé et que les prestations sont pour la plupart fournies gratuitement. Les dispositions législatives nationales fixent les délais à respecter pour établir un diagnostic et commencer un traitement, et laissent aux patients une totale liberté quant au choix de l'établissement hospitalier. Les régions sont tenues de veiller à ce que tout patient dirigé vers un hôpital fasse l'objet d'une évaluation en vue d'un diagnostic dans un délai d'un mois à compter du jour où il a été orienté vers cet établissement. Si, pour des raisons médicales, il n'est pas possible de poser un diagnostic concernant son état de santé dans ce délai d'un mois, le patient doit recevoir un protocole de prise en charge détaillant les nouvelles mesures prévues à cet effet, par exemple la réalisation de nouveaux examens dans une autre structure hospitalière publique ou privée. Si l'hôpital, en raison de problèmes de capacité, n'est pas en mesure de garantir que le traitement démarrera sous 30 jours, le principe de la liberté de choix de l'hôpital est étendu. La liberté de choix du patient est alors élargie à tous les hôpitaux publics et privés, au Danemark ou à l'étranger. La liberté de choix élargie couvre non seulement le traitement proprement dit, mais également l'évaluation à des fins de diagnostic.

Le rapport indique, s'agissant des délais d'attente, que l'Autorité danoise des données de santé fait état d'un délai d'attente moyen de 48 jours en 2015 pour les interventions chirurgicales programmées en hospitalisation, contre 54 jours en 2011. Le Comité prend note des informations actualisées contenues dans le rapport concernant le délai d'attente moyen, au niveau national, pour différents types de chirurgies.

Le Comité a pris précédemment connaissance du système de réclamation concernant les soins assurés par un professionnel de santé, qui était géré par l'Agence nationale pour les droits des patients et les réclamations (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que l'Agence a été remplacée par l'Autorité danoise de sécurité des patients en octobre 2015. Cette instance fonctionne comme un guichet unique pour les patients qui auraient à se plaindre de la qualité d'un traitement ou d'un professionnel de santé. Le Comité relève dans le rapport les informations concernant le nombre et le type de réclamations déposées et concernant leur issue. Les patients peuvent ainsi dénoncer le non-respect de droits qui leur sont reconnus, comme le droit d'accéder à son dossier médical, le principe du libre choix de l'hôpital, ou le droit de se faire soigner à l'étranger si le traitement n'est pas disponible au Danemark. L'Autorité danoise de sécurité des patients a aussi pour mission de vérifier le bon déroulement des traitements assurés par les professionnels et établissements de santé. Jusqu'en 2015, cette tâche incombait à l'Autorité danoise de la santé.

Le rapport indique en outre que les patients peuvent demander une indemnisation au titre de dommages causés par un examen ou un traitement réalisé en milieu hospitalier ou par des praticiens agréés dans un cabinet privé. Le système d'indemnisation comporte deux organes de contrôle : l'Association pour l'assurance des patients et la Commission de recours pour l'indemnisation des patients. L'indemnisation couvre les dépenses de santé, la douleur et la souffrance, les lésions permanentes et la perte de revenu et/ou de la capacité de travail résultant d'un traitement. En cas de décès, une indemnisation peut être versée au titre de la perte du soutien de famille et pour couvrir les frais d'obsèques.

Le rapport indique en outre qu'en 2016 (hors période de référence), un nouveau programme national pour la qualité des soins de santé a été lancé par le Gouvernement, en collaboration avec les régions et les communes. Ce programme crée un cadre de référence pour l'amélioration continue de la qualité des soins au Danemark et suit une nouvelle approche qui met plus encore l'accent sur le savoir-faire et les compétences des professionnels de santé et repose moins sur les obligations de déclaration liées à la procédure. Une série d'objectifs nationaux ambitieux en matière de qualité des soins ont été fixés. Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de ce programme et des résultats obtenus, notamment en ce qui concerne son impact en termes de qualité de soins pour chaque patient.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et de traitements en santé mentale, notamment pour 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 (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).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si, au Danemark, les personnes transgenres étaient tenues de subir une stérilisation pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre (Conclusions XX-2 (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 le Danemark fait partie des pays qui ont modifié leur législation depuis le 18 mars 2015 et n'exigent plus la stérilisation des intéressés. Le rapport indique, en réponse à une question du Comité, que la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres ne nécessite pas (en droit ou en fait) au Danemark une stérilisation ou tout autre traitement médical invasif susceptible de nuire à la santé ou à l'intégrité physique des intéressés.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

Le rapport indique que la situation n'a pas changé durant la période de référence (depuis le rapport précédent).

Education et sensibilisation de la population

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 demande que le rapport suivant contienne des informations concernant les campagnes d'information et de sensibilisation organisées sur ces thèmes durant la période de référence.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment pris note des programmes de dépistage destinés à la population adulte ainsi que des données chiffrées fournies concernant les taux de participation, de couverture et de détection des programmes de dépistage des cancers (Conclusions XX-2 (2013)). Il demande des informations actualisées sur les programmes de dépistage mis en place pour les maladies constituant les principales causes de décès.

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 Danemark est conforme à l'article 11§2 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

Environnement sain

Le Comité prend note des informations détaillées figurant dans le rapport concernant le large éventail de mesures prises pour prévenir la pollution de l'air, de l'eau et des sols ainsi que la pollution sonore. Il demande que le rapport suivant contienne des données actualisées.

S'agissant de la sécurité alimentaire, le rapport présente un exposé détaillé des lois applicables en matière d'hygiène et de contrôle des denrées alimentaires, et contient des informations relatives aux plans d'action et aux programmes de surveillance des infections à *Campylobacter* et à *Salmonella*. D'après le rapport, les maladies provoquées par les salmonelles ont considérablement diminué ces dernières années.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le rapport fait état des mesures prises pendant la période de référence en ce qui concerne la toxicomanie, comme la création et la mise en service dans les trois plus grandes villes du pays de salles de consommation de drogue pour toxicomanes fortement dépendants. Ces structures s'adressent à des personnes de plus de 18 ans dont l'addiction résulte de l'usage constant et régulier de stupéfiants sur une longue durée. Le rapport indique également que le programme de prescription d'héroïne a été élargi aux personnes qui consomment de l'héroïne sous forme de comprimés. Le Comité demande à être informé des résultats obtenus.

Le rapport ne fournit aucune information sur les mesures prises dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur les niveaux et tendances de la consommation de tabac, d'alcool et de drogue, ainsi que sur les mesures prises en vue de réduire et prévenir leur consommation.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations et des données chiffrées actualisées sur les taux de couverture vaccinale ainsi que sur les modalités de déclaration et de notification des maladies contagieuses.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

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.

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 danois. 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, hormis l'assurance chômage – régime facultatif, mais auquel sont affiliés la plupart des salariés et travailleurs indépendants.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur le champ d'application personnel des différentes branches de la sécurité sociale. Le Comité a noté précédemment (Conclusions XX-2 (2013)) que la totalité de la population résidente est couverte contre les risques maladie, invalidité, vieillesse (pension sociale) et décès. Il relève également dans le rapport établi au titre du Code européen de sécurité sociale que la population active s'élevait à 2 861 000 personnes en 2015 (la population totale comptait 5 707 251 personnes en 2016, hors période de référence). Par ailleurs, selon la base de données MISSOC :

- tous les salariés et travailleurs indépendants (y compris les conjoints aidants) ont droit aux indemnités de maladie ;
- un régime d'assurance vieillesse obligatoire (pension complémentaire) s'applique à tous les salariés à partir de l'âge de 16 ans travaillant au moins neuf heures par semaine, aux personnes qui perçoivent des allocations journalières en cas de maladie, naissance, adoption ou chômage, qui ont commencé à participer à des mesures d'activation ou à des dispositifs de formation ou d'éducation ou qui sont placées dans une entreprise conformément à la loi relative aux mesures actives en faveur de l'emploi, aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité octroyée depuis le 1^{er} janvier 2003 et aux bénéficiaires de la garantie de ressources ou d'autres transferts de revenus. L'affiliation volontaire est en outre possible pour les personnes bénéficiant d'une retraite anticipée et pour les titulaires d'une pension d'invalidité accordée avant le 1^{er} janvier 2003, ainsi que pour les travailleurs qui se lancent dans une activité indépendante (sous conditions) ;
- s'agissant des accidents du travail et des maladies professionnelles, un régime obligatoire s'applique à tous les salariés, aux stagiaires et aux enfants atteints d'une maladie congénitale ou d'une maladie causée par le travail de leur père ou de leur mère ; l'affiliation volontaire est possible pour les travailleurs indépendants ;
- l'assurance chômage est volontaire pour les résidents âgés de 18 à 62 ans avant l'âge de la retraite ; les personnes de moins de 18 ans peuvent aussi être admises si elles ont achevé une formation professionnelle d'au moins 18 mois. Le Comité relève dans le rapport que le pays comptait 2 200 000 assurés en 2015, soit 76 % de la population active.

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 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 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.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 28 364 € par an en 2015, soit 2 364 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 14 182 € par an, soit 1 182 € par mois. 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 945 € par mois.

Selon la base de données MISSOC, les salariés ont droit à des prestations de **maladie** s'ils ont travaillé au moins 74 heures au cours des 8 semaines précédant la maladie. Les indemnités peuvent être servies pendant jusqu'à 22 semaines sur une période de neuf mois (une prolongation de la durée de versement est possible). Leur montant est calculé sur la base du salaire horaire de l'assuré – avec un maximum de 4 135 DKK (554 €) par semaine ou 111,76 DKK (15 €) par heure (37 heures par semaine) – et du nombre d'heures travaillées. Le rapport indique qu'en 2015, le montant minimum des indemnités de maladie s'élevait à environ 215 020 DKK par an ou 4 135 DKK (554 €) par semaine pour les salariés à plein temps, ce qui correspond à 2 216 € par mois, un niveau conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961. Le Comité relève cependant que le montant minimum selon le rapport correspond au montant maximum des indemnités figurant dans la base de données MISSOC. Il demande par conséquent que le rapport suivant clarifie ce point. Afin d'évaluer, autant que possible, le niveau minimum de ces prestations, il demande aussi que lui soient communiquées des informations concernant le niveau estimé du salaire minimum pour un travailleur à plein temps.

Le Comité relève dans la base de données MISSOC que les prestations servies en cas d'incapacité temporaire résultant d'un **accident du travail** ou d'une **maladie professionnelle** sont identiques à celles de l'assurance maladie. Il demande que le prochain rapport donne des précisions à ce sujet (conditions d'accès à la prestation, durée de versement, niveau minimum de la prestation).

Pour avoir droit aux prestations contributives de **chômage**, une personne doit avoir été affiliée auprès d'une caisse d'assurance chômage pendant au moins un an et avoir travaillé pendant au moins 1 924 heures (52 semaines) au cours des trois dernières années. Les indemnités de chômage sont versées pour cinq jours par semaine, pendant au maximum deux ans sur une période de trois ans. Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions XIX-1(2009) et XX-2 (2013) sur l'article 12, paragraphes 1 et 3, et Conclusions XX-4 (2015) sur l'article 1§2) pour ce qui concerne la notion d'« offre d'emploi raisonnable » et les sanctions applicables en cas de refus d'une telle offre. Il demande que le rapport suivant indique quelles voies de recours sont ouvertes pour contester la suspension des prestations. Les indemnités de chômage peuvent atteindre jusqu'à 90 % du salaire antérieur du bénéficiaire (dans la limite de 111 € par jour en 2015). Selon le rapport, en 2015, le montant minimum des prestations de chômage s'élevait à environ 678 DKK (90,85 € au taux du 31 décembre 2015) par jour pour les assurés qui occupaient un emploi à plein temps (soit environ 1 999 € par mois, sur une base de 22 jours ouvrables). Le Comité considère que ce montant est suffisant.

En ce qui concerne la pension de **vieillesse**, le Comité renvoie à son évaluation dans le cadre de l'article 4 du Protocole additionnel.

La pension d'**invalidité** est calculée, comme la pension sociale, sur la base des années de résidence au Danemark entre l'âge de 15 ans et l'âge de 65 ans : le montant minimum peut être perçu après au moins trois années de résidence (dix pour les étrangers) et la pension complète après une durée d'au moins quarante ans. Le Comité demande que le prochain rapport précise le montant minimum de la pension d'invalidité, ainsi que des éventuelles prestations complémentaires cumulables. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961.

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 de la Convention internationale du travail n° 102

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Danemark.

Le Comité prend note que le Danemark a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 16 février 1973 et en a accepté les parties II, III, IV, V, VI, VII, VIII et IX.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2016)4 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par le Danemark (période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015) que la législation et la pratique du Danemark continuent à donner pleinement effet aux Parties du Code qui ont été acceptées.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 12§2 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

Il renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale danois. 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 XX-4 (2015)). Pour ce qui est des autres branches de la sécurité sociale, le Comité prend note des évolutions législatives intervenues durant la période de référence.

Le Comité note l'adoption de certaines mesures restrictives, notamment :

- l'abrogation de la règle qui autorisait les réfugiés à percevoir la pension de vieillesse en comptabilisant les années de résidence dans leur pays natal et dans d'autres pays où ils auraient été considérés comme des réfugiés comme l'équivalent d'années de résidence au Danemark et
- l'entrée en vigueur en 2012 du raccourcissement de la période pendant laquelle le chômeur conserve son droit aux prestations de chômage, passée de quatre à deux ans (voir également les Conclusions XX-2 (2013)).

Le rapport fait néanmoins état de certaines mesures de transition prises pour atténuer l'impact immédiat de ces mesures, ainsi la règle d'équivalence pour les pensions de vieillesse continue de s'appliquer aux personnes ayant le statut de réfugié au Danemark entrées dans le pays avant le 1^{er} septembre 2015 et atteignant l'âge de la retraite avant le 1^{er} janvier 2021. En outre, s'agissant du droit aux prestations de chômage, une extension temporaire a été adoptée en 2012, ainsi que d'autres mesures destinées aux personnes ayant épuisé leurs droits.

En particulier, en plus du relèvement annuel des taux des prestations sociales, le rapport mentionne certaines améliorations concernant les indemnités de chômage. À cet égard, il fait état de la simplification de certaines règles (loi n° 152 du 28 février 2012) et de la mise en place de plusieurs mesures en faveur des personnes ayant épuisé leurs droits, comme une allocation spéciale de formation (loi n° 1374 du 23 décembre 2012, loi n° 790 du 28 juin 2013) ou la prestation temporaire du marché du travail (loi n° 1610 du 26 décembre 2013, loi n° 174 du 24 février 2015). De surcroît, des mesures ont été prises pour maintenir les indemnités de chômage en cas de maladie pendant les 14 premiers jours (loi n° 720 du 25 juin 2014). D'autres mesures en faveur des chômeurs ont été décidées dans le cadre de la réforme de l'emploi opérée en 2014 (loi n° 1486 du 23 décembre 2014).

Au vu de ces informations, le Comité considère que la situation du Danemark reste conforme à l'article 12§3 de la Charte de 1961.

Le Comité prend également note des modifications apportées au système de pension de vieillesse, tel que décrit dans le rapport. Il relève en particulier l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2014, de la « réforme des retraites » de 2011 qui prévoit un relèvement progressif de l'âge de la retraite entre 2019 et 2022 (au lieu de 2024 et 2027 comme prévu par la réforme de la protection sociale de 2006), outre un renforcement des incitations à continuer à travailler, comme prévu par le « Plan pour l'emploi ». Selon le rapport, cette réforme n'a pas d'incidence directe sur le montant minimum de la pension sociale, mais contribuera à accroître les revenus des retraités en augmentant leur retraite complémentaire privée. La « réforme des retraites » augmente aussi l'âge auquel il est possible d'obtenir une retraite anticipée (pension de préretraite volontaire), tout en raccourcissant sa durée de cinq à trois ans, et simplifie l'accès à la pension anticipée (d'invalidité) pour les personnes de plus de 60 ans qui ne peuvent pas travailler. Une refonte du système de pension anticipée (d'invalidité) est aussi intervenue en 2013. Selon le rapport, elle vise à développer le potentiel de travail des personnes handicapées, à moins qu'il ne soit avéré que leur capacité de travail ne peut être améliorée. Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations sur les

conséquences éventuelles de ces modifications sur le champ d'application personnel et sur les montants des prestations concernées.

Le rapport mentionne enfin des mesures qui prendront effet hors période de référence, dont une réforme du système d'assurance chômage qui va entrer en vigueur en 2017 (loi n° 624 du 8 juin 2016), et indique que le relèvement annuel des prestations sociales devrait être modéré (de 0,3 % en 2016, 0,4 % en 2017 et 0,75 % en 2018). Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations sur la mise en œuvre et l'impact de ces mesures, ainsi que sur toute initiative prise en vue de détecter et modérer les conséquences négatives éventuelles des mesures restrictives pour ce qui concerne le niveau et le champ d'application des prestations de sécurité sociale.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 12§3 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

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

Droit à l'égalité de traitement

Le Comité a, dans ses conclusions précédentes (Conclusions XIX-2 (2009) et XX-2 (2013)), considéré que le Danemark garantissait, conformément à l'article 4 du règlement (CE) n° 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale du 29 avril 2004, l'égalité de traitement entre ses ressortissants et les ressortissants des autres États Membres de l'UE ou appartenant à l'EEE.

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'UE ou ne font pas partie 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)). À cette fin, ils peuvent, soit conclure des accords bilatéraux avec ces États, soit prendre des mesures unilatérales.

Le rapport indique que le Danemark garantit le principe d'égalité de traitement par la seule voie des accords bilatéraux. Les accords sont signés avec les pays pour lesquels il existe, premièrement, un flux migratoire significatif, et, deuxièmement, un intérêt mutuel à conclure un tel accord. Le rapport précise à cet égard que, au cours de la période de référence, le Danemark a conclu un nouvel accord avec la Croatie et ouvert des négociations avec l'« ex-République Yougoslave de Macédoine » en vue de la conclusion d'un tel accord.

Le Comité convient que la conclusion d'accords bilatéraux présuppose un intérêt de la part de chacune des parties et que lorsque les mouvements migratoires sont insignifiants, cet intérêt peut être limité voire inexistant. Cependant, comme indiqué plus haut, le droit à l'égalité de traitement peut également être réalisé 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 estime que la situation n'est pas conforme à la Charte de 1961 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 relève dans la base de données MISSOC que le Danemark subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant réside sur son territoire.

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusions XIX-2 (2009)), notamment demandé des informations complémentaires sur les éventuels accords envisagés avec les autres États parties 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) et, si tel est le cas, les délais dans lesquels ils pourraient être négociés. Il note qu'aucun nouvel accord n'a été conclu, ni envisagé au cours de la période de référence.

Le Comité note également que la condition de résidence de dix ans à laquelle est subordonné l'octroi de la pension de retraite anticipée pour personnes handicapées et de la pension de retraite ordinaire n'a pas changé, de sorte que la situation n'est toujours pas conforme à la Charte de 1961 sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité constate que le rapport ne contient aucune information à ce sujet et renouvelle, par conséquent, sa conclusion de non conformité sur ce point. Il demande également que chaque rapport donne à l'avenir des informations sur l'état de la législation en vigueur ou la pratique.

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

Le rapport ne contient aucune information à ce sujet et renouvelle, par conséquent, sa conclusion de non conformité sur ce point. Il demande également 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 du Danemark n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte de 1961 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 ;
- la condition de durée de résidence de dix ans imposée aux ressortissants étrangers qui ne sont pas couverts par la réglementation de l'UE ou par un accord bilatéral conclu avec le Danemark pour bénéficier de la pension de retraite anticipée pour personnes handicapées et de la pension de retraite ordinaire est excessive ;
- la conservation des avantages acquis n'est pas garantie 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 du Danemark.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité prend note des modifications législatives concernant les prestations d'assistance sociale qui sont entrées en vigueur en 2012.

Selon le rapport, trois importantes réformes sont intervenues durant la période de référence. Le nouveau Gouvernement entré en fonction en octobre 2011 a supprimé certaines prestations, comme l'allocation initiale et l'allocation d'insertion, pour les remplacer par l'aide sociale ordinaire à compter du 1^{er} janvier 2012. Il a aussi aboli le plafond fixé pour l'octroi de l'assistance ainsi que la règle des 300 heures (selon laquelle les prestations en espèces ne pouvaient être servies que si l'intéressé avait travaillé au moins 300 heures sur une période de deux ans). Le deuxième changement a été la réforme du système d'assistance sociale, qui a donné lieu à une modification des allocations et à la création d'une nouvelle prestation pour les moins de 30 ans (assistance sociale pour les personnes de moins de 30 ans sans instruction). Enfin, le nouveau Gouvernement entré en fonction en juin 2015 a mis en place de nouvelles prestations telles que l'allocation d'intégration (pour les personnes n'ayant pas résidé au Danemark pendant au moins sept ans sur les huit dernières années), créée en septembre 2015 pour les personnes arrivées au Danemark à compter de cette date.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note des travaux en cours concernant l'éventuelle détermination d'une ligne de pauvreté définie à l'échelon national. À cet égard, il relève dans le rapport que le Gouvernement a mis en place, le 11 mai 2012, un comité d'experts chargé de recenser différentes façons de mesurer la pauvreté et de proposer une définition possible du seuil de pauvreté au Danemark. Le comité a rendu son rapport en juin 2013. Le nouveau Gouvernement en place depuis 2015 s'est toutefois refusé à proposer une ligne de pauvreté nationale.

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 de base servie au titre de l'assistance sociale (*kontanthjælp*) s'élevait en 2015 à 937 € pour une personne de moins de 30 ans ne vivant pas chez ses parents, à 1 847 € pour une personne de moins de 30 ans ayant au moins un enfant à charge et à 1 454 € pour une personne de 30 ans ou plus. Le Comité relève également dans le rapport que la nouvelle allocation d'intégration a été créée le 1^{er} septembre 2015 pour les étrangers nouvellement arrivés ainsi que pour les citoyens danois nouvellement arrivés n'ayant pas résidé au Danemark pendant au moins sept ans sur les huit dernières années. Son montant correspond à celui de l'allocation d'éducation (*uddannelseshjælp*). Le montant mensuel de l'aide financière s'élevait à 12 019 DKK (€ 1 562) pour un parent isolé avec des enfants à charge, à 8 411 DKK (1 093 €) pour une personne mariée ou vivant en cohabitation avec des enfants à charge et à 6 010 DKK (781 €) pour une personne sans enfant.
- Prestations supplémentaires : selon la base de données MISSOC, l'allocation individuelle de logement (*individuel boligstøtte*) est octroyée après un calcul objectif basé sur les dépenses de logement, les revenus du ménage, la zone où est situé le logement et la composition du ménage. Le Comité demande quel est le montant moyen de cette prestation versé à une personne seule sans ressources.

- 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 1 181 € en 2015.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation n'était pas conforme à la Charte aux motifs que le montant de l'allocation de base servie au titre de l'assistance sociale aux moins de 25 ans était insuffisant et que celui de l'allocation initiale versée aux moins de 25 ans comme aux plus de 25 ans était insuffisant.

Le Comité note que, selon le rapport, utiliser un seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes. Par exemple, les personnes qui travaillent volontairement à temps partiel et les travailleurs indépendants, de même que les étudiants, peuvent avoir des revenus inférieurs au seuil sans pour autant être considérés comme pauvres. Le rapport indique en outre que différents types d'allocations peuvent être servis en fonction de chaque cas particulier. Le Gouvernement maintient que pour donner au moins une vision plus exacte de la situation de besoin d'une personne ou d'une famille par rapport à un seuil de pauvreté, il n'est pas approprié de considérer séparément le taux de chaque prestation. Le Danemark ne dispose pas d'une définition officielle de la pauvreté ou du seuil de pauvreté. La pauvreté est considérée comme un phénomène plus large que le manque de moyens financiers. Le Comité relève cependant à ce propos que le rapport ne fournit aucune indication concernant le montant moyen des prestations supplémentaires servies à une personne seule sans ressources bénéficiant de l'assistance sociale. Il demande que le rapport suivant contienne ces informations. Il réitère sa position jurisprudentielle selon laquelle l'assistance est appropriée quand le montant mensuel des prestations d'assistance – de base et/ou supplémentaires – versé à une personne vivant seule n'est manifestement pas inférieur au seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté).

Le Comité considère que le montant de l'allocation de base servie au titre de l'assistance sociale (*kontanthjaelp*) aux moins de 30 ans et celui de l'allocation d'intégration (*uddannelseshjælp*) versée aux personnes seules sont insuffisants au motif que le montant total pouvant être obtenu 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, le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que les ressortissants d'autres États parties non liés par l'accord sur l'Espace économique européen ou non couverts par des accords conclus avec le Danemark pouvaient se voir retirer leur titre de séjour pour la seule raison qu'ils bénéficiaient d'une assistance sociale depuis plus de six mois, sauf s'ils résidaient au Danemark depuis plus de sept ans.

À cet égard, le Comité relève dans le rapport que le renvoi éventuel dans son pays d'origine d'une personne ayant besoin d'une assistance permanente est toujours décidé sur la base d'un examen individuel de la situation personnelle de l'intéressé. Sont notamment pris en considération les critères suivants :

- situation matrimoniale de l'intéressé – si ce dernier est marié ou cohabite avec un citoyen danois, un réfugié ou un ressortissant étranger qui vit légalement au Danemark depuis plus de trois ans dans le but d'obtenir le statut de résident permanent ;
- durée de sa présence au Danemark ;
- état de santé ;
- éventuels liens familiaux ou autres avec le Danemark (plutôt qu'avec le pays d'origine).

Le Comité relève en outre dans le rapport du Comité gouvernemental (TS-G (2014)20) qu'en ce qui concerne les personnes originaires d'États non membres de l'UE, les titres de séjour délivrés pour raisons professionnelles, études ou regroupement familial le sont généralement à la condition que le demandeur soit autonome financièrement. Dans l'hypothèse où cette condition ne serait plus satisfaite, le Service danois de l'immigration peut révoquer ou refuser de proroger le titre de séjour conformément à la loi sur les étrangers. Il ne s'agit donc pas d'une situation relevant de la loi sur l'assistance sociale. Celle-ci prévoit néanmoins de rares cas où un rapatriement est possible au motif qu'une personne aurait bénéficié de l'assistance sociale pendant plus de six mois.

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 – alors que celui-ci est toujours valable – au seul motif que l'intéressé serait dépourvu de ressources et ne pourrait plus subvenir aux besoins de sa famille.

Le Comité considère que la possibilité de révoquer un titre de séjour au seul motif que la personne concernée a bénéficié de l'assistance sociale pendant plus de six mois, alors que son titre de séjour est toujours valable, est contraire à la Charte. Par conséquent, la situation n'est pas conforme.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente relative à l'article 13§4, 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.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations actualisées concernant l'assistance sociale et médicale d'urgence fournie aux ressortissants étrangers qui se trouvent en situation irrégulière au Danemark.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Danemark n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 aux motifs que :

- le montant de l'allocation de base servie au titre de l'assistance sociale (*kontanthjælp*) aux moins de 30 ans et celui de l'allocation d'intégration (*uddannelseshjælp*) versée aux personnes seules sont insuffisants ;
- les ressortissants d'autres États parties peuvent se voir retirer leur titre de séjour pour la seule raison qu'ils bénéficient d'une assistance sociale depuis plus de six mois, sauf s'ils résident au Danemark depuis plus de sept 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 du Danemark.

Le Comité note que la situation qu'il a précédemment jugée conforme avec la Charte n'a pas changé. D'après le rapport, le bénéfice de l'assistance sociale ne restreint en aucune manière les droits politiques ou sociaux des bénéficiaires.

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 sociaux ou politiques.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 13§2 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

Le rapport indique qu'en vertu des articles 10 à 12 de la loi relative aux services sociaux, les communes doivent faire en sorte que toute personne ait accès à des services de conseil gratuits, le but étant de prévenir les problèmes sociaux, d'aider les personnes concernées à surmonter des difficultés immédiates et, à plus long terme, de leur permettre de faire face aux problèmes au fur et à mesure qu'ils se posent. Les communes les conseillent quant au choix des aides techniques et des produits de consommation et leur expliquent comment s'en servir. Dans le cadre des activités de conseil, les communes évaluent également si les bénéficiaires ont besoin d'une autre forme d'assistance.

Conformément à l'article 2(1) de la loi relative aux services sociaux, toute personne résidant légalement au Danemark peut prétendre à l'assistance prévue par la loi, y compris aux services de conseil.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 13§3 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

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.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation était conforme à la Charte en ce qui concerne les ressortissants étrangers se trouvant légalement au Danemark.

En réponse à la question du Comité, le rapport indique que le fondement juridique de la prestation de services sociaux aux personnes résidant légalement au Danemark est la loi relative aux services sociaux. Le Comité comprend que l'article 2 de cette loi garantit l'assistance non seulement à toute personne résidant légalement au Danemark, mais encore aux personnes se trouvant légalement sur le territoire (touristes, etc.).

S'agissant de la question du Comité concernant la fourniture d'une assistance d'urgence aux personnes séjournant légalement sur le territoire danois sans avoir le statut de résident, le rapport confirme que conformément à la loi relative aux services sociaux, une assistance, y compris une assistance sociale d'urgence, est fournie à toute personne se trouvant légalement au Danemark.

Le Comité relève en outre que conformément à l'article 110 de la loi relative aux services sociaux, la municipalité est tenue de fournir des structures d'hébergement temporaire pour les personnes ayant des problèmes particuliers qui sont sans domicile ou ne peuvent pas rester chez elles et qui ont besoin d'un hébergement, d'un accompagnement, de soins et d'une prise en charge ultérieure. Cette disposition prévoit un hébergement dans des structures telles que les foyers pour sans-abri.

Le Comité considère que la situation est conforme à la Charte pour ce qui est de l'aide sociale d'urgence fournie aux ressortissants d'États parties se trouvant légalement sur le territoire. Il demande des informations à jour concernant l'assistance médicale d'urgence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 13§4 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

Organisation des services sociaux

Le rapport fournit des informations sur les mesures prises récemment pour améliorer les services sociaux dans différents domaines. Une attention particulière a été accordée à la protection des familles et des enfants, des adultes socialement défavorisés et des personnes handicapées.

La réforme de 2011 des services de protection de l'enfance, bénéficie d'un budget annuel de 210 à 250 millions de DKK (valeur 2010).

Le 1^{er} janvier 2014 a été lancée une vaste réforme du système contrôle des structures de placement des enfants, afin d'améliorer le niveau et la qualité de la prise en charge et du traitement des enfants.

En 2013, le Gouvernement danois a alloué 268 millions de DKK à une initiative visant à renforcer la protection des enfants et des adolescents contre les abus. Le rapport fait également mention d'autres initiatives menées récemment dans ce domaine, dans le but, notamment, de renforcer le soutien préventif aux enfants, aux adolescents et aux familles vulnérables et de favoriser la coopération stratégique entre les municipalités et les ONG afin d'améliorer le niveau et la qualité de la prise en charge et du traitement.

En ce qui concerne les services de protection sociale destinés aux adultes socialement défavorisés, le rapport fournit une description détaillée du programme mis en œuvre dans le cadre de la Stratégie nationale contre le sans-abrisme lancée en 2009 et de son suivi. Le programme a été mis en œuvre de 2009 à 2013 avec un budget de 500 millions de DKK et a été suivi par d'autres programmes de lutte contre le sans-abrisme entre 2013 et 2015.

Accès égal et effectif

Dans sa précédente conclusion (Conclusions XXI-2(2013)), le Comité a demandé si certains services sociaux étaient gratuits et quels étaient les critères appliqués pour la tarification des services payants.

Le rapport précise que selon l'article 158 de la loi relative aux services sociaux, toute personne qui bénéficie de services sociaux est, en règle générale, tenue de payer pour l'assistance obtenue. Toutefois, de nombreux services sont gratuits. D'après les exemples fournis dans le rapport, ce sont essentiellement les services de conseil et d'assistance juridique qui sont gratuits. Le rapport précise qu'en ce qui concerne les services payants, leur tarif est calculé en fonction des revenus du bénéficiaire, de sa situation économique et de ses capacités de paiement. Pour les groupes à faibles revenus, certains types d'assistance ne sont pas payants. Une participation financière est demandée aux personnes hébergées temporairement ou pendant une longue durée par les services sociaux. Son montant est fixé par chaque municipalité en fonction de critères spécifiques. Les personnes qui, pendant leur séjour, doivent conserver leur propre lieu de résidence, sont sans revenus ou ont, pour d'autres raisons, des difficultés à régler les frais demandés peuvent se voir accorder une dispense par la municipalité.

Qualité des services

Le Comité renvoie à sa précédente conclusion pour des informations générales sur la qualité des services et la protection des données. À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les développements généraux de la qualité des services sociaux.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Danemark est conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961.

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 Danemark.

Le rapport renvoie aux informations contenues dans le 32^e rapport national (cycle 2013) concernant le Comité pour le bénévolat, le Centre pour le travail social bénévole, l'article 18 de la loi relative aux services sociaux, le Fonds PUF (Fonds de soutien au travail social bénévole en faveur des personnes en difficultés sociales) et le secteur des organisations bénévoles à but non lucratif au Danemark.

Le Comité pour le bénévolat axe son action sur l'élaboration des politiques et sur la coopération entre l'administration locale et les organisations sociales bénévoles.

Le Centre pour le travail social bénévole s'attache à promouvoir et à encourager le développement du travail social bénévole.

Selon le rapport, l'article 18 de la loi relative aux services sociaux joue un rôle clé dans la relation entre le travail social public et le travail social bénévole au niveau local en exigeant de l'administration locale qu'elle coopère avec les associations et les organisations sociales bénévoles et qu'elle consacre une part de son budget annuel au soutien au travail social bénévole.

Le Fonds PUF est un fonds de soutien au travail social bénévole en faveur des personnes en difficultés sociales par le biais duquel le ministère de la Protection sociale apporte un soutien financier aux associations et aux organisations sociales bénévoles. Pour l'année 2012, le Fonds PUF disposait de 6,7 millions d'euros.

Dans son rapport précédent, 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 que selon la loi relative aux services sociaux, il incombe aux conseils municipaux de veiller à ce que tous les services et structures nécessaires, tels que définis par la loi précitée, soient accessibles. Les conseils municipaux doivent par conséquent s'assurer que les personnes dans le besoin bénéficient de l'assistance nécessaire et appropriée sans discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, la religion, le handicap, l'âge, l'orientation sexuelle ou les opinions politiques. L'assistance en question peut être fournie par les municipalités, les régions ou des prestataires privés de services. Le Comité demande comment les responsabilités des conseils municipaux décrites ci-dessus sont mises en pratique et comment le contrôle des prestataires privés de services sociaux est organisé et mis en œuvre concrètement.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandée, le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 14§2 de la Charte de 1961.

Article 4 du Protocole additionnel de 1988 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Danemark.

Cadre législatif

Le Comité rappelle que l'article 4 du Protocole additionnel à la Charte de 1961 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 qu'il a précédemment considéré (Conclusions XX-2 (2013)) que la situation n'était pas conforme à la Charte de 1961 au motif que l'existence d'une telle législation n'était pas établie. Le Comité note, d'après le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions de 2013, que le principe de non-discrimination est un élément fondamental du droit public danois. Le Danemark dispose, à cet égard, d'un cadre législatif général pour lutter contre les discriminations en dehors de l'emploi et que, par conséquent, aucun projet de loi spécifiquement destiné à lutter contre les discriminations fondées sur l'âge n'est en préparation. 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. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a précédemment demandé (Conclusions XX-2 (2013)), en substance, quelle est la différence entre la désignation d'un tuteur légal et les restrictions au droit à l'autonomie imposées par les municipalités aux personnes présentant d'importantes déficiences intellectuelles. Le rapport indique que, selon la législation danoise, la mise sous tutelle ne limite en rien l'autonomie personnelle de la personne concernée. Tous les tuteurs sont supervisés par l'Administration d'État, doivent agir dans le meilleur intérêt de la personne placée sous tutelle et être exempt de tout conflit d'intérêts. Le Comité prend note de ces informations mais constate, néanmoins, que le rapport ne fournit aucune information en ce qui concerne les mesures restrictives que peuvent prendre les municipalités, conformément à la loi relative aux services sociaux. Il réitère donc sa question.

Le Comité a également demandé s'il a été envisagé de mettre en place un mécanisme qui permettrait à une personne âgée de désigner un tiers de confiance de son choix pour l'aider ou la conseiller dans ses décisions. Le Comité note que le Danemark a adopté une loi sur les procurations permanentes, en mai 2016, soit hors de la période de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet.

Ressources suffisantes

Pour apprécier le caractère suffisant des ressources des personnes âgées sous l'angle de l'article 4 du Protocole additionnel, 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 proposées aux personnes âgées. Ces ressources sont alors comparées au revenu médian ajusté.

Le Comité rappelle que, outre la pension de retraite complémentaire (*arbejdsmarkedets tillægspension*) versée aux travailleurs affiliés à l'assurance sociale à hauteur de leur contribution, toute personne résidant au Danemark a droit à une pension de vieillesse

(*folkepension* – pension sociale) à partir de 65 ans. Pour pouvoir avoir droit à cette pension, un ressortissant danois doit, au même titre qu'un ressortissant membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Espace économique européen (EEE), avoir vécu au Danemark pendant au moins 3 ans entre 15 et 65 ans. Un ressortissant d'État tiers, y compris les États parties à la Charte de 1961 et à la Charte sociale révisée non membres l'UE ou de l'EEE doit, au contraire, justifier de 10 années de résidence entre 15 et 65 ans, dont 5 immédiatement avant le versement de la pension. Le droit à une pension sociale à taux plein est acquis après 40 ans de résidence au Danemark entre 15 et 65 ans. Les personnes ayant résidé pendant une période plus courte dans le pays ont droit à une pension équivalente à 1/40e de la pension à taux plein pour chaque année passée au Danemark entre l'âge de 15 et 65 ans. Selon MISSOC, la pension sociale mensuelle à taux plein pour une personne seule s'élevait, en 2015, à 12 258 DKK, soit 1 646,83€, auxquels vient s'ajouter un supplément de pension versé une fois par an aux bénéficiaires les plus démunis d'un montant de 16 400 DKK, soit 2 203€.

À cela, les personnes âgées bénéficiaires de la pension sociale, y compris celles qui ne perçoivent qu'une pension partielle, peuvent, sous certaines conditions, se voir octroyer un certain nombre de prestations complémentaires :

- une allocation de santé (*helbredstillæg*) ;
- une allocation de chauffage ;
- une allocation logement ;
- une réduction de l'impôt sur le logement.

Les retraités particulièrement défavorisés peuvent, en outre, obtenir une allocation personnelle (*personligt tillæg*) après évaluation de leurs besoins.

Le rapport souligne également que les retraités ont droit à un certain nombre de services gratuits, notamment, pour ce qui concerne l'aide à domicile et les traitements hospitaliers. Le rapport précise que ces prestations sont accordées indépendamment de toute condition de résidence.

Le Comité note également que les personnes âgées de 60 ans et plus qui n'ont pas droit à une pension sociale se voient, notamment, proposer une prestation d'assistance sociale correspondant au montant de la pension versée à une personne mariée qui n'aurait pas d'autre revenu que ladite pension.

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 1 182€ par mois en 2015 (le seuil de pauvreté fixé à 40 % du revenu médian ajusté étant de 945€ par mois). Le Comité note que le montant de la pension sociale, compléments de pension, allocations et autres services accordés aux retraités assurent un niveau de vie suffisant, conforme à l'article 4 du Protocole additionnel de la Charte de 1961.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans ses conclusions précédentes (Conclusions XIX-2 (2009) et XX-2 (2013)), demandé si l'ampleur de la maltraitance des personnes âgées, à la fois en institution, à leur domicile ou dans des structures de prise en charge privées est évalué, si des campagnes de sensibilisation sont menées et si des mesures spécifiques pour lutter contre ce problème ont été prises. Le rapport indique que le phénomène n'a, au cours de la période de référence, fait l'objet d'aucune évaluation au niveau national.

Le Comité comprend que ces questions relèvent, pour l'essentiel, de la compétence des municipalités. Le rapport rappelle, à cet égard, que celles-ci sont chargées de superviser les structures et activités ainsi que les personnes âgées elles-mêmes. Il précise que les institutions de prise en charge sont obligées de rapporter toute situation d'abus auprès des municipalités qui sont tenues d'agir en conséquence. Il précise également qu'il existe des procédures spécifiques applicables aux situations d'abus (utilisation de la force) perpétrés à

l'encounter de personnes souffrant de démence. Le Comité souhaite en savoir plus dans le prochain rapport. Il demande également ce qui est fait à l'échelle locale par les municipalités pour évaluer l'ampleur du phénomène en institutions, aux domiciles des personnes âgées ou dans les structures de prise en charge privées de leurs circonscriptions, si elles mènent des campagnes de sensibilisation et si elles ont pris des mesures spécifiques pour lutter contre ce problème.

Services et facilités

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (ConclusionsXX-2 (2013)), demandé à être informé des résultats des travaux de la Commission sur les services d'aide à domicile. Le rapport indique que le travail de la Commission a, au cours de la période de référence, notamment abouti à l'adoption d'un programme de réhabilitation. Ainsi, le conseil municipal doit, depuis janvier 2015, fournir un programme de réadaptation de courte durée aux personnes ayant une déficience fonctionnelle quand celui-ci est susceptible d'aider la personne à retrouver son indépendance et autonomie. Chacun des programmes est adapté aux ressources et aux besoins du bénéficiaire. Les personnes âgées qui n'en bénéficieront pas pourront recevoir des services de soins à domicile si nécessaire. Le Comité souhaite être informé de toutes les autres initiatives menées par la Commission, ainsi que les tenants et aboutissants du programme de réhabilitation, en particulier, le nombre de personnes qui en bénéficient.

Le Comité a également demandé si, en général, l'offre de services d'aide à domicile pour les personnes âgées répond à la demande, comment est assuré le suivi de la qualité, dans quelle mesure les prestations de services varient d'une municipalité à l'autre, et si certains de ces services sont payants. Le Comité note que le rapport ne contient aucune information quant à l'adéquation de l'offre par rapport à la demande, de sorte qu'il réitère sa question. Le rapport indique que chaque municipalité détermine la nature et l'importance de l'assistance offerte aux personnes âgées au vu du contexte local. Les normes qualitatives et la tarification des services, publics comme privés, sont arrêtées par l'administration locale. Les services, y compris l'aide à domicile, sont financés par les impôts locaux ainsi que par des subventions de l'État ; un régime d'égalisation adopté au niveau national permet aux municipalités d'avoir des conditions (financières) uniformes pour exercer leurs responsabilités. Le Comité comprend que les services ainsi que leurs niveaux varient selon les municipalités.

Le Comité note, d'après le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions de 2013, que toute réclamation concernant le niveau de service et les activités locales, qu'elles soient fournies par un prestataire de service public ou privé, peut être déposée auprès du conseil municipal. Les recours contre les décisions prises par le conseil municipal sont eux déposés auprès du Comité national des plaintes après consultation du conseil municipal.

Le Comité relève également que les municipalités ont l'obligation de proposer plusieurs prestataires de services pour un même service. Les services d'aide à domicile sont gratuitement fournis par les municipalités Il demande si, compte tenu du libre choix offert aux personnes âgées, un service fourni par un prestataire du service public initialement gratuit le reste lorsqu'il est fourni par un prestataire de service privé. Il demande également si, le coût du service à la charge de la personne âgée reste le même selon que le prestataire de service est de nature public ou privé.

Le Comité a, enfin, demandé des informations complémentaires sur les éventuels services ou facilités 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. Selon le rapport, une personne qui s'occupe d'un proche en phase terminale a le droit au versement d'une allocation de soins (allocation versée par la municipalité) et ce, peu importe la situation économique de l'aidant ou de la personne malade.

Logement

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), demandé des informations sur le coût des logements sociaux, ainsi que sur les éventuelles allocations, prestations ou subventions auxquelles ont accès les personnes âgées pour faire face à leurs dépenses en matière de logement. Le rapport indique que le coût total des logements sociaux s'élevait à hauteur de 10 milliards DKK bénéficiant à 280 000 ménages. Le rapport indique également que les retraités vivant dans des maisons de retraites (*plejehjem*) ne peuvent bénéficier d'une allocation de logement car celles-ci ne sont pas couvertes par la loi sur les prestations de logement individuels.

Le Comité rappelle que l'allocation logement est calculée en fonction du coût du logement et du revenu familial limité à un certain plafond. Le montant de l'allocation correspondait, en 2014, à la différence entre le coût annuel du logement majoré de 6 300 DKK (environ 845,10€) et 22,5 % du revenu annuel du bénéficiaire excédant 149 300 DKK (environ 20 027,36€). La législation fixe des seuils maxima pour le montant de la prestation, le coût du logement (83 700 DKK) et la superficie de l'habitation. Le Comité note toutefois, d'après le document "Pensions at a Glance 2015" de l'OCDE, que les retraités devaient en contrepartie s'acquitter d'une fraction minimale du coût du logement à hauteur de 11 % du revenu du ménage et d'au moins 15 800 DKK (environ 2 119,44€) par an, en 2014, avant de pouvoir bénéficier d'une aide au logement. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations mises à jour sur ce point.

Soins de santé

Le Comité a, dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), demandé des informations sur les récentes initiatives en matière de soins aux personnes âgées. Le rapport fait mention d'un Plan d'action national pour les patients âgés, adopté en dehors de la période de référence. Le Comité demande à être informé, dans le prochain rapport, des objectifs et principales mesures de ce plan et des résultats obtenus.

Soins en institutions

Le rapport indique que les personnes âgées nécessitant une formule d'hébergement protégé sont en droit de choisir une structure dans ou en dehors de la zone géographique couverte par la municipalité dont elles dépendent. Le Comité relève dans le rapport que les municipalités sont tenues de proposer des logements en quantité suffisante pour répondre à la demande. Or, le Comité constate que le rapport ne fournit aucune information supplémentaire qui permettrait au Comité d'évaluer la situation au regard des objectifs imposés aux municipalités en la matière, de sorte qu'il demande que de telles informations lui soient fournies dans le prochain rapport.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusions XX-2 (2013)), notamment demandé des informations actualisées sur l'inspection des structures institutionnelles et autres procédures de réclamations. Le rapport indique que, conformément à la loi sur les services sociaux, chaque municipalité s'engage à contrôler la qualité des prestations de services en matière d'assistance personnelle et pratique et de rééducation. Le rapport explique que le conseil municipal enquête et vérifie systématiquement que les services reçus correspondent aux besoins des personnes et respectent les normes de qualités telles qu'arrêtées par la municipalité. Il effectue, à cet égard, au moins une visite inopinée par an dans les maisons de retraite de sa circonscription et prend les mesures qu'il estime nécessaires pour remédier à une situation préjudiciable portée à sa connaissance.

Conclusion

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



janvier 2018

Charte sociale européenne de 1961

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXI-2 (2017)

ALLEMAGNE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Allemagne qui a ratifié la Charte de 1961 le 27 janvier 1965. L'échéance pour remettre le 34e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Allemagne l'a présenté le 18 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 l'hygiène dans le travail (article 3),
- droit à la protection de la santé (article 11),
- droit à la sécurité sociale (article 12),
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13),
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14),
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 4 du Protocole additionnel).

L'Allemagne a accepté tous les articles du groupe ci-dessus excepté l'article 4 du Protocole additionnel.

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

Les Conclusions relatives à l'Allemagne concernent 16 situations et sont les suivantes :

– 5 conclusions de conformité : articles 3§3, 12§2, 12§3, 13§2 et 13§4

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

En ce qui concerne les 7 autres situations relatives aux articles 3§2, 11§1, 11§2, 11§3, 13§3, 14§1 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'Allemagne en vertu de la Charte de 1961. 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

Deux dispositions sur le stress psychologique complétant la loi sur la sécurité et la santé au travail (*Arbeitsschutzgesetz*) sont entrées en vigueur le 25 octobre 2013 (article 8 (1) de la loi du 19 octobre 2013). L'article 4 (1) de la loi sur la santé et la sécurité au travail prévoit désormais que le travail doit être organisé de manière à éviter, dans toute la mesure possible, tout risque pour la vie et pour la santé physique et mentale, et à maintenir les risques restants à un niveau aussi bas que possible. Un nouveau point 6 sur le « stress psychologique » a été ajouté à l'article 5 (3) de la loi, portant sur l'évaluation des conditions de travail.

Article 12§3

La couverture du régime obligatoire d'assurance contre les accidents du travail a été élargie en 2012 et 2015 à de nouvelles catégories de personnes et quatre autres maladies professionnelles ont été reconnues comme telles en 2015.

* * *

*

Par ailleurs, le rapport contient les informations demandées par le Comité dans les Conclusions XX-4 (2015) au sujet de la conclusion de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations au sujet du 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).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a ajourné la Conclusion 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 2 du Protocole additionnel),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 3 du Protocole additionnel).

Le rapport devra aussi contenir les informations demandées par le Comité dans les Conclusions XXI-1 (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),
- droit à l'exercice d'une activité lucrative sur le territoire des autres Parties contractantes – assouplissement des réglementations (article 18§3).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 28 décembre 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 - Règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-2 1961 RESC)

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Allemagne.

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

Le rapport indique que la première ordonnance portant modification de l'ordonnance relative à la médecine du travail (*Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge*) est entrée en vigueur le 31 octobre 2013 (Journal officiel fédéral I p. 3882). Ce texte a renforcé la protection de la santé au travail : le médecin de l'entreprise examine les liens entre santé et travail au niveau individuel, forme les salariés sur les risques personnels en matière de santé et leur apporte ses conseils. Le texte comprend aussi en annexe une mise à jour sur la prise en charge au titre de la médecine du travail qui doit être proposée pour les activités dangereuses, et sur celle devant être obligatoirement fournie pour les activités particulièrement dangereuses. Pour toutes les autres activités, les prestations de santé au titre de la médecine du travail se font à la demande.

L'ordonnance relative à la protection de la sécurité et de la santé dans les lieux de travail concernés par la présence d'agents biologiques (*Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen*) a été révisée en 2013 afin de transposer en droit interne la Directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'Association européenne des employeurs hospitaliers et la Fédération syndicale européenne des services publics. Les dispositions de l'ordonnance relative aux agents biologiques ont été adaptées pour tenir compte des évolutions scientifiques et techniques récentes.

Le Comité souligne qu'en vertu des dispositions de l'article 3§1 de la Charte de 1961, la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail doit couvrir le stress, les agressions et la violence spécifiques au travail, en particulier pour les travailleurs engagés dans des relations de travail atypiques (Observation interprétative de l'article 3§1 de la Charte de 1961, Conclusions XX-2 (2013)). En réponse, le rapport indique que deux dispositions sur le stress psychologique complétant la loi sur la sécurité et la santé au travail (*Arbeitsschutzgesetz*) sont entrées en vigueur le 25 octobre 2013 (article 8 (1) de la loi du 19 octobre 2013, Journal officiel fédéral I p. 3836). L'article 4 (1) de la loi sur la santé et la sécurité au travail prévoit désormais que le travail doit être organisé de manière à éviter, dans toute la mesure possible, tout risque pour la vie et pour la santé physique et mentale, et à maintenir les risques restants à un niveau aussi bas que possible. Un nouveau point 6 sur le « stress psychologique » a été ajouté à l'article 5 (3) de la loi, portant sur l'évaluation des conditions de travail. Le Comité demande toutefois que le prochain rapport apporte davantage d'informations sur ce point.

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

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.

Protection contre les agents et substances dangereux

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations complètes et actualisées sur la protection des travailleurs contre l'amiante. Comme le rapport n'apporte aucune information sur ce point, il demande que le prochain

rapport contienne des informations complètes et actualisées sur les changements intervenus dans la législation et la réglementation durant la période de référence. Il demande également des informations sur les mesures adoptées pour intégrer dans le droit interne la limite d'exposition de 0,1 fibre par cm³ 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 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 l'Allemagne soit conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations complètes et actualisées sur la protection des travailleurs contre les radiations ionisantes. Le rapport n'apportant aucune information sur ce point, il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, y compris toute modification adoptée pendant la période de référence, se rapportant spécifiquement à ces questions. Il demande également 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 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'Allemagne soit conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Champ d'application personnel des règlements

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

Protection des travailleurs temporaires

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations complètes et actualisées sur ce point. Le rapport n'en fournit pas. 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 l'Allemagne soit conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Autres catégories de travailleurs

Le Comité relève que l'Allemagne a ratifié la Convention (n° 189) de l'OIT concernant le travail décent pour les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011, qui est entrée en vigueur le 5 septembre 2013.

Le Comité a considéré dans ses conclusions précédentes (Conclusions XX-2 (2013), XIX-2 (2009), XVIII-2 (2007)) que la situation de l'Allemagne n'était pas conforme à l'article 3§1 de la Charte au motif que certaines catégories de travailleurs indépendants n'étaient pas suffisamment couvertes par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Le rapport et les informations soumis par le représentant de l'Allemagne au Comité gouvernemental (rapport relatif aux Conclusions 2013) confirment les informations déjà fournies, et notamment que tous les travailleurs indépendants ont et continueront d'avoir à tout moment la possibilité de se conformer volontairement à la réglementation en matière de santé et de sécurité applicable aux employeurs et aux salariés. Cependant, du fait de leur statut juridique, l'obligation faite aux employeurs de protéger leurs salariés ne s'applique pas aux travailleurs indépendants. Le rapport indique une nouvelle fois que, conformément aux principes du droit européen, la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail n'est pas généralement applicable aux travailleurs indépendants et que la situation n'a pas

changé pendant la période de référence. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la manière dont l'Allemagne assure la protection des personnes considérées comme des travailleurs indépendants. En attendant, le Comité maintient sa précédente conclusion de non-conformité au motif que certaines catégories de travailleurs indépendants ne sont pas suffisamment protégées.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Allemagne n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961 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 2 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-3 1961 RESC)

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Allemagne.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Il ressort du rapport que pendant la période de référence, le nombre d'accidents mortels intervenus au travail a suivi la tendance observée depuis plusieurs années et a continué de diminuer. Le nombre d'accidents du travail mortels est passé de 677 en 2012 à 639 en 2014, et a enregistré un seuil historique de 606 en 2013. Le Comité 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.

Le Comité note que les données EUROSTAT confirment la tendance observée en ce qui concerne le nombre d'accidents mortels (516 en 2012 et 500 en 2014) et leur taux d'incidence normalisé (1,26 en 2012 et 1,42 en 2014), qui demeure bien inférieur au taux moyen pour les 28 pays de l'UE (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014). D'après les données chiffrées fournies par Eurostat, le nombre d'accidents non mortels du travail ayant entraîné au moins quatre jours calendaires d'absence a également baissé pendant la période de référence, tombant de 854 665 en 2012 à 847 370 en 2014). Le taux d'incidence normalisé des accidents non mortels du travail pour 100 000 travailleurs a légèrement baissé, tombant de 2 202,46 en 2012 à 2 118,73 en 2014. Le Comité note cependant que ce taux est plus élevé que le taux moyen relevé dans l'UE des 28 (1 717,15 en 2012 et 1 642,09 en 2014).

Le rapport indique également que dans le domaine des maladies professionnelles, il y a eu une légère augmentation du nombre de cas enregistrés. Selon le rapport, les raisons en sont notamment imputables aux modifications apportées à la législation relative aux maladies professionnelles et à une sensibilisation accrue de la part des travailleurs, des experts en matière de sécurité et de santé au travail et des experts médicaux. 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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations sur les raisons de la baisse des effectifs des services chargés de l'inspection du travail.

Le rapport indique que les effectifs du personnel d'encadrement de l'Inspection du travail ont augmenté pendant la période de référence, passant de 3 007 en 2012 à 3 319 en 2015, mais que le nombre d'inspections (267 008 en 2012 et 206 197 en 2015) et d'entreprises contrôlées (110 207 en 2012 et 83 284 en 2015) a baissé. Selon le rapport, la baisse du nombre de contrôles effectués par les services d'inspection du travail des *Länder* est due à la diminution, consécutive à des mesures de consolidation budgétaire, des ressources humaines disponibles dans de nombreux *Länder*. En outre, à la suite de l'introduction de contrôles systémiques dans certains *Länder*, les inspections ne sont plus ventilées par disposition spécifique ou domaine juridique. Le groupe de projet sur la sécurité et la santé au travail mis en place par le Comité des *Länder* sur la sécurité et la santé au travail et la technologie en matière de sécurité (LASI) travaille donc actuellement à la révision du rapport.

En ce qui concerne les caisses d'assurance contre les accidents du travail, le rapport indique que le nombre d'agents d'encadrement (2 802 en 2012 et 2 486 en 2015), de contrôles (603 483 en 2012 et 585 131 en 2015) et d'entreprises contrôlées (337 345 en 2012 et 292 294 en 2015) a baissé durant la période de référence. Le rapport explique que, comme il y a eu ces dernières années une baisse du nombre de mesures de surveillance des caisses d'assurance contre les accidents du travail, ces chiffres ne signifient pas qu'il y ait eu une réduction des mesures préventives de la part des caisses d'assurance contre les accidents du travail et des assureurs accident du secteur public, selon l'organisme allemand d'assurance accident obligatoire (*Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung*). Il avance au contraire que ces chiffres montrent une réorientation et une diversification du travail de prévention mené sur le lieu de travail que ne reflète pas encore la structure des statistiques sur la sécurité et la santé au travail (SuGA).

Le Comité relève que, selon les chiffres publiés par ILOSTAT, le nombre d'inspecteurs du travail était de 6 008 en 2015 et de 6 025 en 2013, que le nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10 000 salariés était de 1,5 durant la période de référence, que le nombre d'inspections sur les lieux de travail a légèrement baissé, tombant de 842 108 en 2013 à 805 113 en 2015, et que le nombre moyen de visites d'inspection par inspecteur a également baissé durant la période de référence (de 139,8 en 2013 à 134 en 2015). Le Comité demande que le prochain rapport explique pourquoi les chiffres figurant dans le rapport et ceux publiés par ILOSTAT ne sont pas les mêmes.

Le rapport indique qu'il n'est pas possible de préciser le nombre exact de salariés concernés par les inspections car les statistiques ne mentionnent que la catégorie de taille des entreprises en question.

Le Comité observe que le nombre de visites de contrôle continue à diminuer, poursuivant la tendance antérieure. Il demande que le prochain rapport fournisse des données chiffrées sur les mesures prises par les inspecteurs de l'Inspection du travail (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).

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§2 de la Charte de 1961, 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§2, Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport ne contenant pas de réponse à la question qu'il a précédemment posée sur ce point (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité demande que le prochain rapport fournisse ces informations. 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'Allemagne soit conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

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 - Consultation des organisations professionnelles en matière de sécurité et d'hygiène

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Allemagne.

Le rapport indique que l'Allemagne mène une politique cohérente de sécurité et de santé au travail avec la participation des partenaires sociaux depuis plusieurs décennies. Les objectifs concrets de cette politique ont été réactualisés pendant la période de référence par la Stratégie commune en matière de santé et de sécurité au travail (*Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie – GDA*). Sont associés à cette stratégie le Gouvernement fédéral et les *Länder*, ainsi que les caisses d'assurance contre les accidents du travail et les partenaires sociaux (parties prenantes de la stratégie). Dans le domaine de la prévention, les parties prenantes de la stratégie GDA agissent sur la base d'objectifs en matière de sécurité et de santé définis conjointement. Selon le rapport, plusieurs programmes de travail ont été mis en œuvre dans des domaines d'activité comportant des risques particuliers, et leurs bénéfices pour les entreprises et les salariés ont été évalués. Cette évaluation a été menée dans tout le pays sur la base de critères uniformes.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Allemagne est conforme à l'article 3§3 de la Charte de 1961.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité note que le rapport de l'Allemagne ne fournit aucune information concernant les prescriptions spécifiques de l'article 11§1 de la Charte de 1961. Il se borne à faire état de la mise en place de programmes de soins préventifs destinés aux enfants.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

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

Le Comité a précédemment pris note des principales caractéristiques du système de santé et des informations concernant l'accès à la santé des membres les plus défavorisés de la société (Conclusions XX-2 (2013)). Il demande des informations à jour sur tout changement ou évolution qui serait intervenu et sur toute mesure qui aurait été prise durant la période de référence, ainsi que sur les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB.

Le Comité rappelle que le coût des soins ne doit pas représenter une charge trop lourde pour les individus. 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 parmi les catégories défavorisées de la population doivent être prises (Conclusions XVII-2 (2005), Portugal). Le Comité demande que des informations sur la part des dépenses restant à la charge des patients figurent dans le prochain rapport.

Le Comité a précédemment pris note des dispositions prises pour gérer le temps d'attente en matière de soins de santé. Il a constaté que les États fédéraux revoient régulièrement leur planification hospitalière en tenant compte des évolutions démographiques, des changements dans la structure de la population et des progrès médicaux, de façon à s'adapter aux nouveaux besoins (Conclusions XX-2 (2013)). Le Comité demande des informations actualisées concernant le délai d'attente moyen pour les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note des réformes entreprises pour résoudre le problème de la répartition géographique inégale des médecins entre zones rurales et urbaines, avec notamment la loi visant à améliorer l'efficacité des structures de prise en charge dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (Conclusions 2013). Le Comité demande des informations à jour sur la mise en œuvre de ces réformes ; il demande en particulier si l'accès effectif à la santé est assuré de façon homogène sur l'ensemble du territoire.

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 que le prochain rapport contienne également 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 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 l'Allemagne. 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 de 1961.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité a précédemment pris note des campagnes d'éducation et de sensibilisation sur la consommation d'alcool, les addictions et la prévention des toxicomanies et le tabagisme (Conclusions XX-2 (2013)). Il demande des informations actualisées à ce sujet.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions XX-2 (2013) and Conclusions XIX-2 (2009)), le Comité a demandé si des campagnes d'information portant plus spécialement sur l'alimentation, la sexualité et l'environnement étaient organisées. Le rapport ne fournissant pas les informations demandées, 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 demande des informations sur les campagnes ou initiatives concrètes/spécifiques lancées dans les domaines susmentionnés.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que les questions relatives au tabac, à l'alcool, à la sécurité routière et à une alimentation saine figuraient en bonne place dans les directives et programmes de tous les types d'établissements scolaires (Conclusions XX-2 (2013)).

Le Comité rappelle que les États parties doivent assurer que l'éducation sexuelle et génésique fasse partie des programmes scolaires ordinaires, en particulier en ce qui concerne la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida (*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 45 à 47). Il demande si ces questions sont inscrites dans les programmes scolaires et si cela concerne tous les élèves.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a précédemment relevé que des examens médicaux réguliers étaient prévus pour les femmes enceintes, les enfants et les adolescents (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que la mise en œuvre du plan d'action déployé par le Gouvernement fédéral dans le but de protéger les enfants contre la maltraitance, intitulé « Agir rapidement pour venir en aide aux parents et enfants – Systèmes de dépistage social précoce », s'est poursuivie. Depuis 2012, ce programme englobe l'initiative fédérale « Soutien précoce » qui encourage l'engagement de réseaux de sages-femmes auprès des familles et est ancrée dans la loi fédérale de protection de l'enfance (*Bundeskinderschutzgesetz*).

S'agissant de la population dans son ensemble, le Comité rappelle que des dépistages des maladies qui constituent les principales causes de décès doivent être organisés, si possible systématiquement (Conclusions 2005, la République de Moldova). Il demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour 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 note que le rapport de l'Allemagne ne fournit aucune information concernant les prescriptions spécifiques de l'article 11§3 de la Charte de 1961.

Environnement sain

Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Dans sa conclusion précédente, pour ce qui concerne la pollution atmosphérique, la pollution de l'eau, le bruit et la sécurité alimentaire, le Comité a renvoyé à sa conclusion antérieure, dans laquelle il avait jugé la situation conforme à la Charte (Conclusions XX-2 (2013), Conclusions XIX-2 (2009)). Il demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur les mesures concrètes qui ont été prises durant la période de référence, et sur l'évolution des niveaux de la pollution de l'air et de l'eau ainsi que de la situation en matière de sécurité alimentaire.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur les niveaux et l'évolution 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 rapport ne contient aucune information sur ce point. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations et des données chiffrées à jour concernant les taux de couverture vaccinale ainsi que les systèmes de déclaration et de relevé des maladies contagieuses.

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 l'Allemagne.

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.

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes et relève dans d'autres sources (ISSA, MISSOC, rapport sur le code européen de sécurité sociale) que le système de sécurité sociale allemand 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 survivants. Il est également toujours financé collectivement, c.-à-d. par les cotisations des employeurs et des salariés et par le budget de l'État.

Le rapport ne contenant aucune information concernant la couverture, le Comité relève dans les sources susmentionnées que :

- depuis 2009, l'assurance **soins de santé** obligatoire couvre toute la population résidente. Les assurés relèvent d'un régime public ou privé ou d'une combinaison des deux. Sont notamment couverts, selon la base de données MISSOC, tous les travailleurs salariés et catégories assimilées gagnant jusqu'à 54 900 € par an (en 2015), de même que les retraités, les étudiants, les personnes handicapées, les apprentis et les chômeurs indemnisés. Des régimes spéciaux sont applicables aux mineurs, aux artistes et aux agriculteurs. Sont exemptés de l'affiliation à l'assurance soins de santé les salariés dont les revenus sont supérieurs à ce plafond (ils peuvent toutefois adhérer au régime à titre volontaire) et ceux qui perçoivent moins de 450 € par mois, de même que les fonctionnaires, les magistrats, les militaires de carrière et les travailleurs indépendants travaillant à plein temps. Ces catégories de personnes doivent contracter une assurance soins de santé auprès d'assureurs privés. Selon le Cleiss (*Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale*), le régime public d'assurance couvre 90 % de la population ;
- un régime d'assurance **vieillesse** obligatoire s'applique à tous les salariés (exception faite de ceux occupant un emploi faiblement rémunéré, inférieur à 450 € par mois), aux militaires de carrière, à certains bénéficiaires de prestations de chômage, d'invalidité ou autres et à certaines catégories de travailleurs indépendants. Peuvent également adhérer volontairement au régime toutes les personnes de plus de 16 ans résidant en Allemagne et les Allemands résidant à l'étranger. Des régimes spéciaux sont également applicables à certaines catégories de travailleurs indépendants, aux mineurs, aux employés du secteur public, aux fonctionnaires et aux agriculteurs. En 2015, 37 704 000 salariés sur 38 664 000, soit 97,5 % de tous les salariés (fonctionnaires compris) étaient couverts par un régime d'assurance vieillesse, selon le rapport sur le code européen de sécurité sociale. En réponse à la question du Comité, le rapport indique que la proportion de la main-d'œuvre bénéficiant d'une assurance **invalidité** est la même que celle couverte par l'assurance vieillesse. Le Comité comprend, d'après les informations disponibles, qu'il en est de même s'agissant de la couverture par l'assurance **survivants**. Il demande que le prochain rapport clarifie ce point en donnant des informations actualisées ;
- s'agissant des **accidents du travail** et des **maladies professionnelles**, un régime d'assurance sociale obligatoire s'applique aux salariés, à certaines catégories d'entrepreneurs et de travailleurs indépendants et à d'autres catégories de personnes (les étudiants, les élèves, les enfants accueillis en crèche ou gardés par une nourrice qualifiée, certains bénévoles, les personnes

en réadaptation, les aidants à domicile et d'autres personnes sont obligatoirement assurés). Une assurance volontaire est ouverte aux entrepreneurs qui ne sont pas obligatoirement affiliés et aux catégories assimilées ainsi qu'à certaines catégories de bénévoles non soumis à l'obligation d'assurance. La plupart des catégories de travailleurs indépendants (notamment les médecins et les pharmaciens) en sont exemptées, de même que les fonctionnaires, qui sont couverts par un régime spécial, et les membres d'associations ecclésiastiques. D'après le rapport sur le code européen de sécurité sociale, 100 % des salariés (fonctionnaires compris) étaient assurés en 2015 ;

- un régime d'assurance **maladie** obligatoire s'applique à tous les salariés ayant travaillé au moins quatre semaines (et percevant une rémunération supérieure à 450 € par mois) et aux catégories de personnes assimilées jusqu'à un certain niveau de revenu ;
- un régime d'assurance **chômage** obligatoire s'applique à tous les salariés ; une assurance volontaire est en outre ouverte aux aidants qui s'occupent d'un membre de leur famille pendant au moins 14 heures par semaine, aux travailleurs indépendants qui exercent leur activité pendant au moins 15 heures par semaine et aux personnes employées en dehors de l'Union européenne ou des États associés à l'UE. D'après le rapport sur le code européen de sécurité sociale, 87,5 % des salariés (32 068 000 personnes sur 36 662 000) étaient couverts en 2015.

Le Comité souligne 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 et des prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Le rapport ne contenant pas ces données, le Comité demande que le suivant précise le taux de couverture (pourcentage de personnes assurées par rapport à la population active totale) des risques chômage, maladie, vieillesse (y compris les risques invalidité et survivants) et des risques accidents du travail et maladies professionnelles dans le cadre de l'assurance obligatoire ou d'autres régimes.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté était de 20 668 € par an en 2015, soit 1 722 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 10 334 € par an, soit 861 € par mois. 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 689 € par mois. En 2015, la rémunération mensuelle minimale garantie était de 1 440 € par mois (8,50 € par heure).

Le Comité prend note des objections formulées dans le rapport concernant les critères d'appréciation du caractère suffisant des prestations. Il renvoie à ce propos à son Observation interprétative des articles 12§1, 12§2 et 12§3 (Conclusions XVI-1 (2002)), dans laquelle il a affirmé la nécessité de réévaluer la norme minimum reconnue dans la Convention n° 102 de l'OIT et indiqué que le niveau des prestations, lorsque celles-ci remplacent le salaire de manière temporaire ou permanente, doit toujours être raisonnablement en rapport avec le salaire en question et doit dans tous les cas être supérieur au minimum vital. Le Comité a par la suite réaffirmé et précisé ce principe en indiquant que lorsque les prestations de sécurité sociale sont versées en remplacement des revenus, leur montant 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 établi par Eurostat. Toutefois, 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 (Observation interprétative de l'article 12§1, Conclusions XX-2 (2013)).

Le rapport répète en particulier que le système allemand de sécurité sociale ne fixe pas de niveau minimum pour les prestations. Les quelques informations qu'il contient concernant le taux des prestations reposent donc sur les critères d'appréciation retenus par le code européen de sécurité sociale, qui se réfère au taux de remplacement pour un bénéficiaire « type », c.-à-d. un ouvrier masculin dont le gain est égal à 125 % du gain moyen. Le Comité souligne une nouvelle fois qu'indépendamment de la conformité avec le code européen de sécurité sociale, ces critères ne correspondent pas à ceux appliqués pour l'appréciation de la conformité à l'article 12§1 de la Charte de 1961. En l'absence d'un niveau minimum légalement défini, il demande que le rapport suivant donne des informations concernant le niveau des prestations, pour chaque branche de la sécurité sociale, pour un célibataire sans personne à charge et travaillant à temps plein au salaire minimum.

En cas de **maladie**, l'employeur verse à l'assuré 100 % de son salaire pendant les six premières semaines. À l'issue de cette période, les prestations de maladie peuvent être versées pendant 78 semaines sur une période de trois ans pour la même maladie et leur montant correspond à 70 % de la rémunération normale (jusqu'à 90 % du salaire net). Le Comité note que, dans le cas d'une personne touchant le salaire minimum, le montant des prestations de l'assurance maladie est suffisant (1 008 €).

S'agissant des **accidents du travail et des maladies professionnelles**, l'employeur continue à payer le salaire pendant les six premiers mois d'incapacité de travail. Le mode de calcul des indemnités est en principe le même que pour les prestations de l'assurance maladie obligatoire ; leur montant représente 80 % de la rémunération brute mensuelle moyenne du mois précédant la survenue de l'incapacité (mais ne peut excéder le montant du salaire net) et elles sont versées pour chaque journée d'incapacité de travail. Le Comité note que, dans le cas d'une personne touchant le salaire minimum, le montant des prestations de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles est suffisant (1 152 €).

Le Comité note que, selon l'Institut syndical européen (ETUI), le système de **retraite** allemand se compose du régime public (environ 85 % des pensions servies), des retraites professionnelles d'entreprise (environ 5 % des pensions servies) et des régimes complémentaires (environ 10 % des pensions servies). Différentes exigences sont applicables en termes d'âge minimum et de durée de cotisation (avoir 65 ans et cinq mois – âge relevé progressivement jusqu'à atteindre 67 ans en 2029 – et justifier d'au moins cinq années de cotisation ; avoir 67 ans pour les assurés nés depuis 1964), un départ à la retraite anticipée étant possible sous certaines conditions (handicap, longue ou très longue durée de cotisation, chômage, femmes nées avant 1952, etc.). Pour déterminer le montant de la pension, les points personnels acquis (PEP) sont multipliés par le coefficient correspondant au type de pension (1 pour la retraite du régime général) et par la valeur actuelle du point de retraite (AR). Le nombre de points acquis est calculé en divisant les rémunérations assujetties aux cotisations d'assurance de chaque année par le montant moyen national des rémunérations pour la même année, puis en ajoutant les points correspondant à un certain nombre de périodes non contributives (études, congé de maternité, service militaire, incapacité, chômage, etc.). La somme obtenue est ensuite multipliée par le coefficient correspondant à l'âge (notamment en cas de retraite anticipée ou différée). L'AR correspond au montant mensuel de la retraite fixé par le régime général de l'assurance vieillesse sans aucune décote, pour autant que les cotisations calculées sur la base de la moyenne des gains aient été acquittées sur une année civile. En 2015, la valeur du point (AR) était fixée à 29,21 € dans les anciens Länder et à 27,05 € dans les nouveaux. Selon le rapport, le taux de remplacement (rapport entre la valeur nette de la pension de vieillesse et le revenu net d'un travailleur percevant 125 % du revenu moyen) était de 67 % en Allemagne de l'Ouest (anciens Länder) et de 68,2 % en Allemagne de l'Est (nouveaux

Länder). Le Comité relève dans le rapport que le revenu annuel net d'un retraité qui percevait 125 % du revenu moyen et justifiant d'une période de 30 années réputées cotisées s'élevait en 2015 à 19 195 € dans les anciens Länder (1 600 € par mois) et à 17 304 € dans les nouveaux Länder (1 442 € par mois). Il constate que ces montants sont largement supérieurs au seuil de pauvreté mais ne correspondent pas aux renseignements demandés. Le Comité rappelle à cet égard avoir indiqué dans ses conclusions précédentes (Conclusions XX-2 (2013)) que dans l'hypothèse où des informations relatives au montant minimum de la pension de vieillesse ne seraient pas fournies, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à la Charte de 1961. Il demande par conséquent que le prochain rapport donne des informations sur le montant net estimé de la pension qui serait servie à un célibataire sans personne à charge ayant travaillé 30 ans au salaire minimum. Il demande en outre si des prestations non contributives existent pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions ouvrant droit à une pension contributive. Entretemps, il considère qu'il n'est pas établi que le montant des prestations de vieillesse soit suffisant.

Le rapport indique qu'en cas de perte totale de la capacité de gain, le montant de la pension d'**invalidité** d'une personne mariée avec deux enfants (dans l'hypothèse où le bénéficiaire est un salarié gagnant 125 % de la rémunération moyenne et travaillant depuis 15 ans à la date de survenance de l'invalidité) correspond à 34 104 € (2 842 € par mois) en Allemagne de l'Ouest et à 30 715 € (2 560 € par mois) en Allemagne de l'Est, soit un taux de remplacement de 65,1 % et 67,5 % respectivement. Le Comité indique à nouveau que bien que ces montants soient largement supérieurs au seuil de pauvreté, ils ne correspondent pas aux critères d'appréciation pertinents au regard de l'article 12§1 de la Charte de 1961. Il demande par conséquent que le prochain rapport donne des informations sur le montant net estimé de la pension qui serait servie à un célibataire sans personne à charge ayant totalement perdu sa capacité de gain et ayant travaillé 15 ans au salaire minimum avant la survenance de l'invalidité. Entretemps, il considère qu'il n'est pas établi que le montant des prestations d'invalidité soit suffisant.

Pour avoir droit aux prestations de **chômage** (contributives), le demandeur d'emploi doit avoir été assuré pendant au moins 12 mois sur les deux dernières années, rechercher activement du travail et être prêt à accepter toute offre d'emploi raisonnable. À ce propos, le rapport explique que les critères retenus pour définir une offre réputée « raisonnable » sont énoncés dans la loi : en premier lieu, l'emploi proposé ne doit pas être contraire aux dispositions relatives aux conditions de travail prévues par la loi, les conventions collectives ou les accords d'entreprise, ni aux dispositions en matière d'hygiène et de sécurité au travail. Par exemple, une offre d'emploi ne serait pas jugée raisonnable si le montant du salaire était inférieur au seuil fixé par la loi relative au salaire minimum, entrée en vigueur le 16 août 2014. L'emploi peut également ne pas être convenable pour des motifs personnels, eu égard à la situation personnelle de l'intéressé. Peuvent notamment être invoquées des raisons telles que le temps de déplacement et le niveau de rémunération du poste considéré. Une offre d'emploi serait ainsi considérée comme non convenable si le salaire était sensiblement inférieur aux gains pris en considération pour le calcul de l'indemnité de chômage (serait réputée raisonnable une rémunération inférieure de 20 % au cours des trois premiers mois et de 30 % au cours des trois mois suivants ; à compter du septième mois, une offre d'emploi ne serait réputée non convenable que si la rémunération était inférieure à l'indemnité de chômage). Pour déterminer le caractère raisonnable de l'offre d'emploi, les intérêts du chômeur et ceux de tous les cotisants doivent être mis en balance. En règle générale, les agences locales pour l'emploi cherchent à placer les demandeurs d'emploi sur des postes correspondant à leurs qualifications. Si un chômeur refuse une offre raisonnable, le versement de la prestation est suspendu pendant trois semaines la première fois, six semaines la deuxième fois, puis douze semaines toutes les fois suivantes. Le Comité prend note des données statistiques fournies concernant le nombre de suspensions du versement des allocations motivées par un refus d'une offre d'emploi durant la période de référence, qui est passé de 26 966 en 2011 à 12 889 en 2015. En réponse à la question du Comité, le rapport souligne que les chômeurs peuvent généralement rejeter des offres qui ne seraient

pas convenables sans perdre pour autant leur droit à prestation, sans limitation de durée. Le Comité demande que le rapport suivant précise les voies de recours disponibles pour contester les décisions de suspension ou de retrait des allocations de chômage. S'agissant de la durée de versement des indemnités, il note qu'elle est fonction de l'âge du demandeur et de la durée d'affiliation à l'assurance obligatoire. Si la personne satisfait aux conditions minimales requises pour l'ouverture de droits (12 mois d'affiliation), la durée de versement est de six mois ; la durée maximale de versement des indemnités est fixée à 24 mois pour une personne de plus de 58 ans ayant cotisé au moins 48 mois. En réponse à la question du Comité, le rapport indique qu'il n'y a pas de montant minimum pouvant être perçu au titre de la prestation de chômage contributive étant donné le mode de calcul de l'allocation : son montant dépend des revenus assujettis à cotisations obtenus avant la période de chômage et de si l'intéressé doit ou non subvenir aux besoins d'un enfant (le montant correspond alors à 67 % des revenus pris en compte dans le premier cas et à 60 % dans le second). Le Comité constate que, sur la base d'un célibataire sans enfants et touchant le salaire minimum, le niveau de la prestation est conforme à la Charte de 1961 (864 € par mois).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Allemagne n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi que le niveau des pensions de vieillesse et d'invalidité soit suffisant dans tous les cas.

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 de la Convention internationale du travail n° 102

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Allemagne.

Le Comité prend note que l'Allemagne a ratifié le Code européen de sécurité sociale et son Protocole le 27 janvier 1971, et en a accepté les parties suivantes, tel que modifié par le Protocole : II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX et X.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2016)7 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale et de son Protocole par l'Allemagne (période du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015) que la législation et la pratique de l'Allemagne continuent à donner pleinement effet à toutes les Parties du Code et du Protocole, sous réserve de recevoir des calculs actualisés du taux de remplacement de la pension de vieillesse conformément à la Partie V.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Allemagne est conforme à l'article 12§2 de la Charte de 1961.

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'Allemagne.

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale allemand. 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 (Conclusions XX-4 (2015)). 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, qui découlent notamment de l'adoption de la loi relative à l'amélioration des prestations de retraite (*RV-Leistungsverbesserungsgesetz*), entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2014 :

- les personnes justifiant d'une période d'assurance d'au moins 45 ans ont désormais la possibilité de demander une pension de vieillesse sans décote dès l'âge de 63 ans, au lieu de 65 ans auparavant (l'âge de départ à la retraite sera ensuite progressivement porté à 65 ans d'ici 2028). Outre les périodes d'activité (salariée et non salariée) et les périodes non travaillées pour donner des soins de longue durée ou élever un enfant, peuvent aussi être prises en compte dans la durée de cotisation, sous conditions, les périodes pour lesquelles des cotisations volontaires ont été acquittées ainsi que les périodes durant lesquelles l'intéressé a touché des indemnités de chômage ou d'autres prestations servies sous forme de revenus de remplacement en vertu de la loi sur la promotion de l'emploi ;
- les parents d'enfants nés avant 1992 touchent une pension plus élevée : est désormais prise en compte et créditée une période de 12 mois consacrée à l'éducation des enfants. Cette mesure vaut pour les parents prenant leur retraite après le 1^{er} juillet 2014 comme pour ceux déjà retraités à cette date ;
- les personnes ayant une capacité de gain réduite et ayant pris leur retraite après le 1^{er} juillet 2014 touchent une pension plus élevée grâce à la possibilité d'ajouter deux années de cotisation à leurs revenus moyens antérieurs (la période additionnelle de deux ans étant comptabilisée entre 60 et 62 ans, et créditée sur la base des revenus moyens perçus par l'intéressé), sauf si cela réduit la valeur de ladite période (par exemple si l'intéressé a travaillé à temps partiel ou était en congé maladie avant son départ en retraite) ;
- le plafond budgétaire des prestations de réadaptation, désormais indexées sur les rémunérations et salaires bruts, a été revu à la hausse au 1^{er} janvier 2014 (une composante démographique a été introduite pour garantir la prise en compte des besoins de financement supplémentaires fondamentalement liés à la démographie dans le cadre de la budgétisation annuelle de l'aide à la participation).

Le Comité prend note par ailleurs de la baisse du taux des cotisations retraite du régime général (de 19,6 % en 2012 à 18,7 % en 2015) et des ajustements des pensions intervenus durant la période de référence, comme indiqué dans le rapport. Il relève que les pensions sont régulièrement ajustées chaque année au 1^{er} juillet, en tenant compte de la progression des salaires, mais également de facteurs de pérennisation. Les pensions ont été revalorisées, dans l'ouest et dans l'est du pays, de 2,18 % et 2,26 % respectivement en 2012, de 0,25 % et 3,29 % en 2013, de 1,67 % et 2,53 % en 2014, et de 2,10 % et 2,50 % en 2015. Le rapport explique en détail en quoi le facteur de pérennisation affecte négativement la hausse des pensions en la ralentissant. Compte tenu des évolutions démographiques, il anticipe que l'application de ce facteur continuera probablement d'avoir des répercussions négatives sur les ajustements des pensions dans les années à venir. Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations actualisées à ce sujet.

Le rapport mentionne d'autres améliorations résultant de la réorganisation du régime obligatoire d'assurance contre les accidents du travail, à savoir :

- le nombre d'assureurs a été réduit dans les secteurs agricole et ferroviaire (se reporter au rapport pour plus de précisions) ;
- la couverture a été élargie en 2012 et 2015 à de nouvelles catégories de personnes ;
- quatre autres maladies professionnelles ont été reconnues comme telles en 2015 ;
- les prestations en espèces servies au titre de l'assurance obligatoire contre les accidents du travail (indemnités pour accident, pension de réversion versée au conjoint survivant et autres ayants droit, allocation de soins) ont également été revalorisées comme indiqué pour les pensions en Allemagne de l'Ouest et de l'Est.

Compte tenu de ces informations, le Comité considère que la situation est conforme à l'article 12§3 de la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Allemagne est conforme à l'article 12§3 de la Charte de 1961.

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'Allemagne.

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 mesures unilatérales prises par l'Allemagne, le rapport ne fournit aucune information.

S'agissant des accords bilatéraux conclus avec les États parties non membres de l'UE ou de l'EEE, le rapport indique qu'un accord de sécurité sociale avec l'Albanie a été adopté en septembre 2015 ; il n'est toutefois pas encore entré en vigueur. Il ressort également du rapport que l'Allemagne négocie actuellement un tel accord avec la République de Moldova. Le Comité note cependant qu'aucun accord n'existe avec l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie ; il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les accords envisagés, si tant est que cela soit le cas, et dans quels délais ils pourraient être conclus. Le Comité constate, en outre, que le rapport ne contient aucune information concernant l'issue des négociations engagées précédemment avec la Fédération de Russie et l'Ukraine. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations à ce sujet.

Par conséquent, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte de 1961 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 relève dans la base de données MISSOC que l'Allemagne subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant réside sur son territoire.

La situation n'ayant pas évolué au cours de la période de référence, le Comité renouvelle son constat de non-conformité et demande si des accords sont envisagés avec les autres 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 et Géorgie).

Droit à la conservation des avantages acquis

Dans sa précédente conclusion (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a considéré la situation conforme à la Charte de 1961 pour ce qui concerne le maintien des avantages acquis. Étant donné que la situation n'a pas changé, le Comité réitère sa conclusion. Il demande cependant que chaque rapport donne à l'avenir des informations sur l'état de la législation en vigueur ou la pratique.

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a considéré la situation en Allemagne non conforme à la Charte de 1961 au motif qu'aucun accord bilatéral garantissant le droit à la conservation des droits en cours d'acquisition n'existait avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie et la République de Moldova. La situation n'ayant pas évolué au cours de la période de référence, le Comité réitère sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Allemagne n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte de 1961 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 l'Allemagne.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013), le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations actualisées et complètes sur l'assistance médicale offerte aux personnes dépourvues de ressources. Il relève dans le rapport que le régime légal d'assurance-maladie repose sur le principe de l'affiliation obligatoire, tout comme le régime social d'assurance soins de longue durée destiné aux personnes employables admises au bénéfice de ces prestations en application du Livre II du Code social et percevant des allocations de chômage en tant que chômeurs de longue durée. À moins qu'ils ne soient assurés gratuitement en tant que membres de la famille d'un assuré dans le cadre du régime légal d'assurance-maladie ou du régime social d'assurance soins de longue durée, les bénéficiaires d'une allocation sociale reçoivent une aide de l'agence pour l'emploi correspondant au montant des cotisations à verser à l'un ou l'autre des régimes susmentionnés. Les personnes récemment affiliées au régime privé d'assurance-maladie perçoivent une aide de l'agence pour l'emploi couvrant leurs cotisations à la caisse d'assurance privée.

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 relève dans la base de données du MISSOC que l'aide à la subsistance/le minimum de base individuel garanti sous condition de ressources aux personnes âgées/le minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi, s'élevait à 404 € pour une personne seule.
- prestations complémentaires : dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations actualisées et claires sur le montant moyen des prestations complémentaires. À cet égard, il relève dans le rapport que les prestations versées dans le cadre du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi couvrent les besoins mensuels de base (alimentation, vêtements, hygiène personnelle, effets du ménage, consommation d'énergie du ménage, besoins quotidiens individuels, y compris la participation à la vie sociale et culturelle) les dépenses réelles de logement et de chauffage (y compris le chauffage électrique) dans la mesure de ce qui est jugé raisonnable, les besoins supplémentaires liés à certaines circonstances de la vie (grossesse, parent isolé, alimentation coûteuse pour raisons médicales, approvisionnement décentralisé en eau chaude), les besoins en matière d'éducation et de participation (pour les personnes de moins de 25 ans) et les besoins spéciaux (ameublement d'un premier appartement, y compris les appareils électroménagers). En ce qui concerne le montant des prestations visant à couvrir les besoins essentiels, les dépenses de chauffage et de logement et, le cas échéant, les besoins supplémentaires, d'après le rapport, les valeurs moyennes retenues en mai 2016 étaient les suivantes : les besoins mensuels totaux d'une personne seule s'élevaient en moyenne à 719 € (dont 312 € pour les dépenses de logement). Le montant moyen des prestations versées pour couvrir le coût de la vie était de 628 €. La différence entre les besoins moyens totaux et le montant moyen versé s'explique par le fait que les personnes à faibles revenus peuvent aussi bénéficier de prestations supplémentaires dans le cadre du revenu minimum servi aux demandeurs d'emploi.
- 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 861 € en 2015.

Le Comité rappelle que l'assistance est appropriée quand le montant mensuel des prestations d'assistance – de base et/ou supplémentaires – versé à une personne vivant seule n'est manifestement pas inférieur au seuil de pauvreté tel que défini ci-dessus. Le Comité note que les chiffres fournis dans le rapport concernent 2016, ce qui est hors période de référence. Toutefois, dans la mesure où une personne seule percevait 404 € dans le cadre des prestations de base en 2015 et où les dépenses de logement représentaient environ 43 % de l'aide totale (l'estimation du Comité se fonde sur les chiffres présentés dans le rapport), le Comité réduit que le montant total des aides pouvant être obtenues était de 715 € en 2015, ce qui est inférieur au seuil de pauvreté. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données chiffrées actualisées pour la prochaine période de référence concernant les prestations d'assistance de base et complémentaires servies à une personne seule dépourvue de ressources.

Droit de recours et assistance judiciaire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé s'il était possible de déposer un recours auprès d'une commission indépendante contre une décision relative à l'assistance sociale et médicale et si une aide juridique gratuite était disponible en cas de besoin. À cet égard, il relève dans le rapport que dans un premier temps, la partie qui conteste une décision en matière d'assistance sociale prise par les services sociaux peut introduire un recours dans le cadre d'une procédure administrative sociale, afin de vérifier si la décision est recevable et appropriée. Selon l'article 64 du Livre X du Code social, ce type de procédure ne donne lieu à aucun frais.

Si la partie concernée n'est pas d'accord avec la décision finale de l'administration sociale, elle peut faire appel devant le tribunal des affaires sociales. Les juges des juridictions des affaires sociales sont des magistrats indépendants, qui ne sont soumis à aucun ordre, instruction ou influence extérieure. Les procédures devant ces juridictions ne donnent lieu à aucun frais de justice pour les parties assurées, les bénéficiaires de prestations sociales et les personnes handicapées.

En principe, toutes les parties concernées peuvent assurer leur propre défense dans les procédures devant les juridictions des affaires sociales ou le Tribunal supérieur des affaires sociales. Elles peuvent toutefois bénéficier d'une aide judiciaire si la représentation par un avocat est prévue par la loi (par exemple devant le Tribunal social fédéral) ou si la partie adverse est représentée par un avocat, ou si la représentation par un avocat est jugée nécessaire (article 73a de la loi relative aux juridictions des affaires sociales (*Sozialgerichtsgesetz*) en combinaison avec l'article 121 (2) du code de procédure civile (*Zivilprozessordnung*)). Pour bénéficier de l'aide judiciaire, l'intéressé doit être dans l'impossibilité de régler les honoraires d'un avocat, ou seulement partiellement ou en plusieurs versements, en raison de sa situation personnelle ou économique, doit avoir suffisamment de chances d'obtenir gain de cause et ne pas être de mauvaise foi.

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'États parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé que le prochain rapport précise si tous les ressortissants d'États parties résidant légalement en Allemagne avaient droit à l'assistance sociale et médicale sur un pied d'égalité avec les ressortissants allemands. Il relève dans la base de données du MISSOC que l'aide à la subsistance et le minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi sont octroyés aux personnes qui justifient d'une résidence effective dans le pays. Le Comité relève également dans le rapport que les ressortissants étrangers qui ont leur résidence habituelle en Allemagne peuvent aussi bénéficier du minimum individuel servi aux demandeurs d'emploi. Le Comité demande que le prochain rapport explique ce que recouvrent les notions de « résidence habituelle » ou de « résidence permanente probable ». Il demande en particulier si cela signifie qu'une condition de durée de résidence est imposée aux ressortissants d'États parties qui résident légalement en Allemagne pour pouvoir accéder à ces prestations.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion relative à l'article 13§4, 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. Il a noté en particulier que selon la loi relative à l'aide aux demandeurs d'asile (article 1, paragraphe 1, n° 4 et 5), ils avaient droit à l'assistance sociale et médicale d'urgence.

À cet égard, le Comité relève dans le rapport qu'aux termes de l'article 4 de la loi relative à l'aide aux demandeurs d'asile (*Asylbewerberleistungsgesetz*), des aides sont octroyées pour les soins médicaux et dentaires. En outre, en vertu de l'article 6 de la loi précitée, des prestations et des services complémentaires peuvent être fournis au cas par cas aux personnes qui en ont besoin pour préserver leur santé. Il peut s'agir de traitements pour des maladies chroniques, de mesures médicales de réadaptation urgentes et indispensables ou de mesures d'assistance jugées nécessaires d'un point de vue médical.

La loi relative à l'aide aux demandeurs d'asile s'applique à tous les étrangers qui n'ont pas leur résidence permanente en Allemagne et dont la situation au regard du droit de séjour n'est pas déterminée. D'après le rapport, le droit de solliciter des prestations n'est pas restreint aux personnes qui ont demandé l'asile ou une autre forme de statut de réfugié, mais s'étend aux personnes se trouvant en situation irrégulière sur le territoire (voir article 1 (1), n°s 4 et 5 de la loi relative à l'aide aux demandeurs d'asile). Le Comité demande que le prochain rapport confirme qu'une assistance sociale d'urgence (nourriture, logement, vêtements) est fournie aux ressortissants étrangers en situation irrégulière pendant toute la durée de leur séjour sur le territoire.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Allemagne n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 au motif que le montant total de l'assistance sociale – prestations de base et complémentaires – 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'Allemagne.

En réponse à la question du Comité, le rapport réaffirme expressément que les bénéficiaires de l'assistance sociale ou médicale ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux, ni en droit ni en pratique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Allemagne est conforme à l'article 13§2 de la Charte de 1961.

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'Allemagne.

Le Comité rappelle que l'article 13 § 3 garantit un même traitement aux ressortissants des Etats parties séjournant légalement sur le territoire et aux ressortissants de l'Etat concerné, en ce qui concerne l'accès au conseil et à une aide personnelle offert par les services sociaux responsables de la prévention, de l'élimination ou de l'atténuation de l'état de besoin. L'égalité de traitement implique aussi que l'Etat concerné ne peut subordonner son bénéfice pour les ressortissants d'Etats parties à une durée de séjour.

Le Comité rappelle de plus 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. Ces services doivent avoir une action préventive, d'accompagnement et curative. Ainsi, 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 des informations pour vérifier comment toute personne peut avoir accès aux services sociaux en Allemagne, c'est-à-dire peut bénéficier de consultation et d'aide personnelle comme les services visés aux articles 67-68 du Livre XII du Code social. Le Comité souligne qu'en vertu de l'article 13 § 3 de la Charte, le droit de recevoir des conseils et une aide de cette nature est indépendant de l'éligibilité à une assistance sociale et médicale spécifique.

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'Allemagne.

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 renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 et considère que la situation est conforme pour ce qui est des étrangers légalement présents sur le territoire.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Allemagne est conforme à l'article 13§4 de la Charte de 1961.

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'Allemagne.

Organisation des services sociaux

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente (Conclusions XIX-2(2009)) pour une description de l'organisation du système de protection sociale.

Accès égal et effectif

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente, dans laquelle figurent des informations générales sur l'accès égal et effectif aux services sociaux.

Dans sa précédente conclusion (2013), le Comité a demandé si l'accès aux services sociaux était gratuit dans certains cas. En réponse, le rapport précise que, tous les services et prestations prévus par la loi au titre du système général d'aide aux demandeurs d'emploi sont mis gratuitement à la disposition de celles et ceux qui remplissent les conditions pour en bénéficier.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne aussi des informations concernant les autres services de protection sociale (sont-ils gratuits ou payants et comment leur paiement est-il réglementé ?).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2(2013)), le Comité a demandé si l'égalité d'accès aux services sociaux des ressortissants d'autres États parties résidant légalement ou travaillant régulièrement dans le pays était garantie. Il réitère sa question.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2(2013)), le Comité a demandé quel était le ratio entre les effectifs et les usagers des services sociaux. Il constate que le rapport ne contient pas les informations demandées (celles qu'il contient ne concernent que les centres pour l'emploi et le mois de juin 2016, ce qui est hors période de référence). Par conséquent, il réitère sa question.

Qualité des services

Le Comité note que le rapport ne fournit pas d'informations concernant la qualité des services sociaux et rappelle que dans le cadre 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) et la qualité et la surveillance des services sociaux, ainsi que les questions concernant les droits des bénéficiaires et leur participation à la création et au maintien des services sociaux (Article 14§2). 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). À cet égard, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur la qualité des services sociaux.

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 demande que le prochain rapport donne des informations détaillées et actualisées sur chacun de ces éléments.

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'Allemagne.

Le Comité renvoie à ses précédentes conclusions (Conclusions XIX-2 (2009), Conclusions XX-2 (2013)) pour des informations concernant la participation de la population à la création et au maintien des services sociaux et la contribution du secteur bénévole au système de protection sociale allemand.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé si et comment le Gouvernement veillait à l'efficacité des services sociaux 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 note que le rapport ne contient pas ces informations et considère par conséquent que la situation n'est pas conforme à l'article 14§2. Le Comité note que le rapport ne fournit pas ces informations, réitère ses questions et ajourne 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 soit conforme à la Charte de 1961.

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 XX-4 (2015)**

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

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

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196^e 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'Allemagne en réponse à la conclusion de non-conformité au motif qu'il n'était pas établi que des mesures concrètes appropriées aient été prises pour éliminer toute discrimination concernant la rémunération et d'autres conditions d'emploi et de travail.

Le rapport indique qu'en mai 2016 (hors période de référence), l'Allemagne a créé et placé sous la tutelle du Commissaire fédéral à la migration, aux réfugiés et à l'intégration, une autorité nationale pour l'égalité de traitement des travailleurs de l'UE (*Gleichbehandlungsstelle für EU-Arbeitnehmer*) chargée de mettre en œuvre la Directive 2014/54/UE du 16 avril 2014 relative à des mesures facilitant l'exercice des droits conférés aux travailleurs dans le contexte de la libre circulation des travailleurs. L'Autorité nationale pour l'égalité a pour mission d'aider les citoyens européens et les membres de leurs familles à faire respecter leurs droits, conformément aux principes de la libre circulation des travailleurs.

Le rapport indique également que des centres de conseil de 8 villes allemandes établis dans le cadre du projet « mobilité équitable – promouvoir activement la libre circulation des travailleurs d'un point de vue social et de manière juste », lancé en 2011, proposent une aide (services d'information et de conseil) aux travailleurs mobiles d'Europe centrale et orientale et aux nationaux des États Membres de l'UE, sur les questions sociales et de travail en vue, notamment de renforcer leurs droits à des rémunérations et à des conditions de travail équitables sur le marché du travail allemand.

Le Comité note cependant que les instances susmentionnées délivrent leurs services uniquement aux ressortissants des États Membres de l'UE, excluant ainsi les ressortissants des autres États parties non membres de l'UE qui résident légalement sur le territoire allemand. Il rappelle à cet égard qu'en acceptant l'article 19§4 de la Charte, les États parties s'engagent à garantir aux travailleurs migrants des autres États parties se trouvant légalement sur leur territoire un traitement non moins favorable qu'à leurs nationaux en ce qui concerne, entre autres, les conditions d'emploi. En conséquence, il demande si ces instances accueillent et soutiennent aussi les ressortissants de ces pays lorsqu'ils ont besoin d'aide. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

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 XXI-4 (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.



janvier 2018

Charte sociale européenne de 1961

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXI-2 (2017)

POLOGNE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Pologne qui a ratifié la Charte de 1961 le 25 juin 1995. L'échéance pour remettre le 16e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Pologne l'a présenté le 19 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 concerne les dispositions du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale » :

- droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail (article 3),
- droit à la protection de la santé (article 11),
- droit à la sécurité sociale (article 12),
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13),
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14),
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 4 du Protocole additionnel).

La Pologne a accepté tous les articles du groupe ci-dessus excepté les articles 13§§1 et 4, 14§2 et l'article 4 du Protocole additionnel.

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

Les Conclusions relatives à la Pologne concernent 13 situations et sont les suivantes :

- 6 conclusions de conformité : articles 3§2, 3§3, 11§2, 11§3, 12§2 et 13§2,
- 4 conclusions de non-conformité : articles 11§1, 12§1, 12§4 and 14§1.

En ce qui concerne les 3 autres situations relatives aux articles 3§1, 12§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 Pologne en vertu de la Charte de 1961. 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

Au cours de la période de référence le règlement du Ministre de la santé du 21 décembre 2012 sur l'attribution des pouvoirs d'expert en radioprotection dans les ateliers utilisant les appareils radiologiques à des fins médicales et le règlement du Conseil des Ministres du 10 août 2012 sur les postes essentiels pour assurer la sécurité nucléaire et la protection radiologique et aux experts en radioprotection ont été adoptés.

Article 3§3

Le Conseil du dialogue social a remplacé la Commission tripartite pour les affaires socio-économiques, conformément à la loi du 24 juillet 2015. Le Comité note que le Conseil est composé de représentants du gouvernement, de travailleurs représentés par des membres de syndicats représentatifs, et d'employeurs représentés par des membres d'organisations représentatives d'employeurs. Il conduit un dialogue afin d'assurer les conditions du développement socio-économique et d'augmenter la compétitivité de l'économie et de la cohésion sociale en Pologne.

Article 12§3

L'extension de certaines prestations de santé aux réfugiés, à leurs familles, aux femmes enceintes ou venant d'accoucher et aux mineurs de 18 ans bénéficiant du statut de réfugiés ou d'une protection supplémentaire (loi du 26 juin 2014).

* * *

*

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 de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16),
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance – départ, voyage et accueil (article 19§2).

Le Comité a procédé à l'examen de ces informations et a adopté les conclusions 1 conclusion de conformité au sujet de l'article 19§2 et 1 conclusion de non-conformité au sujet de l'article 16.

* * *

*

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 2 du Protocole additionnel),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 3 du Protocole additionnel).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 21 septembre 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 - Règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-2 1961 RESC)

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

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

Le rapport présente la liste des textes législatifs et réglementaires entrés en vigueur, en matière de santé et de sécurité au travail, durant la période de référence. On y trouve notamment la nouvelle législation dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène au travail ou la modification de celle déjà en vigueur qui résulte de la mise en œuvre des directives de l'Union européenne, ainsi que de l'adaptation de la législation au progrès technique.

Concernant le secteur de l'éducation, le rapport fait état d'une série de règlements du Ministre de l'Education adoptés en 2012, concernant les programmes de l'enseignement professionnel, qui englobent les questions de la sécurité et de l'hygiène au travail.

Le Comité prend note que la politique nationale sur la sécurité et l'hygiène au travail est mise en œuvre dans le cadre du programme pluriannuel « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail ». Le rapport fournit des informations détaillées sur les objectifs de cette politique et les résultats prévus de l'étape III du programme pour 2014-2016. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les résultats de la troisième étape du programme.

Le Comité souligne qu'en vertu des dispositions de l'article 3§1 de la Charte de 1961, 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§1 de la Charte de 1961, Conclusions XX-2 (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 Pologne soit conforme à l'article 3§1 de la Charte.

Niveaux de prévention et de protection

Protection contre les agents et substances dangereux

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le rapport ne fait état d'aucun changement de la situation, que le Comité a précédemment jugée conforme (Conclusions XX-2 (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 l'amiante.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations à jour concernant les radiations ionisantes. Le Comité a précédemment noté (Conclusions XVIII-2 (2007)) que 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 avait été transposée en droit interne. Le rapport indique qu'au cours de la période de référence le règlement du Ministre de la Santé du 21 décembre 2012 sur l'attribution des pouvoirs d'expert en radioprotection dans les ateliers utilisant les appareils radiologiques à des fins médicales et le règlement du Conseil des Ministres du 10 août 2012 sur les postes essentiels pour assurer la sécurité nucléaire et la protection radiologique et aux experts en radioprotection ont été adoptés.

Le Comité prend note que la loi du 29 novembre 2000 sur l'énergie nucléaire, le règlement du Ministre de la Santé du 18 février 2011 sur les modalités d'un emploi inoffensif du rayonnement ionisant pour tous les types d'expositions médicales et le règlement du Ministre de la Santé du 7 avril 2006 sur les exigences minimales pour les centres de santé qui demandent l'autorisation d'effectuer les activités impliquant l'exposition au rayonnement ionisant à des fins médicales, consistant en prestations de soins de santé dans le domaine de la radio-oncologie, ont été modifiés durant la période de référence.

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

Travailleurs temporaires

Le rapport ne fait état d'aucun changement de la situation, que le Comité a précédemment jugée conforme (Conclusions XX-2 (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 temporaires.

Selon le rapport, la loi du 26 juin 1974 (Code du travail), notamment sa section X « Sécurité et hygiène au travail », a été modifiée par la loi du 9 novembre 2012 qui a aboli l'obligation des employeurs commerçant à exercer leur activité économique, de notifier auprès de l'Inspection nationale du travail et l'Inspectorat Général Sanitaire, dans les 30 jours suivant le début de l'activité, les informations concernant le lieu, le type et la portée de leur activité, et par la loi du 7 novembre 2014 sur la facilitation de l'exercice de l'activité économique. Cette dernière a dispensé de l'obligation de passer un examen médical pré-embauche les personnes embauchées par un autre employeur dans les 30 jours suivant la résiliation ou l'expiration de la relation de travail précédente, à certaines conditions. Le rapport précise que cela ne concerne pas les personnes admises à effectuer des travaux particulièrement dangereux.

Autres catégories de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations sur les travailleurs indépendants et l'implication de la réglementation sur la santé et la sécurité à leur égard. En réponse, le rapport indique que l'article 304§1 du Code du travail tel que modifié oblige les employeurs à assurer la sécurité et l'hygiène des conditions de travail aux personnes exerçant une activité économique individuelle pour leur propre compte dans l'établissement ou dans un autre lieu fixé par l'employeur. D'après le rapport, l'employeur remplit cette obligation, entre autres, en organisant des conditions de travail sûres et hygiéniques, et en assurant le respect des règles et des principes de sécurité et d'hygiène au travail dans l'établissement, ainsi qu'en s'adaptant aux besoins de l'assurance de la santé et sécurité au travail et en ajustant des mesures prises en vue de l'amélioration du niveau de la protection de la vie et de la santé des employés, compte tenu de l'évolution des conditions de l'exercice du travail. En outre, l'employeur peut conclure qu'afin de remplir cette obligation, il est nécessaire que les employés passent des examens médicaux appropriés et, en raison de dangers présents dans le lieu de travail, qu'ils suivent une formation sur la sécurité et l'hygiène au travail.

Parallèlement, les dispositions du Code du travail obligent les travailleurs indépendants à respecter la réglementation en matière de santé et de sécurité lorsqu'une entreprise fait appel à leurs services ; il leur faut ainsi être au fait des règles d'hygiène et de sécurité, porter un équipement de protection, se soumettre à des examens médicaux en début et en cours de contrat, et collaborer avec l'employeur dans l'exercice des obligations relatives à la sécurité et l'hygiène 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 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-3 1961 RESC)

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

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le rapport indique que le nombre d'accidents au travail a légèrement diminué au cours de la période de référence : 90 464 en 2012 contre 88 138 en 2014. Cette diminution concerne notamment : le nombre total de victimes, qui est passé de 91 000 en 2012 à 88 641 en 2014 ; le nombre de victimes d'accidents mortels, qui est passé de 350 en 2012 à 263 en 2014 ; le nombre de victimes d'accidents graves, qui est passé de 627 en 2012 à 530 en 2014 ; le nombre d'accidents légers, qui est passé de 90 023 982 en 2012 à 87 848 en 2014.

Selon les données chiffrées de l'EUROSTAT, en 2014, 76 274 accidents du travail non mortels ayant occasionné au moins quatre jours civils d'absence ont été enregistrés en Pologne et le nombre d'accidents mortels s'élevait à 263. Il y a eu en moyenne 1,9 accidents mortels pour 100 000 personnes occupées en 2014, contre 525 accidents non mortels pour 100 000 personnes occupées (taux d'incidence standardisé).

D'après le rapport, le nombre de maladies professionnelles au travail a légèrement diminué au cours de la période de référence : 2 402 en 2012 ; 2 214 en 2013 ; 2 351 en 2014 et 2 094 en 2015. Ces données correspondent, respectivement, à 23 maladies professionnelles pour 100 000 employés en 2012, 21,4 en 2013, 22,6 en 2014 et 19,5 en 2015. Les diminutions plus significatives concernent l'amiantose et les maladies infectieuses ou parasitaires. Par contre, le Comité constate l'augmentation en ce qui concerne les maladies chroniques de la voix, l'antracose et le cancer.

Quant au secteur agricole, le rapport indique qu'au cours de la période de référence le nombre d'accidents signalés a diminué de 22 370 en 2012 à 18 814 en 2015, tout comme le nombre d'accidents mortels, de 92 en 2012 à 63 en 2015. Le nombre de maladies professionnelles dans l'agriculture a augmenté de 198 en 2012 à 245 en 2015. Ces données correspondent, respectivement, à 13,3 maladies professionnelles pour 100 000 employés en 2012, 15,9 en 2013, 17,7 en 2014 et 17,6 en 2015. Les augmentations plus significatives concernent les maladies infectieuses ou parasitaires, notamment la maladie de Lyme. Le Comité prend note des activités de la Caisse d'assurance sociale des agriculteurs visant à réduire le nombre d'accidents du travail.

Le Comité conclut que la situation est conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961 sur ce point.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité rappelle qu'aux termes de l'article 3§2 de la Charte de 1961, 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§2, Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique des compétences et moyens d'actions des principaux organes chargés de contrôler et de surveiller les conditions de travail : l'Inspection nationale sanitaire (PIS) et l'Inspection nationale du travail (PIP) (voir Conclusions XV-2 (2001)). L'Inspectorat Général Sanitaire met en œuvre les dispositions de la loi sur l'Inspectorat Général Sanitaire, du Code de travail (section X) ainsi que des lois sur les substances chimiques et leurs mélanges, sur les produits biocides, interdisant l'utilisation des produits contenant de l'amiante. Il exerce la veille sanitaire afin d'améliorer des conditions de travail et de protéger la santé des employés contre l'impact négatif de facteurs nuisibles et onéreux qui sont présents dans le lieu de travail. L'Inspection nationale du travail (PIP) contrôle le respect du droit du travail, notamment les règles et des principes de la sécurité et l'hygiène au travail, des dispositions concernant la légalité de l'emploi et d'autres formes de travail lucratif. Elle

se concentre sur les secteurs économiques et les établissements qui se caractérisent par l'intensité des dangers professionnels les plus élevés. Le rapport précise que les actions éducatives sont adressées notamment aux petites et moyennes entreprises où le niveau de connaissance de la loi est plus bas.

Le rapport indique que le nombre total d'employés de l'Inspection nationale du travail est passé de 2 758 au 31 décembre 2012 à 2 768 au 31 décembre 2015. Le rapport fournit également des informations sur l'organisation interne des bureaux compétents pour les fonctions de surveillance et d'analyse des données, ainsi que sur l'évolution de la répartition des postes au sein des structures concernées (au niveau central et dans les unités décentralisées). Selon les données publiées par ILOSTAT, le nombre d'employés de l'Inspection nationale du travail était de 1 600 en 2015. Le Comité demande que le prochain rapport explique pourquoi le nombre d'employés de l'Inspection nationale du travail indiqué dans le rapport et par ILOSTAT est différent. Il demande également le pourcentage de travailleurs couverts par les visites de contrôle effectuées dans chaque branche d'activité.

Le Comité note que, selon le rapport, le nombre des mesures déterminant la cessation de l'exploitation des machines et de l'équipement a augmenté au cours de la période de référence (7 983 en 2012 – 9 297 en 2015). Le nombre des mesures d'interdiction de poursuivre le travail ou d'exercer des activités a aussi augmenté (282 en 2012 – 779 en 2015). Le rapport fournit aussi des informations détaillées sur le type et le nombre de pénalités appliquées dans le cadre de l'adoption des mesures en question : en ce qui concerne la cessation de l'exploitation des machines et de l'équipement, le nombre de demandes de sanction transmises aux tribunaux a baissé de 167 en 2012 à 153 en 2015 tandis que le nombre d'amendes infligées sous la forme d'un mandat a augmenté de 2,728 en 2012 à 3,198 en 2015. Concernant l'interdiction de poursuivre le travail ou d'exercer des activités, le nombre de demandes de sanction transmises aux tribunaux (11 en 2012 et 21 en 2015) et le nombre d'amendes infligées sous la forme d'un mandat (140 en 2012 et 448 en 2015) ont augmenté. Concernant l'établissement des circonstances et des causes des accidents, le nombre de demandes de sanction transmises aux tribunaux (20 en 2012 et 19 en 2015) et le nombre d'amendes infligées sous la forme d'un mandat (124 en 2012 et 128 en 2015) restent stable.

Dans la période de référence, le nombre de contrôles reste stable (89 949 en 2012 et 88 299 en 2015). Il résulte en particulier qu'en 2012, 55,3 % des contrôles se sont référés aux entreprises comprenant entre 1 et 9 salariés et que ce pourcentage a grimpé jusqu'à 57,1 % en 2015. Pour les entreprises comprenant entre 10 et 49 salariés, les pourcentages suivants ont été relevés : 27,4 % en 2012 et 26,1 % en 2015. En 2012, 12 % des contrôles ont eu pour objet les entreprises comprenant entre 50 et 249 salariés, 11,2 % en 2015. Pour les entreprises comprenant plus de 250 salariés, le pourcentage enregistré est passé de 5,3 % en 2012 à 5,6 % en 2015.

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

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne est conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

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

Paragraphe 3 - Consultation des organisations professionnelles en matière de sécurité et d'hygiène

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a considéré que le cadre sur lequel s'appuyait la consultation des organisations professionnelles était conforme à l'article 3§3 de la Charte de 1961.

Le Comité note que pendant la période de référence, conformément à deux lois du 23 mai 1991 sur les syndicats et sur les organisations d'employeurs (voir Conclusions XVI-2 (2003) et XV-2 (2001)), le Ministre du Travail et de la Politique Sociale et les autres ministres, dans leurs domaines de compétence respectifs, ont mené des consultations sur des projets d'actes juridiques concernant la sécurité et l'hygiène au travail avec les organisations d'employeurs et de travailleurs.

D'après le rapport, le Conseil du dialogue social a remplacé la Commission tripartite pour les affaires socio-économiques, conformément à la loi du 24 juillet 2015. Le Comité note que le Conseil est composé de représentants du gouvernement, de travailleurs représentés par des membres de syndicats représentatifs, et d'employeurs représentés par des membres d'organisations représentatives d'employeurs. Il conduit un dialogue afin d'assurer les conditions du développement socio-économique et d'augmenter la compétitivité de l'économie et de la cohésion sociale en Pologne. Le Comité prend note de la procédure de consultation détaillée dans le rapport.

En ce qui concerne les structures et les procédures de consultation au niveau des entreprises, le rapport ne fait état d'aucun changement de la situation, que le Comité a précédemment jugée conforme (Conclusions XVIII-2 (2007)). Etant donné qu'aucune mise à jour n'a été faite, le Comité demande que le prochain rapport indique les modifications qui auraient été apportées en matière de consultation au niveau des entreprises.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Pologne est conforme à l'article 3§3 de la Charte de 1961.

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 Pologne.

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 77,5 ans en 2015, hommes et femmes confondus (contre 79,6 ans en moyenne pour les États membres de l'Union Européenne). L'espérance de vie reste donc inférieure à celle de certains autres pays européens, mais elle a augmenté depuis la précédente période de référence (76,5 ans en 2009). Selon Eurostat, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 80,6 ans en 2015 pour les 28 pays de l'UE.

D'après le rapport, le taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), en baisse, est passé de 4,6 en 2012 à 4,2 en 2014. En revanche, le taux de mortalité maternelle (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) a augmenté : il est passé de 4 en 2012 à 7 en 2013 et à 8 en 2014.

Le Comité a précédemment noté que les maladies cardiovasculaires étaient la principale cause de mortalité, suivies du cancer, et a souhaité être tenu informé des nouvelles avancées en vue de réduire la mortalité due à ces affections (Conclusions XIX-2 (2010)). Dans sa précédente conclusion, le Comité a noté que la mortalité liée à ces maladies était restée au même niveau que pendant la période de référence précédente et a demandé que le prochain rapport indique si les mesures prises avaient permis de réduire la mortalité résultant des maladies cardiovasculaires et du cancer (Conclusions XX-2 (2013)).

Le rapport précise que le programme national de lutte contre le cancer (2006-2015) a été poursuivi pendant la période de référence : dépistage et diagnostic précoces, utilisation de méthodes de diagnostic et de traitement modernes, formation des médecins et achat d'équipements spécialisés. Grâce à ces mesures, le nombre de femmes ayant passé des tests cytologiques (42,11 % des femmes en 2015, contre 24,4 % des femmes en 2011, et 12,7 % en 2006) ou fait un dépistage par mammographie (45,52 % des femmes en 2015 et 43,48 % des femmes en 2011, contre 23,37 % en 2006) a augmenté. Ces mesures ont aussi nettement amélioré le taux de survie cinq ans après un diagnostic de cancer colorectal (46 % des femmes en 2014). En outre, des programmes visant à améliorer la qualité des diagnostics de cancers infantiles et leur traitement ont été développés.

Le Comité relève dans le rapport que le Programme national POLKARD (2010-2012) a été poursuivi entre 2013 et 2016 afin de réduire la mortalité par maladies cardiovasculaires, d'étendre l'utilisation des méthodes de diagnostic et de traitement modernes et d'améliorer l'accès aux services hautement spécialisés de cardiologie, cardiologie pédiatrique, chirurgie cardiaque et neurologie. Le Comité prend note de la description détaillée dans le rapport des équipements spécialisés achetés pendant la période de référence. Dans le cadre de ce programme, une étude a également été menée sur la situation épidémiologique de la Pologne en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires (Projet WOBASZ II), ainsi que sur la mortalité précoce et générale et les admissions à l'hôpital en raison de maladies cardiovasculaires.

Le rapport ne contient pas d'informations actualisées sur les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires et par cancer. Le Comité relève dans les données Eurostat que le taux de mortalité par cancer était de 24,3 en 2013 (le même taux en 2010). Selon les données de l'OCDE, il y a eu, en 2014, 236 décès par cancer pour 100 000 habitants en Pologne. Il ressort de ces chiffres que le taux de mortalité n'a pas baissé, mais est demeuré stable. Le Comité note que selon l'OCDE, la mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué au cours des dernières décennies, après un pic au milieu des années 1980, à un rythme légèrement plus rapide que dans de nombreux autres États membres de l'OCDE, mais qu'elle est demeurée supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE, avec un taux de 476

pour 100 000 habitants en 2011 (456 en 2010), ce qui dépasse de 59 % la moyenne de la zone OCDE (299). Le Comité prend note des informations détaillées décrites dans le rapport concernant les différentes mesures prises. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur les taux exacts de mortalité et qu'il précise si la mise en œuvre des mesures et des programmes développés a eu des effets concrets sur la réduction des taux de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires et par cancer.

Le Comité a précédemment noté que 1,6 millions de personnes recevaient un traitement en raison de problèmes de santé mentale et qu'un programme national pour la protection de la santé mentale (2011-2015) et une stratégie y afférente avaient été lancés. Il a demandé que le prochain rapport indique quels étaient les effets de ces mesures (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport précise que les financements alloués à la mise en œuvre du programme ont été systématiquement augmentés (en 2011, ils s'élevaient à 2 023 817 000 PLN et en 2014, à 2 318 665 000 PLN). Les ressources financières consacrées aux soins psychiatriques et au traitement des toxicomanies ont augmenté de 18,62 %, et celles consacrées aux soins psychiatriques environnementaux ont augmenté de 126,6 %. Le nombre d'équipes de soins à domicile est passé de 60 en 2011 à 124 en 2014. Les activités d'information, d'éducation, de prévention et de formation ont été renforcées. Le Comité prend note des mesures décrites dans le rapport. Il demande 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 des mesures de rétablissement.

Accès aux soins de santé

Le Comité renvoie à ses précédentes Conclusions pour une description générale du système de soins de santé (Conclusions XX-2 (2013)). Il y a noté que selon une enquête de l'OCDE, la Pologne était l'un des pays de l'OCDE où les dépenses à la charge des patients étaient les plus élevées en proportion des dépenses de santé totales et a demandé des informations sur d'éventuelles évolutions dans ce domaine.

Le rapport contient des informations sur la loi du 12 mai 2011 relative au remboursement des médicaments, des compléments alimentaires et des appareils médicaux, qui crée différentes catégories correspondant à différents taux de prise en charge, dans le but de réduire la charge financière pesant sur les patients. Le rapport ajoute qu'en conséquence, les patients payent en moyenne environ un tiers du prix des médicaments remboursables. Au cours des quatre années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la loi, le niveau de prise en charge par les patients est passé de 34,5 % (au 31 décembre 2011) à 31 % (à la fin du premier trimestre de 2014). Le rapport ajoute que la loi du 18 mars 2016 (adoptée hors période de référence) portant modification à la loi relative aux soins de santé financés par les pouvoirs publics a instauré la gratuité de certains médicaments, compléments alimentaires et appareils médicaux pour les personnes de plus de 75 ans.

Le Comité prend note de toutes les mesures visant à réduire le coût des médicaments à la charge des patients décrites dans le rapport. Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur la part des dépenses restant à la charge des patients en proportion des dépenses de santé totales.

Le Comité note que, d'après les données de l'OCDE, les dépenses de santé en Pologne (à l'exclusion des dépenses d'investissement dans le secteur de la santé) représentaient 6,4 % du PIB en 2013, soit un pourcentage bien inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE, qui était de 8,9 %. Le Comité note que selon l'Indice européen des consommateurs de soins de santé (EHCI), qui évalue les performances des systèmes nationaux de soins de santé dans 35 pays européens, la situation globale en matière de soins de santé s'est dégradée en Pologne, qui est passé de la 32^e place en 2013 à la 34^e place en 2015, avec seulement 523 points (devant le Monténégro, 484 points, qui est le dernier pays du classement).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a conclu que la situation de la Pologne n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961, au motif que l'égalité d'accès aux soins n'était pas assurée en raison de longs délais d'attente.

Le rapport contient des informations sur les mesures prises pour réduire les délais d'attente, telles que : (i) amélioration de l'accès aux soins de santé pour les malades du cancer, grâce à la création d'une carte de diagnostic et de traitement qui leur donne la possibilité de s'inscrire sur une liste séparée de patients en attente d'un diagnostic oncologique ; (ii) changements apportés pour remédier aux problèmes liés à la mauvaise gestion des listes d'attente ; (iii) mesures prises pour assurer un suivi effectif des listes d'attente ; (iv) droit accordé aux infirmières et aux sages-femmes, sous certaines conditions, de prescrire des médicaments, des examens spécifiques et des appareils médicaux ; (v) établissement de cartes régionales et nationales des besoins médicaux, dans le but de mettre en évidence les différents besoins en matière de traitements médicaux aux niveaux régional et national.

Le Comité prend note des mesures visant à réduire les délais d'attente décrites dans le rapport. Cependant, il note que, d'après les statistiques établies par l'OCDE, les délais d'attente restent longs, en particulier pour certains traitements médicaux spécialisés. Ainsi, pour une chirurgie de la cataracte, le délai d'attente depuis l'examen par un spécialiste jusqu'au traitement est passé de 294 jours en 2012 à 371 jours en 2013 et à 384 jours en 2014. Pour une prothèse partielle ou totale de hanche, contrôle de la prothèse y compris, le délai d'attente depuis l'examen par un spécialiste jusqu'au traitement était de 336 jours en 2012, de 364 jours en 2013 et de 386 jours en 2014, et le temps d'attente des patients inscrits sur la liste est passé de 423 jours en 2012 à 461 jours en 2013 et à 492 jours en 2014. Pour une prothèse du genou, le délai d'attente depuis l'examen par un spécialiste jusqu'au traitement était de 419 jours en 2012, de 469 jours en 2013 et de 513 jours en 2014, et le temps d'attente pour les patients inscrits sur la liste est passé de 613 jours en 2012 à 662 jours en 2013 et à 722 jours en 2014.

Malgré les mesures décrites dans le rapport, le Comité considère que la situation ne s'est pas améliorée depuis la précédente appréciation et que les efforts mis en œuvre pour renforcer l'efficacité et les capacités des services de soins de santé afin de réduire les délais d'attente doivent être poursuivis. Selon les données de l'OCDE, il semble que dans certains cas, la situation se soit même dégradée. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les mesures prises dans ce domaine ainsi que des précisions sur les délais d'attente effectifs pour différents traitements médicaux. Entre-temps, il considère que la situation de la Pologne n'est toujours pas conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961, au motif que l'égalité d'accès aux soins de santé n'est pas assurée en raison de délais d'attente trop longs.

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).

S'agissant du droit à la protection de la santé des personnes transgenre, le Comité a demandé si en Pologne, la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenre 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 XX-2 (2013)). Le rapport précise qu'en cas de différence entre le sexe figurant sur le certificat de naissance et l'identité de genre, il existe une procédure judiciaire permettant de régler la situation, conformément à la loi du 17 novembre 1964 ou code de procédure civile. Le rapport ajoute que pour déterminer le sexe conformément aux dispositions du code de procédure civile, la législation polonaise ne régleme pas le processus thérapeutique et n'impose pas de stérilisation ou d'autre traitement médical invasif susceptible de nuire à la santé ou à l'intégrité mentale de l'intéressé. Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport et dans les commentaires soumis

par Transgenre Europe et ILGA-Europe sur la mise en œuvre de l'article 11 de la Charte. Il demande des informations à jour dans le prochain rapport.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961 au motif que l'accès aux soins de santé n'est pas assurée en raison de délais d'attente trop longs.

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 Pologne.

Le Comité a précédemment conclu que la situation était conforme à l'article 11§2 de la Charte de 1961 (Conclusions XX-2 (2013) et Conclusions XIX-2 (2010)).

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport concernant les mesures prises dans le domaine des soins périnataux et les données statistiques pertinentes concernant le nombre de consultations préventives pour les femmes enceintes, qui a baissé pendant la période de référence : 36 200 en 2012, 29 500 en 2013 et 25 400 en 2015.

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait pris note de l'adoption d'un règlement en 2010 visant à inciter les femmes enceintes à consulter plus tôt (voir Conclusions XX-2 (2013)), et avait demandé comment les autorités avaient assuré la divulgation de ces dispositions. En réponse à cette question, le rapport indique qu'une communication a été diffusée sur les sites web du Ministère de la Santé et du Ministère du Travail et de la Politique Sociale, dans les médias, dans les périodiques médicaux et par les associations des médecins et des infirmières et sages-femmes ; et une campagne d'affichage a été conduite dans les établissements de soins de santé primaires.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les mesures prises dans les domaines de l'éducation à la santé et de la sensibilisation, y compris dans les écoles, ainsi que le conseil et le dépistage, par exemple les contrôles médicaux et le dépistage des femmes enceintes et des enfants, et les maladies qui constituent les causes principales de la mort prématurée.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Pologne est conforme à l'article 11§2 de la Charte de 1961.

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 Pologne.

Environnement sain

Dans sa conclusion précédente, le Comité a relevé que, malgré des actions de prévention menées au cours de la période de référence, dans de nombreuses régions du pays les limites d'émission des polluants sont régulièrement dépassées et a demandé des informations à jour en ce qui concerne la protection de l'air. Le rapport ne contient aucune information sur ce sujet.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne 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 Comité prend note des informations et des statistiques actualisées relatives à la consommation de tabac communiquées par la Pologne, qui montrent que la proportion de fumeurs réguliers de cigarettes a diminué (31 % en 2011, 27 % en 2013 et 24 % en 2015).

En ce qui concerne la consommation d'alcool, le Comité relève dans le rapport qu'en 2014 elle a été de 9,4 l par habitant, ce qui signifie une diminution de 0,27 l par rapport à 2013. Le rapport indique en outre que 11 % des Polonaises abusent de l'alcool et que les problèmes liés à l'alcool concernent beaucoup plus souvent les hommes que les femmes. En réponse à une question du Comité (Conclusions XX-2 (2013)), le rapport donne des exemples des résultats des mesures entreprises afin de limiter la consommation d'alcool. Ainsi par exemple, (i) le nombre de décès dus aux problèmes mentaux liés à la consommation d'alcool a diminué de 14 % (1362 décès en 2013 contre 1583 décès en 2012) ; (ii) le nombre de décès dus à l'intoxication par l'alcool a diminué de 8 % (de 1571 en 2012 à 1448 en 2013).

Le Comité prend note des informations concernant les politiques et autres mesures prises relativement à la consommation de substances psychotropes, ainsi que des statistiques détaillées concernant la consommation de substances psychotropes contenues dans le rapport. D'après le rapport, de nombreux programmes et campagnes de prévention ont été mis en œuvre. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les effets/impacts de ces campagnes sur la réduction de la consommation des drogues.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité relève dans le rapport que, pendant la période de référence, l'Inspectorat Général Sanitaire a poursuivi des actions visant la surveillance épidémiologique de la paralysie flasque aiguë ; l'élargissement des catégories d'enfants soumis aux vaccinations obligatoires préventives (par exemple, l'obligation de la vaccination préventive contre la varicelle) ; l'introduction en 2012 de la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez les enfants n'ayant pas reçu de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche à l'âge de 5 ans.

Le rapport ajoute que, pendant la période de référence, l'Inspectorat Général Sanitaire a continué ses activités visant à élargir les groupes d'enfants soumis aux vaccinations obligatoires et recommandées contre les maladies infectieuses. L'Inspectorat a aussi surveillé l'organisation des vaccinations, y compris leur exécution, la distribution des vaccins et les rapports sur cette matière, ainsi que les analyses, simulations et autres activités pour la promotion des vaccinations préventives.

Le rapport indique que le taux de couverture vaccinale des enfants était de 96 à 99.9 % pendant la période de référence.

Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport concernant les mesures prises et les campagnes menées, notamment en matière de prévention des maladies infectieuses, telles que détaillées dans le rapport.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Pologne est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

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 Pologne.

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 a précédemment relevé (Conclusions XIX-2 (2009)) que le système de sécurité sociale polonais couvrait 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. En outre, il avait relevé que ce système était financé collectivement, c'est-à-dire par des cotisations (salariés, employeurs) et par le budget de l'Etat. D'après le rapport, cette situation n'a pas changé.

Afin d'évaluer l'étendue de la couverture personnelle effective, le Comité avait demandé (Conclusions XX-2 (2013)) des données chiffrées, concernant la période de référence, pour chacune des branches de la sécurité sociale. S'agissant des soins médicaux, il avait demandé à connaître le pourcentage d'assurés par rapport à l'ensemble de la population. Pour les prestations de retraite, de maladie, de maternité et de chômage, il avait demandé des informations sur le pourcentage d'assurés par rapport à la population active totale.

Le rapport ne présente pas les informations demandées. Il indique que, fin 2015, la Pologne comptait 15,9 millions d'assurés au titre de l'assurance maladie obligatoire ; 14,2 millions d'assurés contre le risque d'accidents du travail ; 13,2 millions d'assurés contre le risque de maladie ; 14,8 millions d'assurés contre le risque de vieillesse et d'invalidité, tandis que 1,3 millions de personnes avaient cotisé à la Caisse de sécurité sociale des agriculteurs (KRUS).

D'après le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS), en principe toute personne qui exerce une activité professionnelle en Pologne relève obligatoirement des assurances pensions et accidents du travail-maladies professionnelles. Cela vaut également pour les membres du clergé, les personnes titulaires d'une prestation de chômage ou de maternité ainsi que pour toute personne se trouvant en congé parental. Au titre de leur activité professionnelle, les travailleurs salariés sont également couverts obligatoirement par les assurances maladie-maternité et chômage. Les prestations familiales sont fournies dans le cadre d'un régime universel, couvrant l'ensemble de la population sur la base de la résidence. Enfin, toute personne couverte par l'assurance pensions à titre obligatoire peut, après la cessation de cette obligation, continuer l'affiliation sur une base volontaire. Les travailleurs indépendants exerçant des activités non-agricoles sont obligatoirement couverts pour tous les risques sauf pour les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité. Pour ces risques, ils peuvent opter pour une assurance volontaire moyennant une cotisation sociale supplémentaire de 2,45 %. Le Comité comprend, d'après ces informations, que tous les actifs sont couverts pour ce qui concerne les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivant, les prestations de maladie et de maternité en espèces, les accidents du travail et le chômage ; que tous les salariés, travailleurs indépendants, artistes, auteurs, retraités, bénéficiaires d'allocations de chômage, personnes suivant une rééducation professionnelle, étudiants et proches à la charge de l'assuré ont droit aux prestations de maladie et que l'ensemble de la population résidente a droit aux prestations familiales. Il demande que le prochain rapport confirme si cette interprétation est correcte ou qu'il apporte toute précision nécessaire. Il demande en outre que le prochain rapporte précise le nombre de personnes couvertes par les différentes branches de la sécurité sociale, par rapport à l'ensemble de la population (assurance maladie et prestations familiales) et de la population active (prestations de maladie et de maternité, indemnités de chômage, pensions, prestations pour accident du travail ou maladie professionnelle).

Caractère suffisant des prestations

Le Comité prend note des objections exprimées dans le rapport sur la portée respective des articles 12§1 et 12§2, ainsi que sur le critère d'évaluation du caractère adéquat des prestations. Il renvoie à ce propos à son Observation interprétative des articles 12§1, 12§2 et 12§3 (Conclusions XVI-1 (2002)), aux termes de laquelle le Comité a estimé devoir réévaluer la norme minimum reconnue dans la Convention n° 102 de l'OIT et a indiqué que le niveau des prestations, lorsque celles-ci remplacent le salaire de manière temporaire ou permanente, doit toujours être raisonnablement en rapport avec le salaire en question et doit dans tous les cas être supérieur au minimum vital. Le Comité a par la suite réaffirmé et précisé ce principe en indiquant que lorsque les prestations de sécurité sociale sont versées en remplacement des revenus, leur montant 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. Toutefois, 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 (Observation interprétative de l'article 12§1, Conclusions XX-2 (2013)).

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté équivalait à 5556€ en 2015, soit 463€ mensuels. Ainsi, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté était, sur base mensuelle, de 231,5€. Le seuil de 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 185€ par mois. En 2015, le salaire minimum s'établissait à 410€.

Le Comité a précédemment conclu que le niveau minimum de l'**indemnité de chômage** était insuffisant. A cet égard, il relève dans la base de données MISSOC qu'en 2015, le montant de base de l'allocation de chômage était de PLN 831,10 (196€) par mois pendant le premier trimestre, puis de PLN 652,60 (154€). Le Comité relève que ce montant est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté et maintient donc son constat de non conformité à l'article 12§1 de la Charte de 1961.

Par ailleurs, d'après MISSOC, la durée de service des prestations de chômage est de 6 mois pour les zones dans lesquelles le taux de chômage est inférieur à 150 % de la moyenne nationale et de 12 mois pour les zones dans lesquelles le taux de chômage est égal ou supérieur à 150 % de la moyenne nationale ou si le demandeur est âgé de plus de 50 ans et justifie d'une période de qualification de 20 années, ou si le conjoint du demandeur est sans emploi, sans droit à l'allocation de chômage et s'ils ont au moins un enfant à charge âgé de moins de 15 ans.

Le Comité demande que le prochain rapport précise si la loi prévoit une période initiale raisonnable durant laquelle le chômeur peut refuser un emploi ne correspondant pas à sa profession et à ses qualifications antérieures sans perdre son droit aux prestations de chômage.

Le montant minimum des **prestations de maladie**, demandé par le Comité (Conclusions XX-2 (2013)), n'est pas précisé dans le rapport. Le Comité note, d'après MISSOC, que l'allocation de maladie (*Zasitek chorobowy*) est payée par l'employeur pendant les 33 premiers jours civils de maladie dans une année civile (14 jours civils pour les personnes âgées de 50 ans ou plus), l'employeur continue à verser chaque mois 80 % du salaire de référence. Dans le cas d'une maladie consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle survenue au cours de la grossesse, le salaire de référence est versé à 100 % par l'Institut d'assurance sociale (*Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ZUS*). La durée de la prestation est de 182 jours, 270 jours dans certains cas (tuberculose etc.). Sur la base du salaire minimum, le Comité estime que le niveau minimum des prestations de maladie est suffisant.

Pour les prestations liées aux **accidents de travail et maladies professionnelles**, MISSOC indique que le salarié a droit à 100 % du salaire, versé pour une durée de 6 mois, et jusqu'à 9 mois en cas de tuberculose. Le Comité estime que le niveau de cette prestation est suffisant.

En ce qui concerne la **pension de vieillesse** et la **pension d'invalidité totale**, le Comité relève d'après MISSOC que le montant minimal est de 880.45 PLN (208 €) par mois, soit entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté d'Eurostat. A ce propos, le Comité avait demandé des informations sur les autres prestations disponibles pour les personnes qui perçoivent la pension minimale. D'après MISSOC, une majoration pour soins médicaux de PLN 208,17 (€49) (revalorisé proportionnellement aux pensions) peut être accordée aux personnes bénéficiant d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, entièrement incapables de travailler et ayant besoin de l'aide d'une tierce personne, ou ayant atteint l'âge de 75 ans. En outre, la pension de vieillesse peut être cumulée avec la Rente d'accident du travail ou la Pension de maladie professionnelle. En revanche, la pension d'invalidité ne peut pas être cumulée avec une pension de vieillesse, une pension accordée pour un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou les prestations de chômage. Le Comité demande que le prochain rapport confirme ces informations et apporte d'éventuelles précisions.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961 au motif que le niveau minimum de l'allocation de chômage 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 de la Convention internationale du travail n° 102

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

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 de la Convention n° 102 de l'OIT.

Le Comité note que la Pologne a accepté les parties II, V, VII, VIII et X de ladite Convention.

Le Comité, dans sa dernière conclusion, demandait des réponses aux questions posées par la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) publiées en 2013 (102^e session de la Conférence internationale du travail). Le rapport actuel ne contient pas ces informations, mais renvoie à la préparation en 2016 du rapport au titre de la Convention n° 102 de l'OIT, qui contiendra les réponses aux questions posées.

Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport actuel au sujet des parties de la Convention n° 102 de l'OIT que la Pologne n'a pas ratifiées.

Le Comité relève que la Pologne a remis son rapport au titre de la Convention n° 102 de l'OIT en 2016, et il 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 le traité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne est conforme à l'article 12§2 de la Charte de 1961.

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 Pologne.

Il prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence, en particulier :

- l'extension de certaines prestations de santé aux réfugiés, à leurs familles, aux femmes enceintes ou venant d'accoucher et aux mineurs de 18 ans bénéficiant du statut de réfugiés ou d'une protection supplémentaire (loi du 26 juin 2014) et
- la revalorisation des prestations de retraite et pension (loi du 23 octobre 2014) conformément à l'indicateur de valorisation – le montant minimal de la pension de retraite est passé de 163€ en 2012 à 196€ au 1er janvier 2015, soit environ 20 % de plus, la même revalorisation a été appliquée aux prestations d'invalidité et de survie (ces prestations font l'objet d'une revalorisation annuelle au 1er mars basée sur un taux de revalorisation fixe. Le taux de revalorisation est compris comme un indice moyen annuel des biens de consommation et des services de l'année civile précédente, augmenté d'au moins 20 % de la croissance réelle des revenus moyens mensuels de l'année civile précédente).

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 et réserve entretemps sa position.

Le Comité relève par ailleurs que des changements sont intervenus au cours de la période de référence pour ce qui concerne les prestations de maternité et les prestations familiales. La Pologne ayant ratifié les articles 8 et 16 de la Charte, le Comité appréciera la portée et l'impact desdits changements lorsqu'il se prononcera sur la conformité de la situation au regard de ces articles.

Le Comité rappelle avoir précédemment jugé la situation non conforme à l'article 12§3 (Conclusions XX-2 (2013)) en raison de l'évolution restrictive de la branche du chômage de la sécurité sociale, car la durée de versement de la prestation avait été réduite de 18 à 6 mois (12 dans certains cas). Selon les informations données au Comité gouvernemental (Rapport du Comité gouvernemental relatif aux Conclusions XX-2 (2013)), la réduction de la durée de versement des prestations n'a affecté en réalité que deux groupes de chômeurs, pour lesquels la durée de versement de l'allocation de chômage est passée de 18 à 12 mois, et dans aucun cas de 18 à 6 mois. Les autorités indiquent en outre dans le rapport que la situation n'a pas changé depuis et qu'elles n'envisagent ni l'extension de la période de versement de l'allocation de chômage, ni l'augmentation du montant de cette allocation.

Ayant pris note des précisions apportées par les autorités concernant la réduction de la durée de versement de la prestation de chômage, le Comité demande que le prochain rapport présente des données chiffrées actualisées concernant les résultats obtenus à la suite de ces restrictions. Il demande également que le prochain rapport explique pourquoi la revalorisation de cette prestation pendant la période de référence a été nettement inférieure à celle des prestations de vieillesse, invalidité et survie (presque +15 % pour la prestation chômage, contre environ +20 % pour les autres prestations). Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

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 Pologne.

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 (Conclusions XX-2 (2013)), considéré que la situation était conforme à la Charte de 1961 sur ce point 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, et de l'article 2a de la loi du 13 octobre 1998 relative au système 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 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 relève dans la base de données MISSOC que la Pologne n'applique le critère de résidence de l'enfant qu'aux ressortissants des autres États parties non membres de l'UE ou n'appartenant pas à l'EEE qui résident légalement ou travaillent régulièrement sur le territoire de la Pologne.

Le rapport indique que la Pologne a conclu de nouveaux accords bilatéraux de sécurité sociale avec la République de Moldova et l'Ukraine au cours de la période de référence. Cependant, ces accords ne comportent aucune disposition relative aux prestations familiales. Le rapport indique également que l'Azerbaïdjan a fait part de sa volonté d'ouvrir des négociations en vue de conclure un accord, et que la Pologne a proposé de négocier un tel accord avec la Fédération de Russie. Aucun accord n'est toutefois envisagé avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie et la Géorgie.

Le Comité rappelle qu'en l'absence d'accords bilatéraux, l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres États parties en matière de sécurité sociale doit être garantie par des mesures unilatérales.

À cet égard, le rapport indique que la loi du 28 novembre 2003 relative aux prestations familiales a été modifiée pour étendre son champ d'application à tous les ressortissants étrangers en possession d'un titre de séjour portant la mention « Accès au marché du travail ». Le Comité note, toutefois, que le critère de résidence de l'enfant est toujours applicable aux ressortissants des autres États parties non membres de l'UE ou n'appartenant pas à l'EEE et, partant, que l'égalité de traitement en ce qui concerne l'accès aux prestations familiales n'est toujours pas garantie pour tous les autres États parties. Par conséquent, le Comité considère la situation non conforme à la Charte de 1961 sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle avoir, dans ses conclusions précédentes (Conclusions XIX-2 (2009) et XX-2 (2013)), considéré la situation conforme à la Charte en ce qui concerne l'exportabilité

des pensions et des prestations de maladie et de maternité pour les ressortissants des États parties non couverts par la réglementation communautaire ou par un quelconque accord bilatéral. La situation n'ayant pas changé durant la période de référence, il reconduit sa conclusion de conformité sur ce point.

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

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions XIX-2 (2009) et XX-2 (2013)), le Comité a considéré la situation non conforme à la Charte de 1961 au motif que la totalisation des périodes d'emploi ou d'assurance n'était pas garantie pour les ressortissants de tous les autres États parties.

Le Comité rappelle que pour respecter leurs obligations, les États parties peuvent choisir de conclure soit des accords bilatéraux ou multilatéraux, 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 Pologne a conclu de nouveaux accords avec la République de Moldova et l'Ukraine. Le Comité constate cependant qu'aucun accord n'a été conclu, ni n'est prévu avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie.

S'agissant des mesures unilatérales entreprises par la Pologne, le Comité note d'après le rapport, qu'aucune mesure n'est prévue, de sorte qu'il réitère sa conclusion de non conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte de 1961 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 2 - Non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques

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

Le Comité note que la situation qu'il a précédemment jugée conforme à la Charte (Conclusions XX-2 (2013)) n'a pas changé. Il réitère sa conclusion de conformité et demande que le prochain rapport contienne des informations à jour.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne est conforme à l'article 13§2 de la Charte de 1961.

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 Pologne.

D'après le rapport, la loi du 5 août 2015 portant modification de la loi du 12 mars 2014 sur l'assistance sociale permet aux communes (*gminy*) de mener une action sociale sur la base d'un projet social. Celui-ci consiste en un ensemble d'activités visant à améliorer la situation des personnes, des familles et des groupes exposés au risque de pauvreté, de marginalisation et d'exclusion sociale. Le développement et la mise en œuvre des projets font partie des obligations des communes. Le Comité note que des programmes d'assistance sociale en faveur des familles défavorisées sont mis en œuvre dans le cadre de la politique sociale, qui prévoit des aides financières pour les communes qui fournissent une aide sociale en espèces et en nature.

Le Comité prend également note du Programme national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale à l'horizon 2020 adopté par le Conseil des ministres le 12 août 2014. Ce Programme poursuit cinq objectifs opérationnels, dont la prévention (faire en sorte que les familles avec enfants aient accès à des services sociaux de qualité), la facilitation de l'intégration sociale et de l'épanouissement de la famille, l'accès garanti à des logements sociaux, etc. Les activités sont financées par le budget de l'État, les budgets des collectivités locales, ainsi que par des fonds privés et européens, en particulier le Fonds social européen.

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 contienne 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 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 Pologne.

Organisation des services sociaux

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé une description de l'organisation et du fonctionnement des services sociaux polonais. Etant donné le temps écoulé depuis la première description, il a demandé que le rapport suivant procède à une nouvelle description mettant à jour ou confirmant la situation, le cas échéant.

Selon le rapport, aucune évolution fondamentale n'est intervenue dans l'organisation de l'assistance sociale ; les solutions qu'offre la loi relative à l'assistance sociale demeurent valables. Compte tenu du temps écoulé depuis la première description, le Comité réitère sa demande de recevoir dans le prochain rapport l'information sur l'organisation et le fonctionnement des services sociaux en Pologne. Le Comité souligne que, si cette information ne figure pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte de 1961.

Le rapport fait état de l'entrée en vigueur le 17 avril 2012, d'un nouveau règlement émanant du Ministre du Travail et de la Politique Sociale relatif à la spécialisation des travailleurs sociaux. Un programme de formations spécialisées a été mis en place ; il porte sur la constitution de la commission centrale et des commissions régionales, sur l'agrément requis pour dispenser de telles formations, sur les titres attestant de qualifications spécialisées, ainsi que sur les modalités de contrôle des organismes de formation et des commissions régionales. De plus, les modifications apportées les 18 mars 2011 et 5 août 2015 à la loi relative à l'assistance sociale posent les fondements juridiques de l'encadrement de l'action sociale et définissent les conditions d'obtention du titre de superviseur et les types d'organismes admis à dispenser une formation.

Selon le rapport, plus de 10 000 travailleurs sociaux ont pris part, entre 2011 et 2015, à des projets financés par le Fonds social européen dans le cadre du Programme opérationnel sectoriel pour le développement des ressources humaines 2007 – 2013, dont l'objectif était de renforcer les compétences professionnelles. Les travailleurs sociaux, notamment ceux en contact direct avec les usagers, ont suivi des formations spécialisées, des cours de troisième cycle, ainsi que des modules plus particulièrement axés sur la prévention des violences en milieu familial. Les formations spécialisées destinées aux travailleurs sociaux et les cours dispensés aux étudiants désireux de se lancer dans l'action sociale sont organisés dans le cadre du Programme opérationnel 2014 – 2020 intitulé « Savoir – Education – Développement ».

Le rapport indique qu'en décembre 2015, le Ministère de la Famille, du Travail et de la Politique Sociale a entrepris de mener à bien le projet intitulé « Rationalisation de l'organisation de l'assistance sociale par des activités axées sur une amélioration du service client ». Quelque 200 centres d'aide sociale bénéficieront dans ce contexte d'un soutien actif. Il sera procédé à une restructuration de l'entité chargée de ces questions afin d'établir une distinction entre, d'une part, les tâches administratives des centres d'aide sociale et, d'autre part, l'action sociale et les services sociaux, ce qui permettra d'améliorer les services offerts aux usagers qui se tournent vers ces centres pour surmonter une situation difficile. Les solutions mises en œuvre devraient exploiter au mieux les qualifications et compétences des travailleurs sociaux ; elles devraient aussi concourir à ménager une part plus grande à l'action sociale dans les activités des centres précités et accroître l'efficacité des services sociaux.

Accès égal et effectif

Lors de l'examen de l'égalité d'accès aux services sociaux, le Comité avait, dans ses trois dernières conclusions (Conclusions XVI-2(2003), XIX-2(2009) et XX-2(2013)), jugé la situation non conforme en raison de l'existence d'une condition de durée de résidence excessive, à savoir cinq années de résidence ininterrompue. Le rapport indique qu'aucun amendement n'a été apporté à la Loi sur l'assistance sociale pendant la période de référence et que la modification visant à étendre le champ d'application personnel de ses dispositions n'est pas prévue. Le Comité réitère donc sa conclusion de non-conformité.

Par ailleurs, le Comité rappelle que les usagers doivent disposer de moyens pour faire valoir leurs griefs et pouvoir saisir une instance indépendante dans les cas urgents de discrimination et d'atteinte à la dignité humaine. Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé quelles étaient les voies de recours possibles en pareil cas. Selon le rapport, les personnes qui demandent à bénéficier d'une assistance sociale peuvent faire valoir ses droits devant une instance administrative en cas de discrimination ou de violation de leur dignité, conformément aux principes généraux, et ce au même titre que tous les citoyens polonais ; elles pourront saisir les institutions désignées à cette fin (juridictions de droit commun, Médiateur).

Qualité des services

S'agissant de l'avancement des mesures visant à mieux répartir les services sociaux au plan régional, le rapport indique que le projet « Définition et élaboration de normes en matière d'assistance sociale et d'insertion sociale » mis en œuvre dans le cadre du Programme opérationnel sectoriel pour le développement des ressources humaines 2007 – 2013, financé par le Fonds social européen, a permis de mettre au point un certain nombre de modèles destinés à répondre aux besoins spécifiques de certains districts (powiat, gmina) ou de certaines catégories de population (services à domicile pour les personnes âgées, modèles de prise en charge sociale des personnes handicapées et de leur famille, y compris pour les personnes atteintes de troubles mentaux, modèles de prise en charge sociale des familles touchées par des problèmes de violence). Les modèles et normes issus de ce projet ont été communiqués aux organismes de protection sociale et aux administrations locales sous la forme de conseils, recommandations ou directives sur lesquels s'appuiera le Ministère de la Famille, du Travail et de la Politique Sociale pour engager de nouvelles réformes de l'assistance sociale.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations détaillées sur les mesures et politiques concernant la qualité des services.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des données chiffrées quant au montant total des dépenses consacrées aux services sociaux et à l'assistance sociale. Selon le rapport, il n'est pas possible de déterminer le montant total des dépenses nécessaires au maintien du système d'assistance sociale, étant donné que celui-ci est financé par l'Etat et les collectivités, et qu'aucune procédure n'a été mise en place pour recueillir les données qui permettraient d'établir le montant total des dépenses. Le rapport contient en revanche des données chiffrées, statistiques et autres informations pertinentes, portant sur l'accès effectif aux services sociaux (nombre total de bénéficiaires, nombre de bénéficiaires par catégorie de services, nombre et répartition géographique des services sociaux, effectifs et qualifications).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961 au motif que l'accès aux services sociaux pour les ressortissants des autres Etats parties est subordonné à une condition de durée de résidence excessive.

**CONCLUSIONS AU SUJET DE CONCLUSIONS DE NON-
CONFORMITE EN RAISON D'UN MANQUE REPETE
D'INFORMATIONS DANS LES CONCLUSIONS XX-4 (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 1196^e 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 XX-4 (2015).

En ce qui concerne l'article 16, le Comité avait conclu qu'il n'était pas établi :

- que les familles aient accès à un logement d'un niveau suffisant ;
- qu'un nombre significatif de familles ait droit à des prestations familiales.

Accès au logement d'un niveau suffisant

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

En ce qui concerne la disponibilité de logements décents pour les familles, le rapport ne contient aucune information ni sur le nombre de familles en attente d'un logement ni sur le caractère adéquat des logements. Par conséquent, le Comité renouvelle sa conclusion de non-conformité pour manque répété d'information.

En ce qui concerne les garanties procédurales, le rapport indique qu'une décision de refus d'attribution d'un logement social constitue un acte de droit de l'autorité locale qui, selon la loi sur les collectivités communales du 8 mars 1990, est susceptible, à la suite d'une mise en demeure infructueuse, d'être attaquée devant un tribunal administratif. Le Comité conclut que la situation est conforme sur ce point.

Nombre de familles ayant droit à des allocations familiales

Le rapport ne contient aucune information concernant les allocations familiales. Toutefois, la Loi sur les prestations familiales (*Ustawa o świadczeniach rodzinnych*) du 28 novembre 2003, a été complétée par la Loi sur l'aide étatique pour l'éducation des enfants (*Ustawa o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci*) du 11 février 2016.

Cette loi modifie en profondeur le système des allocations familiales dans un but d'encouragement de la natalité. Le Comité l'étudiera en détail lors du prochain cycle de contrôle relatif à l'article 16. Il demande que le prochain rapport contienne des informations précises sur le nouveau système et sa mise en œuvre.

Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi que les familles aient accès à un logement d'un niveau suffisant.

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 1196^e 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 XX-4 (2015).

Le Comité prend note des informations fournies par la Pologne en réponse à la conclusion selon laquelle il n'avait pas été établi que des mesures appropriées aient été prises pour faciliter le départ, le voyage et l'accueil des travailleurs migrants.

Les informations figurant dans le rapport ne concernent que l'accueil des étrangers. En raison de la politique migratoire, l'accueil d'étrangers est particulièrement limité.

Des services d'assistance en ligne fonctionnent dans les principaux pays d'origine des migrants – en Ukraine ainsi que dans deux Etats non parties à la Charte – le Belarus et le Vietnam. En outre, un portail d'information pour les migrants (www.migrant.info.pl) fournit des informations notamment sur l'entrée et le séjour en Pologne, l'emploi et l'activité non salariée, l'arrivée de conjoint, le système fiscal et le logement. Le portail contient, de plus, des conseils pratiques sur la vie quotidienne en Pologne, tels que le coût de la vie, le système éducatif, les soins de santé. Le site est disponible en polonais, anglais, français, russe, ukrainien, arménien, ainsi qu'en chinois et vietnamien.

En outre, dans le cadre du projet « Les droits des migrants en pratique 2 » (mis en œuvre en juillet 2014), il existe un service d'assistance en ligne qui offre des consultations par téléphone et par e-mail.

Au vu des informations disponibles, le Comité considère que les obligations résultant de l'article 19§2 sont remplies. Il demande toutefois que le prochain rapport confirme que des services équivalents existent pour les Polonais souhaitant émigrer.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Pologne est conforme à l'article 19§2 de la Charte de 1961.



janvier 2018

Charte sociale européenne de 1961

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXI-2 (2017)

ESPAGNE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne l'Espagne qui a ratifié la Charte de 1961 le 6 juin 1980. L'échéance pour remettre le 29e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et l'Espagne l'a présenté le 19 octobre 2016. Le Comité a reçu, le 3 octobre 2017, des observations de *Galician Union Confederation* (GIC) exprimant son point de vue sur l'application des articles 3, 11, 12, 13, 14 et l'article 4 du Protocole additionnel de 1988. Les commentaires du gouvernement sur les observations de *Galician Unions' Confederation* ont été enregistrés le 8 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 l'hygiène dans le travail (article 3),
- droit à la protection de la santé (article 11),
- droit à la sécurité sociale (article 12),
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13),
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14),
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 4 du Protocole additionnel).

L'Espagne a accepté tous les articles du groupe ci-dessus.

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

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

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

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

En ce qui concerne la situation relative aux articles 3§3 et l'article 4 du Protocole additionnel de 1988, 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'Espagne en vertu de la Charte de 1961. 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

La loi 3/2012 du 6 juillet 2012 sur des mesures urgentes pour la réforme du marché du travail a été adoptée. D'après le rapport, l'article 13 de la loi définit le « travail à distance » comme celui où la prestation de l'activité du travail est effectuée d'une façon prépondérante dans le domicile du travailleur ou dans le lieu librement choisi par celui-ci, d'une façon alternative à son développement avec présence physique dans le centre de travail de l'entreprise. La loi reconnaît que les travailleurs à distance ont droit à une protection appropriée en matière de sécurité et de santé.

Article 3§2

- La nouvelle loi 23/2015 du 21 juillet 2015 sur la réglementation de l'Inspection du Travail et du Système de la Sécurité Sociale (ITSS) qui abroge et remplace la loi n° 42/1997 du 14 novembre 1997. La nouvelle loi comporte plusieurs nouveautés : l'attribution de nouvelles compétences au Service des sous-inspecteurs en matière de prévention des risques du travail ; la création d'un organe d'inspection du travail et de sécurité sociale en tant qu'organe autonome de l'administration nationale de l'Etat ou de la réglementation d'un organisme national de lutte contre le travail non déclaré, l'emploi illégal et la fraude à la sécurité sociale en tant qu'organe spécialisé de l'ITSS. En outre, la loi réglemente les fonctions et pouvoirs de l'ITSS, son champ d'action, son organisation et sa collaboration avec d'autres institutions. Elle reconnaît

expressément la protection du personnel, notamment contre les actes de violence, contrainte, menace ou influence illicite qui sont en charge des inspecteurs et des sous-inspecteurs ;

- Le nouveau Service de Sous-inspecteurs du travail, de sécurité sociale et de santé au travail permet de renforcer les fonctions de l'ITSS en matière de la surveillance et contrôle d'application de la réglementation en matière de prévention de risques professionnelles. Particulièrement, ce Service est chargé en matière de constatations ou vérifications de l'application de la réglementation qui implique directement les conditions matérielles de travail (les situations de sécurité, santé et hygiène au travail), des actions préventives en fonction de l'analyse du taux d'accidents de travail ; d'information et d'assistance aux entreprises et travailleurs.

Article 12§3

- L'intégration dans le régime général de la sécurité sociale du régime spécial concernant les employés de maison et du régime spécial agricole (loi 27/2011 du 1er août 2011, loi 28/2011 du 22 septembre 2011, Décret-loi Royal 29/2012 du 28 décembre 2012)), ainsi que des ministres du culte des églises appartenant à la Fédération d'Entité religieuses Evangéliques d'Espagne (Décret Royal 839/2015 du 21 septembre 2015, donnant effet à l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 3 avril 2012, définitif le 3 juillet 2012, dans affaire Manzanos Martín, requête n° 17966/10) ;
- L'adoption de mesures permettant, sous certaines conditions, de cumuler la perception d'une pension de retraite avec certaines activités professionnelles (Décret-loi Royal 5/2013 du 15 mars 2013) ;
- Des mesures en faveur des travailleurs indépendants, incluant des réductions et ristournes sur leurs cotisations (Décret-loi Royal 4/2013 du 22 février 2013 ; Loi 14/2013 du 27 septembre 2013 ; Loi 25/2015 du 28 juillet 2015) ;
- Des réductions de cotisations patronales dans le cadre de mesures visant à inciter la création d'entreprise et l'emploi des jeunes (Loi 11/2013 du 26 juillet 2013), ainsi que l'employabilité des travailleurs en général (Décret-loi Royal 16/2013 du 20 décembre 2013 ; Décret Royal 3/2014 du 28 février 2014 ; Décret-loi Royal 8/2014 du 4 juillet 2014 ; Décret Royal 637/2014 du 25 juillet 2014) ;
- Des mesures de protection des travailleurs à temps partiel (Décret-loi Royal 11/2012, du 2 août 2012 ; Loi 1/2014 du 28 février 2014) ;
- La réglementation d'une convention spéciale pour les personnes handicapées (Décret Royal 1567/2013 du 1er mars 2013).

* * *

*

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 de la famille à une protection sociale, juridique et économique (article 16),
- 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 – regroupement familial (article 19§6).

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

- 3 conclusions de conformité : Articles 7§5, 16 et 19§1,
- 2 conclusions de non-conformité : Articles 19§3 et 19§6.

* * *

*

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 2 du Protocole additionnel),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 3 du Protocole additionnel).

Le rapport devra aussi contenir les informations demandées par le Comité dans les Conclusions XXI-1 (2016) au sujet des conclusions de non-conformité en raison d'un manque répété d'informations :

- droit à la formation professionnelle – promotion de la formation technique et professionnelle ; accès à l'enseignement technique supérieur et à l'enseignement universitaire (article 10§1),
- 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. Le rapport a été enregistré le 30 octobre 2017. Les conclusions relatives aux articles concernés seront publiés 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 - Règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-2 1961 RESC)

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne.

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

Le rapport dresse la liste des textes réglementaires spécifiques adoptés durant la période de référence. Ils portent notamment sur les dispositions minimales de sécurité et de santé au travail à bord de bateaux de pêche ; la sous-traitance dans le secteur du bâtiment ; la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à agents cancérogènes pendant le travail ; la protection de la santé et de la sécurité contre les risques liés aux agents chimiques pendant le travail ; la violence au travail ; le cadre de maladies professionnelles dans le système de la sécurité sociale, les critères pour leur notification et enregistrement ; les niveaux de bruit à bord des bateaux. Le rapport fait état d'un nombre significatif d'instruments juridiques (lois, décrets, arrêtés, résolutions), adoptés par différentes autorités au cours de la période de référence, se référant aussi, de manière directe ou indirecte, aux thèmes de la sécurité et de l'hygiène au travail.

Le rapport indique que la Stratégie nationale de la Sécurité et la Santé au travail 2015-2020 a été adoptée par un accord du Conseil des Ministres du 24 avril 2015. Elle est structurée en trois plans d'actions biennaux à partir du 2015 et vise en particulier à réduire de façon significative le nombre d'accidents du travail, des maladies professionnelles ainsi que des dommages liés au travail. Cette stratégie est présentée comme l'instrument devant servir d'un cadre de référence des politiques publiques en matière de sécurité et de santé au travail jusqu'à 2020 et orienter les actions des institutions compétentes en la matière.

Au cours de la période de référence de nombreuses résolutions, fruits de la négociation collective entre les représentants des employeurs et des travailleurs, ont été approuvées ; elles se réfèrent entre autres, aux thèmes de la sécurité et hygiène au travail par rapport aux nombreux secteurs d'activités économiques et commerciales du pays (secteur du métal, du bâtiment, du bois, du meuble, des fabricants de gypses, plâtres, chaux, de dérivés du ciment ; industrie chimique, du verre, céramique, etc.).

Le rapport indique également que la Convention de l'OIT n°155 concernant la sécurité et la santé des travailleurs a été ratifiée et la Directive 89/391/CEE a été transposée à l'ordre juridique espagnol.

Le Comité souligne qu'en vertu des dispositions de l'article 3§1 de la Charte de 1961, 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§1 de la Charte de 1961, Conclusions XX-2 (2013)). Dans ce cadre, le rapport indique l'adoption de la Résolution du 26 novembre 2015 du Ministère des Administrations publiques, qui publie l'accord du Conseil des ministres du 20 novembre 2015, portant approbation du Protocole d'action contre la violence au travail dans l'Administration générale de l'État et les organismes publics liés ou dépendants. Ce Protocole a fait l'objet de négociations au sein de la Commission technique de prévention de Risques Professionnels.

Le Comité considère que la situation de l'Espagne continue de satisfaire à l'obligation générale prévue à l'article 3§1.

Niveaux de prévention et de protection

Protection contre les agents et substances 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 transposé en droit interne par le Décret Royal 598/2015 du 3 juillet 2015.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations sur le contenu des mesures à l'issue de la ratification de la Convention n° 136 de l'OIT sur le benzène. En réponse, le rapport indique que les mesures comprises sont envisagées dans la législation espagnole (loi 31/1995 de prévention de risques professionnels, décret royal 39/1997 en vertu duquel le Règlement des services de prévention a été adopté ; décret royal 665/1997 sur la protection des travailleurs contre les risques concernant l'exposition à des agents cancérigènes et mutagènes pendant le travail). Quant à la restriction d'utilisation de produits avec un contenu en benzène, le rapport précise que les mesures sont recueillies 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). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les catégories de travailleurs qui réalisent les travaux figurant dans l'annexe susmentionnée.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a conclu que la situation de l'Espagne concernant le cadre juridique relatif à la protection des travailleurs contre l'amiante était conforme à l'article 3§1.

Le rapport présente le Programme national de surveillance de la santé des travailleurs exposés à l'amiante adopté par un accord commun en 2013, en indiquant qu'une évaluation portant sur les cinq dernières années a été réalisée. Le programme est composé des activités suivantes : élaborer et faciliter les procédures d'accès aux examens de santé post exposition à l'amiante ; appliquer le Protocole de surveillance sanitaire spécifique adopté ; établir la suite de la surveillance de la santé post exposition ; favoriser la reconnaissance médico-légale des maladies découlant de l'exposition à l'amiante et évaluer le programme de surveillance de la santé. Le rapport présente également le document d'évaluation de ce programme daté de 2014.

Le Comité demande que le prochain rapport indique s'il est envisagé de réviser le décret royal n° 396/2006 du 31 mars 2006 qui fixe les dispositions minimales en matière de sécurité et de santé applicable aux travailleurs courant le risque d'une exposition à l'amiante suite à l'expérience acquise et l'état actuel des connaissances, notamment les résultats de l'évolution du programme susmentionné.

Le Comité prend note des observations formulées par la Confédération syndicale des commissions ouvrières (CCOO) à la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'Organisation Internationale du Travail (CEACR OIT) où il a été indiqué que les résultats du « Programme de surveillance de la santé des travailleurs exposés à l'amiante » montrent que toute une série de maladies professionnelles ont été diagnostiquées.

Le Comité demande que le rapport fournisse des informations concernant 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 qui abroge la directive 83/477/CEE, notamment si les valeurs limites prévues par la directive sont effectivement en vigueur et respectées.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des précisions sur les modifications apportées par le décret royal n° 1439/2010 au règlement

relatif à la protection contre les radiations ionisantes adopté aux termes du décret royal n° 738/2001. Le rapport ne contient pas les informations demandées, le Comité réitère sa demande.

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 rappelle qu'aux termes de l'article 3§1 de la Charte de 1961, les Etats Parties doivent couvrir de façon spécifique la plupart des risques énumérés dans l'Observation interprétative de l'article 3, Conclusions XIV-2 (1998), en passant en revue les mesures prises par les autorités publiques pour protéger les travailleurs contre le stress, les agressions et la violence propres aux tâches effectuées dans les rapports atypiques de travail (Observation interprétative de l'article 3§1, Conclusions XX-2). Selon le rapport, ledit Protocole d'action contre la violence au travail dans l'Administration générale de l'Etat et les organismes publics liés ou dépendants est envisagé comme un outil d'usage commun dans l'ensembles de l'Administration Générale de l'Etat pour la prévention et l'action face aux cas d'agression liés au travail, sans préjudice de son adaptation aux caractéristiques et problématiques spécifiques de chaque Département ou organisme, en fonction du type d'activité effectué. Le rapport note également que les diverses actions et mesures visées au Protocole seront effectuées. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les mesures prises en vertu de ce Protocole ainsi que sur les mesures prises pour protéger les travailleurs contre le stress, les agressions et la violence au travail dans le secteur privé.

Travailleurs temporaires

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a conclu que la situation de l'Espagne concernant le cadre juridique relatif à la protection des travailleurs temporaires était conforme à l'article 3§1. Le présent rapport ne contenant pas d'information supplémentaire, le Comité comprend que la situation n'a pas changé. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et à jour sur ce point.

Autres catégories de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a conclu que la situation de l'Espagne concernant le cadre juridique relatif à la protection des travailleurs indépendants était conforme à l'article 3§1. Le présent rapport ne contenant pas d'information supplémentaire, le Comité comprend que la situation n'a pas changé. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et à jour sur ce point.

Le Comité note que la loi 3/2012 du 6 juillet 2012 sur des mesures urgentes pour la réforme du marché du travail a été adaptée. D'après le rapport, l'article 13 de la loi définit le « travail à distance » comme celui où la prestation de l'activité du travail est effectuée d'une façon prépondérante dans le domicile du travailleur ou dans le lieu librement choisi par celui-ci, d'une façon alternative à son développement avec présence physique dans le centre de travail de l'entreprise. La loi reconnaît que les travailleurs à distance ont droit à une protection appropriée en matière de sécurité et de santé. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les conséquences dans le secteur précaire.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961.

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

Paragraphe 2 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-3 1961 RESC)

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a réservé sa position sur ce point et demandé un tableau récapitulatif complet des données relatives aux accidents graves et aux accidents mortels. En réponse, le rapport indique que le nombre total d'accidents au travail est passé de 408 537 en 2012 à 424 625 en 2014. Cette augmentation concerne notamment le secteur de l'agriculture (25 358 en 2012 et 30 250 en 2014) et des services (243 210 en 2012 et 264 144 en 2014). En ce qui concerne les accidents graves, le nombre total de victimes a diminué (sauf le secteur de l'agriculture) de 3 738 en 2012 à 3 329 en 2014, tandis que le nombre total de victimes d'accidents mortels a augmenté de 452 en 2012 à 467 en 2014 (cela ne concerne pas le secteur de l'industrie et des bâtiments).

Le rapport indique également le taux d'incidence des accidents exprimé en nombre d'accidents par 100 000 travailleurs. Le taux d'incidence des accidents est passé de 2 948,9 en 2012 à 3 111,3 en 2014, et le taux d'incidence des accidents mortels est passé de 3,26 en 2012 à 3,42 en 2014.

Selon les données chiffrées de l'EUROSTAT, en 2014, 387 439 accidents du travail non mortels ayant occasionné au moins quatre jours civils d'absence ont été enregistré en Espagne et le nombre d'accidents mortels s'est élevé à 280. Le taux d'incidence standardisé d'accidents du travail non mortel pour 100 000 travailleurs était de 3 220,41 en 2014. A ce propos, le Comité note que la moyenne dans les pays de l'Union européenne (UE-28) était de 1 642,09 en 2014. En ce qui concerne les accidents du travail mortels, le taux d'incidence standardisé était de 3,11 en 2014 (la moyenne des autres pays de l'UE-28 était de 2,32 en 2014).

Le Comité constate qu'au cours de la période de référence les taux d'incidence standardisés des accidents non mortels et mortels ont augmenté. Ces taux demeurent élevés et supérieurs à la moyenne des autres pays de l'Union européenne. Le Comité contrôle le respect effectif du droit consacré à l'article 3 sous le paragraphe 2 de cette disposition et considère à cet égard que la fréquence des accidents du travail et son évolution sont déterminantes. Or, il considère que la fréquence des accidents est trop élevée pour considérer que l'exercice de ce droit est assuré.

Le Comité constate que le rapport ne fournit pas de données chiffrées pertinentes 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 note, d'après les données chiffrées de l'EUROGIP (un organisme français créé en 1991 pour étudier les questions relatives à l'assurance et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles au plan international, et plus particulièrement européen), ventilées par secteurs, que le nombre de maladies professionnelles est passé de 15 711 en 2012 à 19 138 en 2015. Les causes de ces maladies étaient les suivantes : agents chimiques, agents physiques, agents biologiques, inhalation d'autres substances et agents, maladie de la peau causées par d'autres substances et agents, agents cancérigènes. Le Comité invite les autorités à faire part de leurs observations à ce sujet dans le prochain rapport. Il demande également 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 rappelle qu'aux termes de l'article 3§2 de la Charte de 1961, 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§2, Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique l'adoption de la nouvelle loi 23/2015 du 21 juillet 2015 sur la réglementation de l'Inspection du Travail et du Système de la Sécurité Sociale (ITSS) qui abroge et remplace la loi n° 42/1997 du 14 novembre 1997. La nouvelle loi comporte plusieurs nouveautés : l'attribution de nouvelles compétences au Service des sous-inspecteurs en matière de prévention des risques du travail ; la création d'un organe d'inspection du travail et de sécurité sociale en tant qu'organe autonome de l'administration nationale de l'Etat ou de la réglementation d'un organisme national de lutte contre le travail non déclaré, l'emploi illégal et la fraude à la sécurité sociale en tant qu'organe spécialisé de l'ITSS. En outre, la loi régleme les fonctions et pouvoirs de l'ITSS, son champ d'action, son organisation et sa collaboration avec d'autres institutions. Elle reconnaît expressément la protection du personnel, notamment contre les actes de violence, contrainte, menace ou influence illicite qui sont en charge des inspecteurs et des sous-inspecteurs.

Le rapport indique que le nouveau Service de Sous-inspecteurs du travail, de sécurité sociale et de santé au travail permet de renforcer les fonctions de l'ITSS en matière de la surveillance et contrôle d'application de la réglementation en matière de prévention de risques professionnels. Particulièrement, ce Service est chargé en matière de constatations ou vérifications de l'application de la réglementation qui implique directement les conditions matérielles de travail (les situations de sécurité, santé et hygiène au travail), des actions préventives en fonction de l'analyse du taux d'accidents de travail ; d'information et d'assistance aux entreprises et travailleurs.

La loi 13/2012 du 26 septembre 2012 sur la lutte contre l'emploi irrégulier et la fraude dans la sécurité sociale a introduit des changements dans la loi sur les infractions et sanctions dans l'ordre sociale (décret-loi royal 5/2000). Le Comité demande que le prochain rapport précise si cette loi a également provoqué des changements dans le fonctionnement de l'ITSS/ dans le travail des inspecteurs et des sous-inspecteurs.

Le rapport indique que la Stratégie nationale de Sécurité et de Santé au travail 2015-2020 a pour but, entre autres, de renforcer les institutions compétentes en matière de prévention des risques professionnels et notamment l'ITSS. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les résultats obtenus.

Le rapport indique que le nombre total d'inspecteurs de l'ITSS est passé de 959 en 2012 à 981 en 2014, tandis que le nombre de Sous-inspecteurs de 912 en 2012 à 861 en 2014. Selon les données publiées par ILOSTAT, le nombre d'employés de l'ITSS est passé de 1 879 en 2012 à 1 816 en 2014. Le Comité demande que le prochain rapport explique pourquoi le nombre d'employés de l'ITSS indiqué dans le rapport et par ILOSTAT est différent. Il demande également le pourcentage de travailleurs couverts par les visites de contrôle effectuées dans chaque branche d'activité.

Concernant la période de référence, le rapport fournit des informations détaillées sur le nombre de visites de contrôle effectuées en matière de prévention de risques professionnels (93 305 en 2012 – 69 928 en 2015) ; le nombre d'interventions faisant suite aux visites (379 395 en 2012 – 317 431 en 2015) ; le nombre d'infractions relevées (15 983 en 2012 – 14 483 en 2015) ; le montant de sanctions proposées (46 595 014,76 € en 2012 – 40 215 142,77 € en 2015) ; les travailleurs affectés par les infractions (84 266 en 2012 – 185 702 en 2015) ; le nombre d'enquête sur les accidents (9 244 en 2012 – 8 796 en 2015) ; le nombre d'infractions constatées dans les accidents susmentionnés (2 809 en 2012 – 2 822 en

2015). En 2015, ces services ont adressé 104 818 mises en demeure exigeant une amélioration de la situation (112 637 en 2012) et ont prononcé 153 injonctions de cessation d'activité (paralysations, 197 en 2012).

Le Comité prend note des informations détaillées concernant la diminution des activités des services d'inspection du travail lors du cycle d'examen précédent, notamment le fait que dans les données chiffrées sont incluses uniquement les visites d'inspection effectuées où l'objet principal de la charge de service était celui de la prévention de risques professionnels et non la matière qui ne constituait pas l'objet principal de l'action d'inspection. En outre, le rapport indique d'autres raisons de diminution des activités des services, notamment la situation économique ou spécificité de marché de certains secteurs (bâtiment).

Pour évaluer la conformité de la situation avec ce volet de l'article 3§2 ; le Comité a besoin de savoir quelle est la proportion de travailleurs couverts par les inspections au regard de la main-d'œuvre totale. Il demande par conséquent que le prochain rapport indique la proportion de travailleurs couverts par les inspections et le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'un contrôle d'hygiène et de sécurité au cours des années visées par la période de référence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961 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 3 - Consultation des organisations professionnelles en matière de sécurité et d'hygiène

Le Comité constate que le rapport de l'Espagne ne contient pas d'informations relatives à l'article 3§3 de la Charte.

Le Comité renvoie à sa précédente conclusion (Conclusions XX-2 (2013)) dans laquelle il a décidé que la situation était en conformité avec la Charte. Le Comité demande que le prochain rapport contienne une mise à jour des informations en la matière.

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 l'Espagne.

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) était de 82,8 ans en 2015. Il s'agit de l'une des plus élevées de la région Europe de l'OMS (l'Espagne se classe ainsi juste derrière la Suisse et ses 83,4 ans) et elle a encore augmenté par rapport à la précédente période de référence (81,91 ans en 2009). Selon Eurostat, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 80,6 ans en 2015 pour les 28 pays de l'UE.

Il ressort du rapport que le taux de mortalité infantile a diminué, passant de 3,19 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2010 à 2,7 en 2013. Concernant la mortalité maternelle, le rapport indique que 18 décès ont été enregistrés en 2013, ce qui représente un taux de 4,2 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Le Comité prend note des indicateurs susmentionnés, qui donnent un bon aperçu général de la situation sanitaire de l'Espagne, caractérisée par une espérance de vie élevée et une faible mortalité infantile et maternelle. D'après le rapport, les maladies cardio-vasculaires et le cancer restent les principales causes de décès dans le pays. Le Comité prend également note des statistiques figurant dans le rapport qui font état d'une diminution des taux de mortalité liés à ces causes.

Le Comité relève que, d'après un rapport de l'OCDE, le taux d'obésité des adultes a augmenté en Espagne, passant d'un adulte sur huit (12,6 %) en 2000 à un sur six (16,6 %) en 2013, même s'il reste inférieur à la moyenne de l'OCDE (19 %). Toujours selon ce rapport, le surpoids et l'obésité des enfants ont gagné beaucoup de terrain en Espagne, où environ trois enfants sur 10 (garçons et filles) sont aujourd'hui en surpoids si ce n'est obèses, ce qui constitue un pourcentage supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE. Le Comité demande si des mesures ont été prises pour remédier à ce problème et, le cas échéant, quels ont été leurs résultats.

Accès aux soins de santé

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente pour une description du système de soins de santé (Conclusions XX-2 (2013)).

Le Comité note dans le rapport que, selon un rapport de l'OCDE de 2013, les dépenses de santé en Espagne représentaient 9 % du PIB, ce qui était supérieur à la moyenne de l'OCDE de 8,9 %. Il constate également dans des rapports de l'OCDE que la réduction des dépenses de santé en Espagne ces dernières années a résulté en partie d'une baisse des dépenses pharmaceutiques, les dépenses publiques dans ce domaine reculant de plus de 6 % en termes réels chaque année depuis 2009. Cela fait suite à l'adoption d'une série de mesures visant à réduire le coût public des produits pharmaceutiques, notamment l'instauration en 2010 d'une remise générale applicable à tous les médicaments prescrits par des médecins du système national de santé, une baisse de prix obligatoire sur les génériques et une augmentation en 2012 de la participation financière des bénéficiaires de certains médicaments délivrés sur ordonnance, qui a transféré une partie des dépenses hors du secteur public (c'est-à-dire aux ménages ou à leur assurance complémentaire privée).

Le rapport donne des exemples de réformes en ce sens permises par le décret royal n° 16/2012 du 20 avril 2012 sur les mesures urgentes visant à garantir la durabilité du système national de santé et à améliorer la qualité et la sécurité des soins, notamment l'exonération de paiement pour les chômeurs de longue durée en fin de droits qui payaient 40 % du prix des médicaments avant cet amendement. Les patients atteints d'une grave maladie ou

d'une maladie chronique versent une contribution limitée à 10 % des médicaments et des produits sanitaires, avec un plafond fixé à 4,24 euros à l'heure actuelle. Le Comité prend note de toutes les mesures décrites dans le rapport qui visent à réduire le coût des médicaments pour les patients. Il demande que le prochain rapport donne des informations actualisées sur le niveau des dépenses à la charge des patients en pourcentage des dépenses de santé totales.

Le Comité prend note, dans le rapport, de la description détaillée des stratégies élaborées et des mesures adoptées pendant la période de référence en ce qui concerne, entre autres, la sécurité des patients, les cancers, les cardiopathies ischémiques, la santé mentale, le diabète, l'assistance à l'accouchement, la santé sexuelle et génésique, les maladies chroniques, les maladies rhumatismales et musculo-squelettiques.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a rappelé que le droit à l'accès aux soins de santé exigeait également que les modes d'accès aux soins n'entraînent pas des retards indus dans la fourniture des soins et demandé des informations spécifiques sur le délai d'attente moyen pour bénéficier de soins à l'hôpital, ainsi que pour une première consultation en soins primaires (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que le délai d'attente moyen pour subir une intervention chirurgicale dans le cadre du système national de santé était de 100, 98, 87 et 89 jours respectivement au cours de la période de référence 2012-2015. Le Comité demande à être tenu informé, dans les prochains rapports, du délai d'attente constaté pour bénéficier de soins à l'hôpital ainsi que pour une première consultation en soins primaires.

S'agissant de l'octroi d'une assistance médicale aux ressortissants étrangers en situation irrégulière en Espagne, le Comité a demandé dans sa conclusion précédente des informations sur l'application du décret-loi royal n° 16/2012 du 20 avril 2012 (Conclusions XX-2 (2013)). Au vue de la réponse, le Comité renvoie à sa conclusion sur l'article 13 concernant ce point.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne notamment 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 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

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961.

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'Espagne.

Education et sensibilisation de la population

Concernant l'éducation à la santé en milieu scolaire, le Comité a pris note précédemment d'un Accord Cadre de Collaboration entre le Ministère de l'Éducation et des Sciences et le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et de l'Égalité pour l'Éducation et la Promotion de la Santé à l'École. Il a demandé que le prochain rapport indique comment l'éducation à la santé à l'école est inscrite dans les programmes scolaires (matière à part entière ou intégrée dans d'autres matières) et le contenu de l'éducation à la santé (Conclusions XX-2 (2013)).

Le rapport indique que l'éducation pour la santé (EPS) est comprise d'une façon transversale dans les plans d'étude depuis 1989 et les lois successives d'éducation ont respecté cette inclusion. Il n'y a aucune matière concrète de l'éducation pour la santé, mais on a assemblé méthodologies et matériels dans ce sens depuis plus de 25 ans et on effectue des journées d'échange entre Communautés Autonomes qui rassemblent les secteurs de l'éducation et la santé et qui sont à travailler en coordination dans toutes les Communautés Autonomes et villes autonomes.

Le rapport ajoute que, dans ce cadre, plusieurs actions sont réalisées dans le domaine de la promotion et de la santé, comme par exemple la diffusion des recommandations du « Guide pour gagner en santé à l'école » et des « Critères de qualité pour le développement de programmes et d'actions de promotion et d'éducation pour la santé dans le système éducatif ». Le rapport mentionne aussi d'autres mesures comme le programme « Gagner Santé avec la Jeunesse » destiné à faciliter information et stratégies pour intervenir avec les jeunes en général en trois domaines clé spécifiques : santé sexuelle et reproductive, consommation d'alcool et santé mentale ; la promotion de la santé dans l'environnement universitaire par le Réseau Espagnol d'Universités Saines ; et des mesures concernant l'alimentation saine et éducation nutritionnelle dans les écoles.

Le Comité prend note du rapport des informations concernant les campagnes sur la prévention de l'obésité et l'encouragement de l'alimentation saine, la pratique d'activité physique, habitudes saines (Stratégie NAOS) et sur l'hygiène et la sécurité alimentaire, aussi que des campagnes spécifiques d'information sur des questions comme les drogues, l'alcool, le tabac, les régimes, la sexualité et l'environnement.

Consultation et dépistage des maladies

Le rapport fournit des informations sur le cadre légal et des exemples concrets de programmes de dépistage destinés à la population générale et couverts par le système de santé publique. Ces programmes incluent des services de dépistage des maladies endocrinométaboliques, dépistage du cancer, services d'assistance à la femme (la détection de groupes à risque et diagnostic précoce du cancer gynécologique et du sein), aux enfants et adolescents, aux adultes et aux personnes âgés.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé si des visites médicales gratuites pour les enfants sont organisées tout au long de la scolarité, en précisant quelle est la fréquence des examens médicaux, leurs objectifs, et la proportion d'élèves concernés.

Le rapport indique que les bilans de santé de la population scolaire sont gratuits et sont effectués dans les centres de santé dans un programme dénommé "programme de l'enfant sain" qui est inclus dans le portefeuille commun des services du Système National de la Santé. Le rapport mentionne qu'il y a quelques particularités selon les différentes Communautés Autonomes, c'est-à-dire quelques activités sanitaires des centres

d'enseignement sont intégrées dans un programme spécifique (par exemple le contrôle de l'obésité) comme le Programme Perseo.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 11§2 de la Charte de 1961.

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'Espagne.

Environnement sain

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note de la législation applicable en ce qui concerne l'environnement, en particulier dans les domaines de la qualité de l'air, de la qualité des eaux, des produits chimiques, de la sécurité alimentaire, et les radiations ionisantes et non ionisantes, et a demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les structures institutionnelles pour une mise en œuvre de la législation susmentionnée. Le Comité a aussi 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 l'augmentation ou à la baisse (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport fournit les informations demandées.

Le rapport indique qu'en avril 2013, un Plan National d'Amélioration de la Qualité de l'Air a été adopté, dont l'objectif est d'appliquer les valeurs limites pour les PM10 et le NO2 et de réduire simultanément les précurseurs d'ozone. Le rapport indique qu'il existe un Plan National d'Adaptation au Changement Climatique, qui est le cadre général de référence pour les activités d'évaluation des effets du changement climatique sur la santé. Depuis 2009 l'Observatoire de la Santé et le Changement Climatique (OSCC) a été créé et il coordonne quatre groupes de travail d'experts dans les thématiques de : températures extrêmes, qualité de l'air, qualité de l'eau, et maladies transmissibles. Le Comité note que pendant la période estivale entre les ans 2012 et 2015 on a activé le Plan National d'Actions Préventives des Effets de l'Excès de Températures sur la Santé qui a pour but d'établir les mesures nécessaires pour réduire les effets sur la santé liés aux températures extrêmes et coordonner les institutions de l'Administration de l'État impliqués, par un système de prédiction des températures, surveillance de la mortalité quotidienne et de la mortalité spécifique. Une Commission Interministérielle a été créée pour appliquer ce dernier Plan.

Le Comité prend note des données fournies dans le rapport concernant la qualité des eaux. La qualité de l'eau de consommation est surveillée par le Système d'Information Nationale des Eaux de Consommation – SINAC et la qualité des eaux de bain est surveillée par le Système d'Information Nationale des Eaux de Bain –NAYDE.

Le Comité demande à être tenu informé de tout nouveau développement concernant la qualité de l'air, la qualité des eaux, les produits chimiques, la sécurité alimentaire, et les radiations ionisantes et non ionisantes.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Concernant les tendances en matière de consommation de tabac, le rapport indique qu'une baisse générale est observée dans la prévalence totale de la consommation de tabac chez les adultes, tout en passant de 27 % au 25,4 % entre 2012 et 2014 (avec un 30,4 % chez les hommes et une réduction plus prononcée chez les femmes 20,5 % en 2014 face à 22,8 % en 2011-2012). Quant à l'alcool, le rapport indique qu'on observe une réduction progressive de la consommation per capita et de la consommation quotidienne concernant les repas. Néanmoins, la tendance à boire d'une façon plus intensive parmi ceux qui boivent, notamment chez les plus jeunes, a augmenté.

Le Comité a pris note précédemment de la Stratégie Nationale des Drogues pour la période 2009-2016 et a demandé à être informé de la mise en œuvre de cette Stratégie, et plus précisément de son impact sur la consommation de drogues (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que un Plan d'Action sur les Drogues pour la période 2013-2016 a été adopté, qui fait opérationnelle la Stratégie en 6 domaines d'intervention et 68 actions concrètes. La situation est évaluée tous les deux ans et on établit un rapport ou mémoire

avec les actions effectuées. Le Comité réitère sa question concernant l'impact de ces actions sur la consommation de drogues, en indiquant des données statistiques à cet égard.

Vaccination et surveillance épidémiologique

En répondant à une question précédente du Comité, le rapport fournit des données sur les taux de couverture pour tous les vaccins qui sont inclus dans le Programme national de vaccination pour les enfants, les adolescents et la population plus âgé ou égal à 65 ans, qui montrent des taux de couverture élevés.

En ce qui concerne la prévention des maladies épidémiques, le rapport mentionne que le diagnostic et traitement des maladies transmissibles, comme la tuberculose ou le VIH, est effectué d'une façon gratuite, tout en comprenant aussi les immigrants sans papiers, auxquels on leur facilite l'accès à tous les programmes de Santé Publique et Prévention des Maladies, en comprenant les programmes de vaccination, les programmes de prévention et le contrôle de maladies transmissibles fournis par les gouvernements régionaux.

Le rapport indique qu'on observe qu'on n'a pas aucun changement dans le nombre des cas ni dans la tendance des Maladies de Déclaration Obligatoire. En ce qui concerne les cas de tuberculose, par exemple, le rapport du Centre Européen de Contrôle de Maladies Transmissibles (ECDC) montre une réduction dans le nombre des cas (taux de 17,5 % en 2007 ; 18,1 % en 2008 ; 16,6 % en 2009 ; 15,7 % en 2010 ; 14,7 % en 2011, dernière date de notification). Selon les données du Bulletin Épidémiologique, en 2014 un taux d'incidence de 10,80 %. En ce qui concerne le VIH, le rapport de l'ECDC montre que l'incidence pour VIH reste stable.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

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'Espagne. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires de la Confédération intersyndicale de Galice, enregistrés le 3 octobre 2017, ainsi que de l'addendum au rapport de l'Espagne, en réponse à ces commentaires, transmis le 8 novembre 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 a précédemment relevé (Conclusions XIX-2 (2009)) que le système de sécurité sociale espagnol couvrait 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. Il relève d'après le rapport que les prestations contributives restent financées fondamentalement par des cotisations sociales (salariés, employeurs), tandis que les prestations non contributives sont financées par le budget de l'Etat.

Afin d'évaluer l'étendue de la couverture personnelle effective, le Comité avait demandé (Conclusions XX-2 (2013)) des données chiffrées détaillées, concernant la période de référence, pour chacune des branches de la sécurité sociale. S'agissant des soins médicaux, il avait demandé à connaître le pourcentage de personnes couvertes par rapport à l'ensemble de la population. Pour les prestations servies en remplacement d'un revenu (chômage, maladie, maternité et vieillesse), il avait demandé des informations sur le pourcentage d'assurés par rapport à la population active totale.

En réponse à cette question, le rapport indique que, conformément au Décret-loi Royal 16/2012 du 20 avril 2012, le droit aux soins de santé est universel. Ainsi, ont droit aux soins de santé à charge de la sécurité sociale :

- tous les travailleurs salariés et indépendants rattachés à l'un des régimes du système de sécurité sociale, ainsi que leurs familles ;
- tous les résidents justifiant de ressources insuffisantes (inférieures à 100 000€ par an, pour ceux qui ne travaillent pas) ;
- les bénéficiaires d'une pension du système de sécurité sociale ou de toute autre prestation périodique de sécurité sociale (y compris les prestations de chômage) ainsi que les personnes n'ayant plus droit aux prestations de chômage ou autre prestation analogue, résidant en Espagne, sans emploi, et n'ayant pas la qualité d'assuré à tout autre titre.

D'après des statistiques officielles indiquées dans le rapport, 97,82 % des résidents sont ainsi couverts en matière de soins de santé.

Pour ce qui concerne les prestations servies en remplacement d'un revenu, le rapport indique que le nombre d'actifs s'établissait en 2015 à 22,92 millions personnes (sur une population totale de 46,44 millions de personnes, d'après des données de l'Institut National des Statistiques) et que le nombre de travailleurs affiliés occupés est passé de 16,33 millions en 2012 à 17,18 en 2015. Le Comité prend note des données détaillées figurant dans le rapport concernant le nombre d'affiliés aux différents régimes de sécurité sociale pendant la période de référence, ainsi que le nombre de pensions de retraite. Il demande que le prochain rapport continue de fournir des données sur la couverture personnelle et qu'il précise si ces données concernent les différentes branches de la sécurité sociale.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté équivalait à 13352€ en 2015, soit 1112€ mensuels. Ainsi, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté était, sur

base annuelle, de 6672€ et, sur base mensuelle, de 556€. Le seuil de 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 445€ par mois. D'après le rapport, en 2015, le salaire minimum était fixé à 756,60€ par mois.

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions XX-2 (2013)) que le montant minimum des **prestations de maladie** était insuffisant. Les autorités clarifient, dans le rapport, que la prestation pour incapacité temporaire (maladie) n'est pas soumise à un minimum lié au montant national de référence pour les prestations sociales (IPREM), mais correspond à 60 % (du 4e au 20e jour de congé maladie) ou 75 % (à partir du 21e jour) de l'assiette de calcul, qui sera au moins le salaire minimum, dont le montant est supérieur à l'IPREM. Ainsi, pour 2015, l'assiette minimale de cotisation en vigueur était de 756,60€ par mois et la prestation d'incapacité temporaire était de 15,13€ par jour entre le 4e et le 20e jour, et de 19,14€ par jour à partir du 21e jour. Tandis que cette information est contestée par la Confédération intersyndicale de Galice, les autorités maintiennent dans leur addendum au rapport que les prestations de maladie sont calculées proportionnellement à l'assiette de cotisation. Le Comité note que le niveau minimum des prestations de maladie pendant les vingt premiers jours d'incapacité temporaire tombe entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté, si calculé sur la base du salaire minimum. Le Comité demande par conséquent que le prochain rapport précise si d'autres prestations complémentaires sont versées à une personne percevant le montant minimum des indemnités d'assurance maladie. Il réserve entretemps sa position sur ce point.

En ce qui concerne la pension de **vieillesse**, le Comité renvoie à son évaluation dans le cadre de l'article 4 du Protocole additionnel.

En réponse à la question du Comité concernant les **prestations d'invalidité**, le rapport présente les montants applicables pendant la période de référence. Le Comité relève que la situation est conforme à la Charte de 1961 en ce qui concerne la pension minimale prévue en cas d'incapacité totale d'exercer la profession habituelle (à partir de 60 ans), d'incapacité absolue et de grande invalidité. Le rapport ne précise pas les montants minimums des **prestations relatives aux accidents de travail**, mais le Comité relève d'après les données MISSOC que la prestation correspond à 75 % du salaire. Sachant qu'en 2015 le salaire minimum était 756,70€, le Comité constate que le montant minimal de la prestation (567,52€) est adéquat.

Concernant enfin les **prestations de chômage**, en l'absence d'informations pertinentes dans le rapport, le Comité relève dans la base de données MISSOC (ainsi que dans les commentaires de la Confédération intersyndicale de Galice) que le montant minimum des indemnités de chômage (*prestación por desempleo*) est fixé à 107 % de l'IPREM, pour un chômeur ayant des enfants à charge et à 80 % de l'IPREM pour un chômeur sans charge de famille. Etant donné qu'en 2015, l'IPREM correspondait à 532,51€, le Comité note que le montant minimum des prestations de chômage pour un chômeur sans charge de famille correspondait à 426€, ce qui se situe en dessous de 40 % du revenu médian ajusté. Par conséquent, le Comité considère que ce montant est insuffisant.

Par ailleurs, le Comité demande 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 professionnelles, sans risquer de perdre définitivement ou momentanément leurs allocations de chômage. Il demande également que le prochain rapport indique la durée de versement des prestations de chômage.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961 au motif que le montant des indemnités de chômage versées aux chômeurs sans charge de famille 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 de la Convention internationale du travail n° 102

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne.

Le Comité prend note que l'Espagne a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 8 mars 1994 et en a accepté les parties II – VI, VIII et IX.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2016)17 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par l'Espagne (période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015) que la législation et la pratique de l'Espagne continuent de donner pleinement effet à toutes les Parties acceptées du Code, sous réserve de revoir les conditions relatives au paiement de l'indemnité en cas d'incapacité partielle permanente sous forme de capital versé en une seule fois, conformément à la Partie VI. Ce faisant, l'Espagne maintient un régime de sécurité sociale qui satisfait aux normes de la Convention n° 102 de l'OIT.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 12§2 de la Charte de 1961.

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'Espagne.

Il prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence. A cet égard, le rapport indique un certain nombre d'améliorations, en particulier :

- l'intégration dans le régime général de la sécurité sociale du régime spécial concernant les employés de maison et du régime spécial agraire (loi 27/2011 du 1er août 2011, loi 28/2011 du 22 septembre 2011, Décret-loi Royal 29/2012 du 28 décembre 2012)), ainsi que des ministres du culte des églises appartenant à la Fédération d'Entité religieuses Evangéliques d'Espagne (Décret Royal 839/2015 du 21 septembre 2015, donnant effet à l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 3 avril 2012, définitif le 3 juillet 2012, dans affaire Manzanos Martín, requête n° 17966/10) ;
- l'adoption de mesures permettant, sous certaines conditions, de cumuler la perception d'une pension de retraite avec certaines activités professionnelles (Décret-loi Royal 5/2013 du 15 mars 2013) ;
- des mesures en faveur des travailleurs indépendants, incluant des réductions et ristournes sur leurs cotisations (Décret-loi Royal 4/2013 du 22 février 2013 ; Loi 14/2013 du 27 septembre 2013 ; Loi 25/2015 du 28 juillet 2015) ;
- des réductions de cotisations patronales dans le cadre de mesures visant à inciter la création d'entreprise et l'emploi des jeunes (Loi 11/2013 du 26 juillet 2013), ainsi que l'employabilité des travailleurs en général (Décret-loi Royal 16/2013 du 20 décembre 2013 ; Décret Royal 3/2014 du 28 février 2014 ; Décret-loi Royal 8/2014 du 4 juillet 2014 ; Décret Royal 637/2014 du 25 juillet 2014) ;
- des mesures de protection des travailleurs à temps partiel (Décret-loi Royal 11/2012, du 2 août 2012 ; Loi 1/2014 du 28 février 2014) ;
- la réglementation d'une convention spéciale pour les personnes handicapées (Décret Royal 1567/2013 du 1er mars 2013).

Le rapport indique aussi que la pension de retraite moyenne a augmenté de 3,5 % en 2012, 3,4 % en 2013, 2,1 % en 2014 et 2,2 % en 2015, alors que l'indice des prix à la consommation a évolué de +2,9 % en 2012, de 0,3 % en 2013, de -1 % en 2014 et de 0 % en 2015, ce qui implique une augmentation du pouvoir d'achat des pensions. Le rapport fait état également du nouveau taux de revalorisation introduit en 2014 (le IRP) pour les pensions contributives de la sécurité sociale.

D'autre part, le Comité note l'adoption de certaines mesures restrictives, comme par exemple :

- l'introduction, fin 2012, d'une condition de résidence sur le territoire de l'Espagne pour bénéficier des compléments des pensions de la sécurité sociale (Décret-loi Royal 1716/2012) ;
- l'introduction, à partir de 2019 (hors période de référence), d'un nouveau critère de calcul des pensions (facteur de durabilité), tenant compte de l'augmentation de l'espérance de vie, dans le but de garantir la durabilité financière du système des pensions, ainsi que la suffisance de celles-ci (Loi 23/2013 du 23 décembre 2013) ;
- l'application, depuis 2014, d'un nouveau indice de revalorisation des pensions contributives de la Sécurité sociale, le IRP, d'une valeur comprise entre 0,25 % et l'IPC + 0,50 %, et donc non plus lié à l'évolution de l'inflation ; ainsi, depuis 2014, une revalorisation annuelle de 0,25 % a été appliquée, après une suspension des revalorisations en 2013 (avec cependant des mesures correctives en faveur des pensions les plus modestes) ;

- l'allongement de la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite anticipée ou d'une retraite partielle, respectivement de 33 à 35 ans et de 30 à 33 ans (Décret-loi Royal 5/2013 du 15 mars 2013) ;
- l'introduction de conditions plus restrictives pour bénéficier des prestations de chômage non contributives, après 55 ans (Décret-loi Royal 5/2013 du 15 mars 2013).

D'autres mesures sont mentionnées dans le rapport, dont l'impact en termes de couverture personnelle et montant des prestations n'apparaît pas clair. Le Comité relève notamment d'après le rapport une refonte de la Loi générale de la Sécurité sociale, prenant effet en 2016, hors période de référence (Décret-loi Royal 8/2015 du 30 octobre 2015). Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les modifications apportées, en précisant l'incidence de ces modifications sur le champ d'application personnel ainsi que sur le montant minimum des prestations servies en remplacement d'un revenu. Il rappelle que des informations dans ce sens doivent être systématiquement fournies relativement aux modifications introduites pendant la période de référence afin de permettre l'évaluation de la conformité de la situation à l'article 12§3.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 12§3 de la Charte de 1961.

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'Espagne. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires de la Confédération intersyndicale de Galice, enregistrés le 3 octobre 2017, ainsi que de l'addendum au rapport de l'Espagne, en réponse à ces commentaires, transmis le 8 novembre 2017.

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 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 limitent pas à l'intérieur d'un seul État Membre.

Le Comité rappelle que, en tout état de cause, les États Membres de l'UE ou appartenant à 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'UE 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 n'appartenant pas à l'EEE, le rapport rappelle que l'Espagne a conclu de tels accords avec l'Andorre, la Fédération de Russie et l'Ukraine. Ces accords garantissent l'égalité de traitement, la conservation des avantages acquis et la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi. Le rapport indique également que des négociations sont en cours avec la République de Moldova et la Turquie. Le Comité observe cependant que l'Espagne n'a conclu aucun accord avec l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine, « l'ex-République yougoslave de Macédoine » et la Géorgie, ni n'a prévu de le faire.

S'agissant des mesures unilatérales prises par l'Espagne, le Comité relève dans le rapport que la loi organique n° 4/2000 du 11 janvier 2000 sur les droits et libertés des étrangers en Espagne et leur intégration sociale, en particulier ses articles 10 (1) et 14, garantit le principe d'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants étrangers affiliés au régime de sécurité sociale espagnole.

Le Comité rappelle toutefois avoir considéré, dans ses conclusions précédentes (Conclusions XIX-2 (2009) et XX-2 (2013)), la condition de résidence de dix ans à laquelle est subordonné l'octroi de la pension de vieillesse excessive. Le rapport précise que cela ne signifie pas que l'intéressé doive justifier de dix années de résidence ininterrompue en Espagne.

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).

À cet égard, le Comité note que la pension de vieillesse non contributive est prévu pour les plus de 65 ans qui ne peuvent prétendre à une pension contributive, soit parce qu'ils n'ont pas cotisé, soit parce qu'ils ne peuvent justifier d'une durée minimale d'affiliation au régime contributif. Elle vise à leur garantir des revenus raisonnables durant leur retraite. Le Comité constate que la pension non-contributive de vieillesse en cause constitue une prestation de base.

Selon le rapport, l'admission au bénéfice de la pension est, en principe, soumise à deux conditions : avoir résidé légalement au moins dix années en Espagne entre 16 ans et 65 ans et ne pas disposer de moyens ou de revenus suffisants. Le rapport indique, par ailleurs, que la résidence dans un État partie membre de l'UE ou appartenant à l'EEE est assimilée à une résidence sur le territoire espagnol, conformément au principe de l'assimilation de faits énoncé à l'article 5 b) du règlement (CE) n° 883/2004 et doit, de ce fait, être prise en compte dans la détermination de la condition de résidence. Cependant, ledit principe ne vaut pas pour les ressortissants des autres États parties non membres de l'UE ou n'appartenant pas à l'EEE, de sorte que la législation espagnole impose des conditions plus strictes aux ressortissants des États non membres de l'UE ou n'appartenant pas à l'EEE.

Pour ces raisons, le Comité considère que la condition de « dix années de résidence » applicable aux ressortissants des États parties non membres de l'UE ou n'appartenant pas à l'EEE est excessive et, par conséquent, non conforme à la Charte.

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 la base de données MISSOC que l'Espagne subordonne le versement des prestations familiales à la condition que l'enfant réside sur son territoire.

Le Comité note également dans le rapport qu'aucun accord bilatéral n'a été conclu avec les autres États parties qui appliquent un principe différent (Albanie, Andorre, Arménie et Géorgie), de sorte qu'il réitère sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Le Comité rappelle qu'en l'absence de tout accord bilatéral applicable, l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des États parties doit, en matière de sécurité sociale, être assurée par des mesures unilatérales.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le rapport ne contient pas d'informations sur l'exportabilité des prestations sociales. Le Comité a cependant considéré la situation conforme à la Charte de 1961 dans ses conclusions précédentes (Conclusions XVI-1 (2002) à XX-2 (2013)). La situation étant inchangée, le Comité réitère sa conclusion et demande que chaque rapport fournisse à l'avenir des informations sur l'état de la législation en vigueur ou la pratique

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

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion XX-2 (2013)), demandé si la totalisation des périodes d'assurance et d'emploi est garantie pour les ressortissants des États parties qui ne sont pas membres de l'UE ou parties à l'EEE et non liés par un accord bilatéral avec l'Espagne. Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. Le Comité

demande donc à nouveau que le prochain rapport confirme que le principe est garanti pour les ressortissants des États parties qui ne sont pas membres de l'UE ou parties à l'EEE et non liés par un accord bilatéral avec l'Espagne et, entretemps, réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte de 1961 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 condition de durée de résidence (dix ans) à laquelle est subordonnée l'octroi d'une pension de vieillesse non contributive 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'Espagne. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires de la Confédération intersyndicale de Galice, enregistrés le 3 octobre 2017, ainsi que de l'addendum au rapport de l'Espagne, en réponse à ces commentaires, transmis le 8 novembre 2017.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Assistance sociale

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé la situation non conforme à la Charte aux motifs que :

- l'octroi du revenu minimum était subordonné à une condition de durée de résidence ;
- l'octroi du revenu minimum était subordonné à des critères d'âge (25 ans) ;
- le revenu minimum n'était pas octroyé tant que durait la situation de besoin.

Concernant le premier motif, le Comité relève dans le rapport que la condition de durée de résidence est de douze mois dans la majorité des Communautés autonomes. Cependant, plusieurs Communautés ont entrepris de conclure des accords de réciprocité pour que les personnes qui partent s'installer dans une autre région continuent de recevoir une assistance sociale sans être de nouveau soumises à une condition de durée de résidence. Le Comité comprend qu'aucun changement n'est intervenu au cours de la période de référence pour les personnes qui changent de région et qui perdent temporairement leurs droits aux prestations sociales. Il réitère par conséquent son constat de non-conformité sur ce point.

S'agissant du deuxième motif, le Comité note que, selon le rapport, dans la plupart des Communautés autonomes, le critère d'âge est fixé à 25 ans, sauf circonstances exceptionnelles, notamment lorsque le bénéficiaire a des enfants ou des personnes handicapées à charge. Le Comité considère que la situation qu'il a précédemment jugée contraire à la Charte n'a pas changé et renouvelle donc son constat de non-conformité sur ce point.

Concernant le troisième motif, le Comité relève dans le rapport que, dans la majorité des Communautés autonomes, la durée des prestations est généralement limitée à douze mois. Les Communautés peuvent prévoir de prolonger le versement du salaire minimum aussi longtemps que la situation ouvre droit à la prestation. La durée d'octroi de la prestation peut ainsi être portée à 24 ou 60 mois, voire être illimitée comme c'est le cas en Galice et dans la région de Murcie. Dans trois Communautés autonomes (Asturies, Castille-et-Léon et Madrid), l'octroi de la prestation n'est pas limité dans le temps mais est réexaminé chaque année. D'après le rapport, des efforts sont faits pour mieux interconnecter ces services et l'intégration professionnelle (ce que l'on appelle l'« inclusion active »), et certaines Communautés autonomes envisagent déjà de collaborer directement avec les services de l'emploi. Au Pays basque par exemple, les services sociaux de base et le Lanbide (service pour l'emploi) ont noué des liens de coopération et de coordination depuis 2010 en vue de la préparation, de la conclusion et du suivi des différents processus d'intégration, et ce aux fins d'en garantir la continuité et la cohérence.

Le Comité rappelle que l'assistance sociale doit être octroyée tant que dure la situation de besoin et que, par conséquent, elle ne peut pas être limitée dans le temps. Le droit à l'assistance sociale ne doit être subordonné qu'à des critères de nécessité et la disponibilité de ressources suffisantes doit être le seul critère selon lequel l'assistance peut être refusée, suspendue ou réduite (Espagne, 2006). Le Comité considère que malgré certains développements positifs dans plusieurs Communautés autonomes, la situation n'a pas évolué dans toutes les Communautés puisque l'assistance sociale n'est pas octroyée aussi

longtemps que dure la situation de besoin. Il réitère par conséquent son précédent constat de non-conformité pour ce motif.

Assistance médicale

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que, selon la base de données MISSOC, l'assistance médicale couvre tous les résidents ayant des moyens de subsistance insuffisants et a demandé que des informations à jour figurent dans le prochain rapport à cet égard. Il note qu'en vertu du décret-loi royal n° 16/2012 du 20 avril 2012, le droit aux soins de santé est universel. Les catégories suivantes de personnes sont par conséquent couvertes par le système de santé :

- tous les travailleurs couverts par l'un des systèmes de sécurité sociale et les personnes dont ils ont la charge ;
- tous les résidents qui n'ont pas de ressources suffisantes (moins de 100 000 € par an).

Le Comité note que, selon le rapport, le décret-loi royal n° 16/2012 du 20 avril 2012 et ses règlements d'application apportent de réelles améliorations en termes d'accès aux soins de santé pour les chômeurs de longue durée qui n'ont plus droit à des prestations chômage mais qui perçoivent d'autres formes de revenus, ainsi que pour certaines professions libérales (avocats, ingénieurs, architectes) qui ont été exclues du système de santé publique.

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 note que, selon la base de données MISSOC, l'assistance chômage consiste en une allocation versée aux personnes âgées de plus de 16 ans et n'ayant pas atteint l'âge ordinaire de départ à la retraite (dont les revenus n'excèdent pas 75 % du salaire minimum). Le revenu d'intégration active est versé aux chômeurs âgés de 45 à 65 ans (dont les revenus ne dépassent pas 75 % du salaire minimum). Concernant les montants accordés, l'assistance chômage et le revenu d'intégration active représentent 80 % de l'indicateur public de revenu à effets multiples (IPREM), qui était de 425,60 € en 2015.

Le Comité note que, selon le rapport, le revenu minimum d'intégration est du seul ressort des Communautés autonomes. Selon le rapport, des progrès considérables ont été accomplis en ce qui concerne le cadre législatif des prestations et en particulier la reconnaissance du droit d'accès subjectif à de telles prestations comme garantie de moyens de subsistance minima ou comme instrument d'inclusion sociale. Des prestations sociales de base ont ainsi été mises en place sous des appellations diverses (revenu de base, revenu garanti, etc.) pour les citoyens reconnus dans le nouveau statut d'autonomie de plusieurs communautés autonomes.

D'après le rapport, les conditions à remplir (durée minimum de résidence ou âge minimum, par exemple), la durée d'octroi de la prestation ou son montant peuvent varier d'une Communauté autonome à l'autre. Cependant, toutes ont en commun de s'adresser aux personnes et aux familles qui n'ont pas de ressources financières suffisantes pour faire face à leurs besoins fondamentaux et surmonter leurs difficultés matérielles. Le ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité compile chaque année les principales données liées au revenu minimum d'intégration sous la forme de rapports.

Le Comité note qu'en 2014 le montant du revenu minimum allait de 300 € à 665,90 €.

- Prestations complémentaires : le Comité relève que le rapport ne répond pas à sa question concernant les prestations complémentaires régulières ouvertes à toutes les personnes démunies, en plus du revenu minimum garanti. Le Comité réitère sa question.
- 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 552 € en 2014. Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale pour les personnes seules était manifestement insuffisant (sauf au Pays basque et en Navarre). Il relève qu'à l'exception du Pays basque, le revenu minimum garanti est inférieur à 50 % du revenu médian ajusté d'Eurostat et qu'il est par conséquent insuffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité rappelle que le droit à l'assistance ne peut relever de la seule discrétion de l'Administration, il doit constituer un droit individuel établi par la loi et être assorti d'un droit de recours effectif. Il 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 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 des autres États parties résidant légalement sur le territoire

Concernant l'assistance sociale et médicale apportée aux ressortissants d'autres États parties résidant légalement sur le territoire espagnol, le Comité note qu'ils y ont droit dans les mêmes conditions que les ressortissants espagnols, conformément à la Loi organique n° 4/2000 du 11 janvier 2000 relative aux droits et libertés des étrangers en Espagne. Depuis 2012, toute personne qui réside légalement en Espagne et dont les ressources financières n'excèdent pas 100 000 € annuels a un droit subjectif et garanti aux soins de santé dispensés par les services de santé publique en tant qu'assurée, ce qui la met sur un pied d'égalité avec les travailleurs ou retraités qui exercent ce droit de par leur rattachement au système de sécurité sociale. Le décret royal n° 576/2013 du 26 juillet 2013 prévoit en outre un mécanisme d'accès au système de santé publique pour les personnes qui ont des revenus suffisants mais qui n'ont pas accès au système national de santé. Ce mécanisme consiste en un contrat spécial souscrit volontairement par les intéressés, qui leur garantit un accès universel au système de soins de santé publique, en échange d'une cotisation financière mensuelle.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

Le Comité prend note des informations figurant dans les commentaires de la Confédération intersyndicale de Galice, ainsi que de l'addendum au rapport de l'Espagne, en réponse à ces commentaires. Il rappelle que les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire sont couverts par l'article 13§1 de la Charte.

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. Un mécanisme de recours indépendant et judiciaire qui fonctionne est en outre une condition essentielle à la bonne administration d'un système d'attribution d'hébergement. De même, il appartient aux Gouvernements d'assurer que l'effectivité de ce droit est 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). Le Comité demande des informations à jour sur l'assistance sociale d'urgence dont peuvent bénéficier les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire.

S'agissant de l'octroi d'une assistance médicale aux ressortissants étrangers en situation irrégulière en Espagne, le Comité prend note du décret-loi royal n° 16/2012 du 20 avril 2012 portant adoption de mesures urgentes en vue de garantir la pérennité du système national de santé et d'améliorer la qualité et la sécurité de ses services, texte qui prévoit en son article 3b que les étrangers qui ne sont pas enregistrés ou autorisés à résider en Espagne sont en droit de bénéficier de soins de santé publique dans les cas suivants :

- urgence en cas de maladie grave ou d'accident grave, quelle qu'en soit la cause, jusqu'à leur rétablissement ;
- assistance durant la grossesse, lors de l'accouchement et pendant la période postnatale. Dans tous les cas, les ressortissants de nationalité étrangère âgés de moins de 18 ans ont droit aux soins de santé dans les mêmes conditions que les ressortissants de nationalité espagnole.

D'après le rapport, en plus de ces interventions qui relèvent des soins dispensés par le système national de santé, les Communautés autonomes, dans le cadre de leur compétence exclusive en matière d'assistance sociale, ont effectué d'actions de caractère social pour préserver la santé des ressortissants étrangers âgés de plus de 18 ans qui ne sont pas autorisés à résider en Espagne ou qui ne sont pas enregistrés en tant que résidents mais qui se trouvent *de facto* sur leur territoire, et qui n'ont pas de ressources financières suffisantes pour couvrir leurs besoins de santé. En 2015, le ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité a envisagé de fixer des critères minima afin d'uniformiser les différents critères appliqués par les Communautés autonomes et de rationaliser l'accès des personnes sans titre de séjour au système de santé grâce à des soins de base (en complément de ceux dispensés dans les services d'urgence et d'une prise en charge globale des femmes enceintes et des mineurs). À cette fin, une proposition d'accord a été présentée pour harmoniser le niveau de la protection de santé des étrangers sans titre de séjour et est actuellement examinée dans les Communautés autonomes. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour à ce sujet.

Le Comité note également que, lorsqu'ils quittent le service des urgences, les patients en situation irrégulière sont pris en charge et reçoivent les soins requis par leur état de santé jusqu'à ce qu'ils soient rétablis. Par ailleurs, en vertu de la loi générale n° 33/2011 du 4 octobre 2011 sur la santé publique, les soins de santé relevant du système national de santé comprennent des mesures de prévention, une prise en charge, un suivi, ainsi que des mesures pour préserver la santé publique et éviter les risques liés aux états d'alerte et d'urgence sanitaire, quelle que soit la situation administrative des personnes concernées.

Le Comité considère que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 13§1 en ce qui concerne le champ d'application personnel.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 aux motifs que :

- l'octroi du revenu minimum est subordonné à une condition de durée de résidence dans la majorité des Communautés autonomes ;
- l'octroi du revenu minimum est subordonné à des critères d'âge (25 ans) ;
- le revenu minimum n'est pas versé aussi longtemps que de besoin ;
- le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule 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'Espagne.

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§2, toute discrimination à l'égard des personnes bénéficiant de l'assistance, qui résulterait – directement ou indirectement – d'une disposition d'un texte, doit être éliminée. 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 sociaux ou politiques.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 13§2 de la Charte de 1961.

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'Espagne.

D'après le rapport, les services d'information, d'orientation, de conseil, de diagnostic et d'évaluation en matière de protection sociale constituent l'une des composantes essentielles du système des services sociaux. Ils servent de passerelle vers le système public des services sociaux en prodiguant des informations, des conseils techniques, une orientation et une évaluation, et facilitent ainsi l'accès aux ressources disponibles.

Le Comité prend note des avancées réalisées par les Communautés autonomes, seules compétentes en matière de services sociaux, pour actualiser le cadre législatif et en particulier pour reconnaître certains services sociaux en tant que droits subjectifs. De plus, les Communautés autonomes sont de plus en plus nombreuses à avoir mis ou prévu de mettre en place une nomenclature ou un catalogue répertoriant les services sociaux qui composent le système, leurs caractéristiques et les conditions auxquelles leur accès est subordonné.

Au niveau national, le rapport souligne l'adoption en janvier 2013, à l'initiative du ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité, du Catalogue de référence des services sociaux, fruit d'un consensus et de travaux menés conjointement avec les Communautés autonomes et les villes de Ceuta et de Melilla. Ce document, qui fait l'objet d'un examen approfondi dans le rapport, présente tous les services auxquels les particuliers peuvent prétendre sur l'ensemble du territoire espagnol et définit des principes communs de qualité et de bon usage.

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 l'Espagne est conforme à l'article 13§3 de la Charte de 1961.

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'Espagne.

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 désormais l'assistance sociale et médicale d'urgence accessible aux ressortissants d'États parties se trouvant légalement sur le territoire national (mais sans y résider).

Le Comité rappelle que les États 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 »). Par définition, le droit à l'assistance d'urgence ne peut être assorti d'aucune condition liée à la durée de la présence sur le territoire de l'État.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte en ce qui concerne l'accès à une assistance sociale et médicale d'urgence des ressortissants des autres États parties se trouvant légalement en Espagne.

D'après le rapport, le texte de référence sur l'assistance sociale est la loi n° 4/2000 du 11 janvier 2000 sur les droits et libertés des étrangers en Espagne et leur intégration sociale, dont l'article 14 (droit à la sécurité sociale et aux services sociaux) prévoit que les ressortissants étrangers ont accès aux services sociaux et aux prestations de base, indépendamment de leur situation sur le plan administratif.

Le Comité note qu'en 2014, 472 918 étrangers ont bénéficié de services sociaux, notamment dans les domaines du logement, de l'information et de l'orientation.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 13§4 de la Charte de 1961.

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'Espagne.

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires de la Confédération intersyndicale de Galice, enregistrés le 3 octobre 2017, ainsi que de l'addendum au rapport de l'Espagne, en réponse à ces commentaires, transmis le 8 novembre 2017.

Organisation des services sociaux

Le Comité dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)) a conclu que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi qu'un accès effectif aux services sociaux soit garanti.

Le rapport rappelle qu'en Espagne ce sont les Communautés autonomes qui sont compétentes pour les services sociaux (article 148.2 de la Constitution et loi 7/85 du 2 avril 1985 sur les collectivités locales (modifiée par la loi 27/2013 du 27 décembre 2013 sur la rationalisation et la durabilité de l'administration locale).

Accès égal et effectif

La Constitution espagnole de 1978, article 41 : « [les pouvoirs publics] assurent à tous les citoyens un régime public de sécurité sociale, qui garantit une assistance et des prestations sociales suffisantes pour faire face aux situations de nécessité, spécialement en cas de chômage ». En outre la Constitution de 1978, articles 139.1 et 149.1.1 : ces articles consacrent « les mêmes droits et les mêmes obligations en quelque partie que ce soit du territoire de l'État » et « l'égalité de tous les Espagnols dans l'exercice des droits et l'exécution de leurs devoirs constitutionnels ».

En ce qui concerne l'utilisation des services sociaux est possible remarquer une augmentation progressive de nombre de bénéficiaires jusqu'en 2010 (6.946.299), ce qui reflète le premier impact de la crise économique, puis une diminution considérable dans la période 2011-2014 (5.466.140).

Il y a aussi eu une augmentation du nombre de bénéficiaires de certaines prestations de base offertes par les municipalités, notamment celles destinées à aider les unités de cohabitation, ces prestations ayant été renforcées au moyen de crédits spécifiques pour les familles et les enfants.

Le rapport indique le pourcentage du nombre des travailleurs des services sociaux par rapport à le nombre des bénéficiaires, en 2014 a été de (1/157) alors qu'il était de 1/192 en 2008.

Dans les Communautés autonomes et les villes de Ceuta et Melilla, l'accès effectif, sans discrimination est établi comme un droit subjectif de tous les citoyens. Par exemple, les lois sur les services sociaux les plus anciennes, dites lois de première génération, comme la loi 2/1988 du 4 avril 1988 sur les services sociaux en Andalousie. Son article 2 établit comme principe général des services sociaux l'égalité et l'universalité, avec la prise en charge de tous les citoyens sans discrimination aucune, qu'elle soit fondée sur le sexe, l'état civil, la race, l'âge, l'idéologie ou la croyance. De même, à l'article 3, elle indique que sont titulaires du droit aux services sociaux toutes les personnes résidant en Andalousie et les personnes de passage non étrangères, ainsi que les étrangers, les réfugiés et les apatrides résidant sur le territoire de la Communauté autonome. À cet égard, le Comité demande la durée de résidence exigée pour bénéficier d'un accès aux services sociaux.

Le Comité dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 2013) a conclu que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961 aux motifs que les

conditions imposées aux prestataires pour assurer la fourniture des services sociaux ne sont pas clairement définies .

Le rapport indique que concernant l'existence d'une tarification pour la prestation de services sociaux, il convient de préciser qu'en général dans les Communautés autonomes, des taxes et des forfaits sont fixés pour la prestation de services sociaux tels que l'hébergement dans une résidence pour personnes âgées, la révision de certains degrés de dépendance, de handicap, etc. Chaque Communauté autonome réglemente cette tarification de manière indépendante, celle-ci étant généralement établie dans les lois sur le budget annuel des Communautés autonomes. Dans leurs législations respectives sur les services sociaux, et parfois dans les règlements régissant les agréments, autorisations et inscriptions aux registres de services et de centres de services sociaux, les Communautés autonomes établissent le cadre de collaboration avec les entités privées prestataires de services sociaux et définissent les critères à remplir par les prestataires de services et les conditions dans lesquelles ces derniers doivent être fournis. Il n'existe donc pas un cadre unique puisqu'il s'agit là d'une compétence exclusive des Communautés autonomes. Par ailleurs, le Catalogue de référence des services sociaux de 2013, déjà mentionné, établit les principes directeurs devant guider les prestations et les services du système public de services sociaux. Ces principes sont les suivants : – Responsabilité publique, les pouvoirs publics doivent faire en sorte que les prestations soient disponibles et accessibles pour toutes les personnes, en les réglementant et en les organisant, ainsi qu'en apportant les moyens humains, techniques et financiers nécessaires à leur fonctionnement ; – Participation : les pouvoirs publics encouragent et garantissent la participation [...] des entités du tiers secteur de l'action sociale [...] aux processus de planification, de développement, de suivi et d'évaluation ; – Coopération et collaboration : les pouvoirs publics agissent conformément aux principes de coopération et de collaboration entre les administrations publiques et le secteur privé, tout en encourageant les actions nécessaires à la mise en œuvre de ces principes.

Qualité des services

Le Comité dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 2013) a conclu que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961 au motif que : il n'est pas établi que des mécanismes de contrôle soient mis en place pour assurer le respect de la qualité des services par les prestataires de services sociaux.

Le rapport indique que, concernant les mesures de contrôle visant à s'assurer que les prestataires de services sociaux remplissent les conditions nécessaires pour garantir la qualité de ces services, la quasi-totalité des Communautés autonomes reconnaissent dans leurs lois sur les services sociaux (dites de deuxième et troisième génération) l'importance de la qualité des services sociaux sur un double plan : d'une part, en reconnaissant que cette qualité est un objectif prioritaire ou un principe de base du système public de services sociaux ; d'autre part, en instaurant des plans de qualité des services sociaux, comme en Catalogne (plan de qualité des services sociaux 2010-2013) ou en Navarre (1er plan de qualité des services sociaux 2010-2013) ou des cadres généraux de qualité, comme en Aragon (loi 5/2013, du 20 juin 2013, sur la qualité des services publics de l'administration). Le principe de qualité est l'un des principes du Catalogue qui doivent inspirer et guider les prestations et les services du système public de services sociaux, d'où le souci de chercher à garantir, pour l'ensemble des prestations, l'existence de standards de qualité minimaux et appropriés, notamment en mettant en place des instruments d'évaluation visant à promouvoir la qualité, et en plaçant au cœur des actions mises en œuvre le concept de qualité de vie des personnes, d'efficacité, d'efficience et d'éthique, dans le but ultime d'améliorer de manière continue le système public de services sociaux. De même, le catalogue réserve un chapitre spécifique aux critères communs de qualité qui s'inscrivent tant dans le cadre européen que dans celui du système public des services sociaux. Les aspects suivants y sont abordés : 1. principes généraux de qualité pour la fourniture des

services sociaux au sein de l'Union européenne ; 2. critères communs de qualité de la prestation de services dans le cadre du système public de services sociaux, articulés autour de 4 axes : a) qualité technique et de gestion b) innovation sociale et technologique c) qualité de l'emploi d) qualité des services. A cet égard le Comité demande que le prochain rapport présente des informations plus détaillées sur l'évolution des instruments mis en place visant à promouvoir la qualité des services sociaux dans toute la Communauté autonome.

Conclusion

Pending receipt of the information requested, the Committee concludes that the situation in Spain is in conformity with Article 14§1 of the 1961 Charter.

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'Espagne.

Les Lois des Services Sociaux des Communautés Autonomes de "dernière génération" adoptées pendant la période de référence garantissent aux citoyens usagers des services sociaux le droit de participation.

Le rapport indique que le système national d'information des services sociaux (SEISS) est une application web qui collecte et systématise les informations et les données relatives aux services sociaux en Espagne. Son premier objectif est de porter à la connaissance de tous, de manière simple et transparente, les résultats des politiques publiques en la matière. Les contenus disponibles sur le SEISS sont les indicateurs des services sociaux en Espagne, publiés périodiquement par les services compétents du secrétariat d'Etat aux Services sociaux et à l'Egalité du ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Egalité. Ces indicateurs sont les suivants : a) services sociaux de base ; b) personnes âgées ; c) personnes en situation de handicap ; d) personnes en situation de dépendance ; e) protection de l'enfance ; f) pensions non contributives de la sécurité sociale.

Le Comité a conclu dans ses précédentes conclusions (Conclusions XX-2 2013) que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 14§2 de la Charte de 1961 aux motifs qu'il n'est pas établi que : il existe des modalités de contrôle des actions des organisations non-gouvernementales et autres prestataires non-publics ; il existe un accès égal et effectif aux services sociaux assurés par des organisations non-gouvernementales et autres prestataires non-publics.

Le rapport souligne l'existence d'un Système d'Information des Services Sociaux d'Etat (SEISS), au moyen duquel il recueille et systématise l'information et les données des services sociaux de l'Espagne, comme moyens de contrôle et de surveillance de ceux-ci et en ce qui concerne les organisations non gouvernementales (ONG), elles bénéficient d'un financement contrôlé au moyen d'appels annuels de subventions.

En 2015 et 2016, des subventions directes et nominatives ont été octroyées à des entités du tiers secteur opérant au niveau national et collaborant avec le secrétariat d'Etat aux Services sociaux et à l'Egalité, afin d'assurer leur maintien et leur fonctionnement. L'organe d'octroi de la subvention effectue des actions de vérification et de contrôle de l'affectation des fonds reçus, en plus des opérations de contrôle effectuées, le cas échéant, par les services de contrôle financier de l'administration de l'Etat et de celles prévues dans la législation de la Cour des comptes. Le contrôle, le suivi et l'évaluation des subventions versées à des ONG sont également prévus aux articles 15 et 16 du décret royal 536/2013 du 12 juillet 2013 (publié au Journal officiel espagnol du 13 juillet 2013) portant approbation des normes relatives aux subventions d'Etat destinées à la réalisation de programmes d'intérêt général, financées à l'aide de l'enveloppe budgétaire correspondant à la part des recettes de l'impôt sur le revenu des personnes physiques réservée à cette fin, dans le domaine de compétences du secrétariat d'Etat aux Services sociaux et à l'Egalité.

Le rapport indique en outre que, en ce qui concerne l'accès effectif et égal aux services sociaux fournis par des organisations non gouvernementales et d'autres fournisseurs de services non publics, comme mentionné précédemment dans la section sur l'article 14.1, dans toutes les Communautés autonomes et dans les villes de Ceuta et Melilla, accès effectif, sans discrimination, est reconnu comme un droit subjectif. Le droit à un accès effectif, sur un pied d'égalité, doit donc être respecté par tous les fournisseurs de services, publics ou privés.

Le rapport indique que diverses initiatives ont été mises en œuvre par des professionnels du secteur des services sociaux. En janvier 2015, le Conseil général des travaux sociaux a signé l'Alliance pour la durabilité et l'amélioration des quatre pierres angulaires de l'Etat-providence : santé, services sociaux, éducation et pensions. Quinze organisations

scientifiques et professionnelles ont signé la convention créant l'Alliance scientifique et professionnelle pour l'amélioration et la durabilité de l'Etat-providence, dont les objectifs sont, entre autres, d'améliorer le dialogue social dans le domaine de la santé, des services sociaux, de l'éducation et des retraites et Pour améliorer la participation des citoyens et des organisations de la société civile.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 14§2 de la Charte de 1961.

Article 4 du Protocole additionnel de 1988 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires de la Confédération intersyndicale de Galice, enregistrés le 3 octobre 2017, ainsi que de l'addendum au rapport de l'Espagne, en réponse à ces commentaires, transmis le 8 novembre 2017.

Cadre législatif

Le Comité rappelle que l'article 4 du Protocole additionnel de la Charte de 1961 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 observé (Conclusion XX-2 (2013)) que l'âge ne faisait pas partie des motifs de discrimination expressément proscrits par l'article 14 de la Constitution espagnole. Le rapport n'indique aucun changement concernant l'adoption ou l'amendement d'une disposition législative ou d'une mesure administrative en ce sens. Le Comité note cependant que le libellé de l'article 14 de la Constitution est rédigé de telle manière qu'il peut inclure d'autres motifs que ceux expressément mentionnés, et notamment les discriminations fondées sur l'âge. Le Comité souhaite, dès lors, 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. Il note également que la Constitution reconnaît une compétence aux Communautés Autonomes en matière sociale et demande, à cet égard, si celles-ci ont adopté des dispositions législatives ou mesures administratives 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 Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion XX-2 (2013)), demandé s'il a été envisagé de mettre en place des procédures de ce type. Le Comité note que l'Espagne a, au cours de la période de référence, mené une importante réforme de son système pour l'autonomie personnelle et l'aide aux personnes en situation de dépendance. Il demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur les grands changements apportés par cette réforme et, en particulier, si celle-ci vise l'assistance à la prise de décision.

Le Comité prend également note des arguments présentés par l'Institut des Personnes Âgées et des Services Sociaux ("Imserso") dans le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions XX-2 (2013). Il a, en effet, indiqué que la loi n° 41/2002 impose en matière de santé, l'obligation pour les professionnels de santé d'informer et de recueillir le consentement libre et éclairé du patient avant toute intervention sur sa santé. Il s'est également référé au Code Civil espagnol, en particulier aux dispositions qui prévoient la figure du gardien de fait, ainsi que la possibilité reconnue à toute personne d'adopter, en prévision d'une future déclaration judiciaire d'incapacité, toute disposition relative à sa personne ou son patrimoine, y compris la désignation d'un tuteur. L'Imserso souligne enfin l'essor important des organismes tutélaires publics autonomes, à l'instar de l'Agence de Tutelle des Adultes de la Communauté de Madrid, ou des fondations tutélaires à caractère privé. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur ces organismes et fondations tutélaires.

Ressources suffisantes

Afin de pouvoir apprécier le caractère suffisant des ressources des personnes âgées sous l'angle de l'article 4 du Protocole additionnel de la Charte de 1961, 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 proposées aux personnes âgées. Ces ressources sont alors comparées au revenu médian ajusté. Cependant, le Comité rappelle qu'il a pour tâche d'évaluer non seulement la législation, mais aussi la conformité de la pratique avec les obligations découlant de la Charte. À cette fin, il tient également compte des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

La pension contributive de vieillesse est servie à celles et ceux qui, ayant atteint l'âge de 65 ans, se sont acquittés des cotisations dues au titre de leur activité professionnelle. Le montant annuel minimum de la pension contributive de vieillesse s'élevait, selon les informations fournies par l'Imsero dans le rapport du Comité gouvernemental précité, à 8 404,20 € en 2014 (soit 600,30 € par mois), 10 932,60 € (soit 780,90 € par mois) ou 8 860,60 € (soit 632,90 € par mois) selon que le bénéficiaire vive seul, avec un conjoint à charge ou intégré à "une unité économique de vie en commun". Le montant annuel minimum était, au contraire, fixée à 7 831,60 € (soit 559,40 € par mois), 10 246,60 € (soit 731,90 € par mois), ou 8 288 € (soit 592 € par mois) lorsque le bénéficiaire vivant seule, avec un conjoint à charge ou intégrée à une "unité économique de vie en commun" avait moins de 65 ans.

La pension non-contributive de vieillesse est versée aux personnes âgées de plus de 65 ans qui ne peuvent prétendre à une pension contributive. À cet égard, le Comité a précédemment (Conclusion XX-2 (2013)) demandé des informations sur le niveau de la pension non-contributive, ainsi que des informations sur les différentes prestations ou allocations auxquelles peuvent avoir droit les titulaires de cette pension. L'Imsero a fait savoir dans le rapport du Comité Gouvernemental précité que le montant de cette pension non-contributive varie en fonction de la situation maritale dans laquelle la personne se trouve. Selon ce rapport, le montant d'une pension non-contributive de vieillesse servie à une personne seule s'élevait, en 2014, à 5 122,60 € par an (soit 365,90 € par mois). Cette somme peut cependant être minorée si le bénéficiaire dispose de revenus ou de recettes propres supérieurs à 35 % du montant annuel fixé de la pension (5 122,60 €) ; elle ne peut aller en-deçà de 25 % du montant de la pension, soit 1 280,65 € par an (ou 91,48 € par mois). L'Imsero indique également qu'il est possible d'ajouter, à côté de cette pension, un "complément pour besoin d'assistance d'une tierce personne" fixé, en 2014, à 2 561,30 € par an (soit 182,95 € par mois), si une personne justifie, entre autres choses, d'un degré d'incapacité égal ou supérieur à 75 %. Aucune mention de l'allocation logement n'est faite. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données complètes et actualisées concernant le niveau de la pension non-contributive et autres prestations et/ou allocations auxquelles peuvent avoir droit les titulaires de cette pension.

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 2014, à 6 634,50 € par an (environ 552,88 € par mois). Le Comité constate que les pensions de vieillesse, tant contributive que non-contributive, versées aux personnes âgées sont, en principe, supérieures au seuil de pauvreté.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion XX-2 (2013)), demandé qu'elles ont été les mesures, législatives ou autres, prises par l'Espagne pour évaluer, sensibiliser et combattre, avec l'idée d'éradiquer, la maltraitance et le délaissement des personnes âgées. L'Imsero a, à cet égard, indiqué dans le rapport du Comité Gouvernemental précité, que la Stratégie Nationale pour l'Éradication de la Violence Faites aux Femmes pour la période 2013-2016 comprend un volet consacré à la prévention et à l'éradication des abus et violences perpétrés à l'encontre des personnes âgées. Le Comité demande que davantage d'informations lui soient transmises à ce sujet dans le prochain rapport.

Le Comité note par ailleurs, d'après le site web de l'Imserso, la mise en oeuvre d'un Plan de Sécurité Accrue destiné, à titre principal, à prévenir l'ensemble des risques auxquels sont confrontées les personnes âgées (abus, vols, escroqueries et utilisation frauduleuse de leurs biens et comptes bancaires par des tiers), tout en proposant des réponses adaptées.

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 (Conclusion XX-2 (2013)), demandé que des informations lui soient fournies sur le montant moyen des frais à la charge des personnes bénéficiant d'une assistance appropriée. L'Imserso indique dans le rapport du Comité Gouvernemental précité que les personnes en situation de dépendance participent, en principe, au coût des services en fonction de leurs moyens, de la nature du service et de son coût. Les personnes âgées à faibles ressources sont exemptées de toute participation aux coûts du service. Le Comité note, par ailleurs, que l'Espagne a adopté, en octobre 2014, un "cadre d'action pour les personnes âgées" et ce, en vue d'obtenir une plus grande participation des personnes âgées dans la société et leur permettre de mener une vie indépendante, saine et active. Le Comité demande que davantage d'informations lui soient fournies dans le prochain rapport sur les résultats de ce "cadre d'action pour les personnes âgées".

Le Comité a également demandé s'il existait une procédure de réclamation à l'encontre des services dispensés aux personnes âgées. L'Imserso indique dans le rapport du Comité gouvernemental précité qu'une procédure de réclamation existe. Il précise qu'une personne débouté du droit à une prestation peut contester la décision devant l'administration compétente ou les tribunaux. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à cet égard dans le prochain rapport.

Le Comité note, d'après le rapport, que les personnes âgées se voient proposer des programmes de vacances et cure thermale subventionnés par l'État.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et facilités disponibles, le Comité constate, premièrement, que l'Espagne a, en janvier 2013, adopté un « catalogue de référence des services sociaux ». Le catalogue répertorie toutes les prestations auxquelles les personnes peuvent prétendre sur l'ensemble du territoire espagnol, tout en définissant des principes communs de qualité et de bon usage. Le Comité observe, deuxièmement, que l'Espagne a développé de nombreux outils informatiques destinés à informer les personnes âgées et l'opinion publique.

Soins de santé

Le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions XVII-2 (2005), XIX-2 (2009) and XX-2 (2013)), demandé un certain nombre d'informations ayant trait aux soins de santé des personnes âgées.

S'agissant des données demandées sur les services d'assistance de santé pour les personnes âgées, l'Imserso explique dans le rapport du Comité gouvernemental précité que les personnes âgées reçoivent l'assistance médicale nécessaire et adaptée à leur situation.

S'agissant des premiers soins, le Comité note, d'après le rapport du Comité Gouvernemental précité, que les soins infirmiers à domicile destinés aux personnes âgées représentaient, en 2012, 12 % des activités de premiers soins, avec un volume de 9 653 997 visites à domicile effectuées. Le Comité demande que des données actualisées lui soient fournies dans le prochain rapport.

S'agissant des programmes ou directives sur l'assistance sanitaire aux personnes âgées, l'Imserso indique dans le rapport du Comité gouvernemental précité que le Sénat espagnol

a adopté, en septembre 2013, une motion portant création d'un Espace Unique Socio-Sanitaire lequel permettrait, le cas échéant, un soutien accru aux personnes dépendantes ainsi qu'à celles et ceux qui ont besoin d'une assistance sanitaire et sociale coordonnée. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur ce sujet. Il réitère également ses précédentes questions de savoir à combien s'élève la participation des patients âgés aux frais pharmaceutiques, s'il existe des principes directeurs en matière de soins de santé pour les personnes âgées, des programmes de santé mentale pour les personnes atteintes de démence et autres maladies connexes, des services de soins palliatifs pour personnes âgées ainsi que des formations spéciales pour celles et ceux qui s'occupent de personnes âgées. Il souligne qu'à défaut d'informations dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à l'article 4 du Protocole additionnel de la Charte de 1961 sur ce point.

Logement et soins en institutions

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion XX-2 (2013)), demandé des informations actualisées sur les logements mis à la disposition des personnes âgées. Le rapport indique que, au cours de la période de référence, l'Espagne a adopté un plan national (2013-2016) composé de deux programmes : un programme de réhabilitation des bâtiments et un programme pour la régénération et la rénovation urbaine. Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre de ces programmes et de leurs résultats dans le prochain rapport.

Le Comité a également demandé si les établissements sont agréés, s'ils font l'objet de contrôles et si des procédures de recours sont prévues. L'Imsero explique dans le rapport du Comité Gouvernemental précité qu'il existe deux niveaux d'interventions : un niveau national et un niveau régional. L'Administration Générale (niveau national) accorde les accréditations aux centres résidentiels, qu'ils soient publics ou privés, et les inspecte via le Service d'Inspection de l'Imsero et l'Inspection Général des Services du Ministère de la Santé, des Services Sociaux et de l'Égalité. Une procédure de réclamation et/ou suggestion par formulaire existe. Les Communautés Autonomes (niveau régional) ont une compétence exclusive dans la gestion des centres résidentiels, publics et privés, y compris en ce qui concerne leur inspections. Chaque Communauté Autonome dispose de son propre service d'inspection. Les Communautés Autonomes sont néanmoins soumises, en ce qui concerne l'accréditation, aux critères communs adoptés par le Conseil Territorial des Services Sociaux et Dépendance. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet.

Le Comité a, enfin, demandé si le nombre de places disponibles en institution correspond à la demande. Le Comité note, d'après le site web de l'Imsero "Espacio mayores", que la population âgée de 65 ans et plus représentait environ 8 442 427 personnes au 1er janvier 2014. Il relève également que l'offre d'hébergements en institution atteignait 467 899 places, réparties entre 3 174 centres d'accueil de jour et 6 610 centres résidentielles. 7 963 personnes bénéficiaient des services de centres d'accueil de jours cette année-là, soit un taux de couverture national d'environ 1,02. Le Comité relève, toutefois, que l'offre de prise en charge en institution présente des disparités régionales. Il demande qu'elles ont été les mesures prises ou envisagées pour remédier à cette situation.

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 XX-4 (2015)**

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

Paragraphe 5 - Rémunération équitable

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne.

En application du système de rapports adopté par le Comité des Ministres à la 1196^e 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'Espagne en réponse à la conclusion selon laquelle il n'avait pas été établi que les allocations versées aux apprentis soient suffisantes (Conclusions XX-4, 2015).

Le rapport indique qu'aux termes des modifications apportées au Statut des travailleurs par le décret royal n° 2/2015, la rémunération des apprentis doit être fixée en tenant compte du temps de travail effectif, conformément aux dispositions de la convention collective. Il ajoute que la rémunération ne peut en aucun cas être inférieure au salaire minimum interprofessionnel calculé proportionnellement au temps de travail effectif. Il précise qu'en 2016, le salaire minimum était de 21,84 euros par jour et 655,20 euros par mois.

Le rapport indique par ailleurs que la durée de l'apprentissage est comprise entre un minimum d'un an et un maximum de trois ans ; elle peut aller de six mois à trois ans dans le cadre d'une convention collective. Le temps de travail effectif, auquel peut être assimilé le temps consacré à des activités de formation, ne saurait être inférieur, la première année, à 75 % et, les deuxième et troisième années, à 85 % de la durée de travail journalière maximale prévue par la convention collective ou par la loi.

Le Comité conclut que la situation est conforme à la Charte de 1961 pour ce qui concerne les allocations versées aux apprentis.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 7§5 de la Charte de 1961 pour ce qui concerne les allocations versées aux apprentis.

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 1196^e 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 XX-4 (2015).

Le Comité prend note des informations soumises par l'Espagne en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que :

- il existe une structure de garde des enfants adéquate ;
- il existe des services de conseil familial adéquats ;
- les associations représentant les familles soient consultées lors de l'élaboration des politiques familiales ;
- il existe des services de médiation adéquats.

Structure de garde des enfants

Le rapport indique qu'en Espagne les services concernant les enfants hors du domaine familial relèvent des services de l'éducation ainsi que des services sociaux. La loi prévoit que l'assistance socioéducative des enfants d'un âge inférieur à la scolarisation obligatoire fait partie du système éducatif. Ces services, dénommés « Écoles des Enfants » ou « Centres d'Éducation des Enfants » sont du ressort des Communautés Autonomes. Ils sont fréquentés par environ 33 % des enfants de 0 à 2 ans et 95 % des enfants de 3 à 5 ans.

Le Comité considère que la situation est conforme à l'article 16 de la Charte de 1961 sur ce point. Il demande que les prochains rapports contiennent des informations à jour au sujet des structures de garde des enfants.

Consultation des famille

Dans sa conclusion précédente (Conclusion XIX-4 (2011)), le Comité a demandé pour la seconde fois des informations sur la participation des associations représentant les familles concernées dans l'élaboration des politiques familiales. Le rapport ne contenant pas les informations requises, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi que les associations représentant les familles soient consultées lors de l'élaboration des politiques familiales.

Selon le rapport, la participation des entités représentatives du mouvement associatif familial dans la définition des politiques les concernant s'effectue au sein du Conseil de l'État des Familles, organe collégial interministériel de consultatif destiné à servir de voie pour la participation et la collaboration du mouvement associatif familial du domaine de l'état avec l'Administration Générale de l'État. (Décret Royal 613/2007, du 11 mai, crée et règle le Conseil de l'État des Familles et l'Observatoire de l'État des Familles).

Ce Conseil, qui relève du Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité se compose, d'une part, de représentants de l'Administration Générale de l'État (des départements ministériels de : Justice ; Économie et Compétitivité ; Finances et Administrations Publiques ; Développement ; Emploi et Sécurité Sociale ; Industrie, Énergie et Tourisme ; Présidence ; Éducation, Culture et du Sport ; outre le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité lui-même) et, d'autre part, de représentants du mouvement associatif du domaine de l'Etat selon les critères suivants :

- Deux représentants de fédérations, mouvements ou une autre sorte de groupement du domaine de l'état qui réunissent d'associations du domaine familial en général ;
- Deux représentants d'entités d'action sociale faisant partie du Conseil de l'État d'Organisations Non Gouvernementales d'Action Sociale et qui agissent dans le domaine des familles ;
- Deux représentants d'entités de familles nombreuses ;

- Deux représentants d'associations de pères et mères d'élèves ;
- Un représentant d'entités spécialisées dans l'assistance aux conflits des familles ;
- Un représentant d'entités de mères célibataires ;
- Un représentant d'entités de personnes séparées ou divorcées ;
- Un représentant d'entités de personnes veuves ;
- Un représentant d'associations de personnes ou membres de famille de personnes handicapées, faisant partie du Conseil National du Handicap ;
- Un représentant d'entités représentant les familles du milieu rural ;
- Un représentant d'entités représentant les familles homoparentales ;
- Un représentant d'associations de familles accueillant ;
- Un représentant d'associations de familles adoptant ;
- Un représentant d'entités de promotion et protection des droits des enfants ;
- Un représentant d'entités spécialisées dans la conciliation entre la vie familiale, personnelle et professionnelle.

Le Conseil de l'État des Familles analyse la situation des familles et leur qualité de vie et le suivi des politiques publiques qui les concernent. Il formule des propositions et recommandations sur les lignes stratégiques et priorités d'action en matière de politiques familiales de l'État et élabore des rapports, avis et mémoires sur les projets réglementaires en matière de politiques familiales qui lui sont soumis.

D'autre part, les associations familiales sont aussi représentées au Conseil de l'État d'ONG d'Action Sociale, organe consultatif auprès du Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité, qui constitue une structure de rencontre, de dialogue et de participation du mouvement associatif à l'élaboration des politiques sociales (Décret Royal 235/2005, du 4 mars).

En outre, le 14 mai 2015, le Conseil des Ministres a adopté le Plan Intégral d'Appui à la Famille 2015-2017, instrument élaboré avec les contributions de tous les Ministères et du mouvement associatif familial, qui intègre toutes les politiques et actions destinées aux familles. Lors de l'élaboration de ce plan, un total de 45 entités ont été consultées : toutes les associations qui font partie du Conseil de l'État des Familles, toutes celles qui font partie du Conseil de l'État d'ONG d'Action Sociale, ainsi que d'autres entités qui ont été considérées importantes, à deux moments différents du processus : lors de la définition des objectifs généraux, principes et lignes stratégiques (avril-mai 2014) ; et au sujet des mesures concrètes relatives à chacune des lignes stratégiques (octobre-novembre 2014).

Le Plan Intégral d'Appui à la Famille lui-même comprend comme mesure spécifique l'amélioration du suivi des politiques familiales de l'État par des organes de participation au sein desquels le mouvement associatif du domaine familial sera représenté, ce qui se concrétisera par une réforme du Conseil de l'État des Familles.

Le Comité considère que la situation est conforme à l'article 16 de la Charte de 1961 sur ce point. Il demande que le prochain rapport indique l'état d'avancement de la réforme de la consultation des familles et de leurs représentants lors de l'élaboration des politiques familiales.

Services de conseil aux familles et Services de médiation

Dans sa conclusion précédente (Conclusion XIX-4 (2011)), le Comité a demandé pour la seconde fois des informations sur l'accès, la gratuité, la répartition dans l'ensemble du territoire ainsi que sur l'efficacité des services de médiation familiale. Le rapport ne contenant pas les informations requises, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe des services de médiation adéquats.

L'assistance sociale et les services sociaux spécialisés dans le soutien des familles relève de la compétence exclusive des communautés autonomes. Chaque communauté fournit des services d'orientation et/ou médiation familiale. Le Comité prend note du fait que 13 communautés disposent d'un cadre juridique spécifique à ce sujet. Ces lois traitent de la typologie des situations qui peuvent faire l'objet de médiation, des principes directeurs de celle-ci, de la profession de médiateurs et des entités de médiation, de la procédure, de l'accès et du coût et des situations où la gratuité est assurée.

Les services d'orientation familiale fonctionnent dans le cadre des services sociaux spécialisés, qui relèvent du domaine de compétences des communautés autonomes. Ces services peuvent être fournis directement par les administrations publiques ou par d'autres prestataires selon des conventions. Il s'agit de services d'intervention et d'orientation familiale, d'actions professionnelles d'aide psycho-éducative et sociale en faveur des familles, d'actions en faveur de la parentalité positive, de soutien en cas de conflits familiaux, de difficulté psychosociale, de risque d'exclusion sociale ou de mauvais traitements au sein de la famille.

Toutes les communautés autonomes disposent de services et programmes qui fournissent ces prestations. Le Comité prend note des exemples fournis à ce sujet par le rapport.

Le Plan Intégral d'Appui à la Famille 2015-2017 comprend, comme l'une de ses lignes stratégiques, le soutien des familles qui ont des besoins spéciaux et le développement de la médiation en cas de conflits familiaux.

En outre, une médiation intra-judiciaire s'est développée en matière civile et pénale. Le Conseil Général du Pouvoir Judiciaire encourage une "culture de la médiation" parmi les juges. En particulier, le Conseil a élaboré un "Guide pratique pour la médiation intra-judiciaire" qui contient un protocole spécifique au sujet de la médiation familiale.

Le Comité considère que la situation est conforme à l'article 16 de la Charte de 1961 sur ces points. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre du Plan Intégral d'Appui à la Famille 2015-2017, en particulier dans le domaine du conseil aux familles et de la médiation.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 16 de la Charte de 1961.

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 1196^e 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 XX-4 (2015).

Le Comité prend note des informations soumises par l'Espagne en réponse à la conclusion de non-conformité au motif qu'il n'était pas établi des mesures suffisantes aient été prises pour lutter contre la propagande trompeuse en matière d'émigration et d'immigration.

Le rapport indique que l'Espagne mène une Stratégie Intégrale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et autres formes connexes d'intolérance. Un rapport d'évaluation de la Stratégie a été publié en 2014. Il met en lumière des succès importants en matière d'éducation, dans la prévention et la protection des victimes de racisme, xénophobie et autres.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion XX-4 (2015)), premièrement, demandé des informations à propos des initiatives menées dans le cadre du projet FIRIR. Le rapport indique que le projet a permis de dispenser plusieurs formations aux forces de sécurité. Le projet FIRIR a, notamment conduit à l'élaboration, la publication et la diffusion d'un manuel d'appui à la formation des forces et corps de sécurité dans l'identification et l'enregistrement d'incidents racistes ou xénophobes. Le manuel a permis la formation de 165 formateurs qui ont, à leur tour, formés plus de 22 000 spécialistes de la Guardia civile et agents de police. Le projet FIRIR a également abouti à la publication, par le Ministère de l'Intérieur, de rapports annuels relatifs aux incidents enregistrés, à l'élaboration d'un protocole d'action, à l'amélioration des systèmes de collecte d'informations statistiques, ainsi qu'à une meilleure collaboration et coordination inter-administrative en matière de prévention et de lutte contre le racisme et la xénophobie.

Le rapport ajoute que le patronat et le personnel enseignant a lui aussi fait l'objet de formations : le projet GESTIMED a cherché à sensibiliser le patronat sur les avantages et/ou bénéfiques d'une gestion appropriée de la diversité culturelle dans les moyennes et petites entreprises. Le projet FRIDA a, quant à lui, cherché à sensibiliser le personnel enseignant, les responsables de centres d'enseignement et la communauté éducative aux droits de l'homme, ainsi qu'aux mesures de prévention et de détection du racisme, de la xénophobie et d'autres formes connexes d'intolérance.

Le Comité a, deuxièmement, demandé des informations sur les initiatives prises aux niveaux national, régional et local afin de lutter contre la diffusion de stéréotypes négatifs concernant les travailleurs immigrés. Le rapport indique que la Stratégie intégrale promeut, à l'échelle nationale, l'élaboration, la publication et la diffusion d'enquêtes et de rapports sur le racisme et la xénophobie qui permettent de dresser un diagnostic annuel de la situation et de l'évolution du racisme, de la xénophobie et autres formes d'intolérance en Espagne. Les résultats de la dernière enquête intitulée « Attitude vers l'immigration » réalisée en 2014 par le centre de recherches sociologiques, à la demande du Secrétariat Général de l'Immigration et de l'Emigration du Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, montrent que les espagnols interrogés avancent vers une plus grande tolérance (ou acceptation) de l'immigration dans la plupart des aspects analysés. Le rapport ajoute que l'Espagne subventionne, avec l'appui du Fonds sociale européen, près de 8 projets par an, destinés à sensibiliser et promouvoir l'égalité de traitement et la non-discrimination des immigrants de pays tiers dans le domaine du travail.

Le Comité a, troisièmement, demandé des précisions sur le cadre juridique en vigueur, ainsi que sur l'organisme national en charge des questions d'égalité : le Conseil pour la promotion de l'égalité de traitement et la non-discrimination raciale ou ethnique. Le rapport indique que

la loi organique n° 1/2015, du 30 mars 2015, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015, est venue réformer le Code Pénal. Le rapport précise que la loi a, notamment étendu et précisé les dispositions relatives à l'incitation à la haine et à la discrimination. La loi n° 4/2015, du 27 avril 2015, entrée en vigueur le 7 juillet 2015 prévoit, quant à elle, une protection accrue des victimes.

Pour ce qui concerne le Conseil pour la promotion de l'égalité de traitement et la non-discrimination raciale ou ethnique, le rapport indique que la loi n° 15/2014, du 16 septembre 2014, relative à la rationalisation du secteur public et autres mesures de réforme administrative l'a, d'une part, renommé en « Conseil pour la suppression de la discrimination raciale ou ethnique » et a, d'autre part, précisé ses compétences. Le rapport rappelle à cet égard que le Conseil prêle assistance aux victimes de discrimination raciale ou ethnique, mène des actions d'informations et de sensibilisation, élabore des études et publie des rapports et autres recommandations sur ce sujet. Le Conseil est, dans le cadre de ses fonctions, assisté et soutenu par l'Institut pour la Femme et l'égalité des chances (IMIO), un organisme public de protection de l'égalité de traitement et de non-discrimination. Les ressources humaines et financières du Conseil sont garanties par l'IMIO. Le Comité note, d'après le rapport, que le Conseil a, au cours de la période de référence, réalisé une étude sur « la perception de la discrimination raciale ou ethnique par les victimes en 2013 », ainsi qu'une recommandation aux partis politiques et autres acteurs relative à l'arrêt des discours discriminatoires, racistes ou xénophobes dans les campagnes électorales. L'IMIO a, quant à lui, publié en septembre 2015 un guide pratique, cofinancé par l'UE, destiné à informer les personnes qui ont été victimes de discrimination ou délits de haine sur les mécanismes de réponse prévu par la loi ainsi que les démarches et procédures possibles.

Le Comité a, quatrième, demandé des informations sur la surveillance des actes de discrimination et de racisme. Le rapport indique que le système statistique de criminalité (SEC) du Ministère de l'Intérieur recueille, depuis 2011, informations et autres données statistiques relatif aux actes de discrimination et de racisme. Le rapport précise à cet égard que le nombre de plaintes déposées et autres infractions pénales à caractère raciste, xénophobes ou autres, est en constante augmentation enregistrées par le SEC ; conséquence d'une plus grande sensibilisation de la population.

Le rapport indique également que, dans le processus d'élaboration d'une « carte sur les discriminations en Espagne », plusieurs enquêtes ont été réalisées. Un groupe interministériel a également été créé afin d'améliorer le recueil systématique de données empiriques relatives aux plaintes, infractions et sanctions à teneur discriminatoire. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur les activités menées par ce groupe interministériel et les résultats atteints.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 19§1 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions XXI-4 (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'Espagne est conforme à l'article 19§1 de la Charte de 1961.

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 1196^e 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'Espagne en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi qu'il y ait une coopération suffisante entre les services sociaux de l'Espagne et des pays d'émigration et d'immigration.

Le rapport indique que, compte tenu de la compétence reconnue par la Constitution espagnole aux Communautés Autonomes, celles-ci ont adopté leurs propres lois dans le domaine des services sociaux. À cet égard, le rapport indique que, pendant la période de référence, la Direction Générale de l'immigration de la Communauté de Madrid a réalisé plusieurs actions visant l'accueil et l'intégration des populations immigrées dans la région de Madrid. La Communauté s'est, par ailleurs, dotée de centres pour la participation des immigrés (CEPI). Les CEPI sont des espaces de rencontre et d'échange conçus pour favoriser la pleine intégration des immigrés et leurs familles dans la société madrilène. Ils fournissent une assistance juridique, psychosociale, ainsi que des formations et une aide à la recherche d'emploi. Le rapport souligne que les CEPI travaillent en collaboration avec les autorités diplomatiques et les services de l'éducation, du travail et de l'assistance aux femmes et aux enfants des pays d'origine des populations étrangères les plus nombreuses de la Communauté Autonome de Madrid.

Le rapport ajoute que, suite à l'arrivée au pouvoir d'un nouveau gouvernement, le Département du bien-être social de la Communauté Autonome de Castille-La Manche développe de nouvelles lignes stratégiques qui, le cas échéant, devront aboutir à l'élaboration de nouveaux instruments de coopération.

Le Comité comprend que l'éventail des services proposés varie considérablement d'une Communauté Autonome à l'autre. Il demande que le prochain rapport contienne des informations précises sur les mesures prises les autres Communautés Autonomes pour promouvoir la coopération entre leurs services sociaux et les services sociaux des États d'émigration et d'immigration.

Le Comité constate que le rapport ne traite pas de la question des travailleurs espagnols résidant sur le territoire des autres États parties. À cet égard, le Comité rappelle que le champ d'application de l'article 19§3 « s'étend aux travailleurs qui immigreront ainsi qu'à ceux qui partent s'établir sur le territoire d'un autre État. Par conséquent, il demande que le prochain rapport contienne des statistiques sur le nombre de travailleurs migrants espagnols établis dans l'ensemble des autres États parties à la Charte.

Au vu de ce qui précède, le Comité note que les informations communiquées dans le rapport ne lui permettent toujours pas d'apprécier la situation et, notamment de déterminer si la coopération entre services permet aux travailleurs concernés, où qu'ils se trouvent sur le territoire espagnol, de résoudre leurs problèmes personnels et familiaux. Il demande que le prochain rapport contienne une description à jour sur les contacts et les échanges d'informations établis par les services sociaux espagnols, quelle que soit la Communauté Autonome, dans les pays d'émigration et d'immigration. Il rappelle, à cet égard, que les services sociaux publics et/ou privés des pays d'émigration et d'immigration doivent établir entre eux des contacts et des échanges d'informations, afin de faciliter la vie des migrants et de leurs familles, leur adaptation au milieu d'accueil, en même temps que leurs relations avec les membres de leurs familles qui ont pu rester dans leur pays d'origine » (Conclusions XIV-1). Il rappelle également 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. 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 versées, ou celles où il doit régler certaines questions restées en suspens dans le pays où il a travaillé » (Conclusions XIV, Finlande).

Le Comité considère, par conséquent, qu'il n'est toujours pas établi qu'il y ait une coopération suffisante entre les services sociaux de l'Espagne et des pays d'émigration et d'immigration.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 19§3 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi qu'il y ait une coopération suffisante entre les services sociaux de l'Espagne et des pays d'émigration et d'immigration.

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 1196^e 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 espagnoles en réponse à la conclusion selon laquelle il n'était pas établi que les prestations d'assistance sociale ne soient pas exclues du calcul des revenus du travailleur aux fins du regroupement familial.

Le Comité rappelle, à cet égard, 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 (Conclusions XVII-1 (2004), Pays-Bas). 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 (Conclusions 2011, Observation interprétative de l'article 19§6).

Le rapport indique que les prestations d'assistance sociale ne sont comptabilisés/prises en compte que dans l'hypothèse d'un renouvellement du permis de séjour en vue de maintenir/prolonger le regroupement familial, conformément à l'article 61§3, b), du règlement de la loi organique n° 4/2000, telle qu'amendé par la loi organique n° 2/2009 (BOE n°103, du 30 avril 2011). L'article 54 dudit règlement définit les conditions économiques nécessaires à l'obtention d'un permis de séjour en vue du regroupement des membres de la famille du demandeur (ressortissant d'un pays tiers). L'article 54 §4 dispose que les ressources « provenant du système d'assistance sociale ne sont pas comptabilisés dans le calcul du montant des moyens économiques à justifier au moment de demander l'autorisation de résidence temporaire pour regroupement familial, alors que d'autres revenus apportés par le conjoint qui réside en Espagne et qui cohabite avec le regroupant sont pris en compte ». A cet égard, le Comité a précédemment demandé quels sont les prestations réputées relever de l'assistance sociale et, partant, non reconnues comme revenus aux fins du regroupement familial, ainsi que celles qui ne sont pas réputées relever de l'assistance sociale et peuvent, à ce titre, être prises en compte (motif de non-conformité pour manque répété d'informations).

Le Comité constate que le rapport ne fournit aucune information à cet égard, de sorte qu'il réitère sa question et considère, par ailleurs, que la situation en Espagne n'est pas conforme au motif qu'il n'est toujours pas établi que les prestations d'assistance sociale ne soient pas exclues du calcul des revenus du travailleur aux fins du regroupement familial.

Le Comité rappelle qu'en ce qui concerne d'autres aspects couverts par l'article 19§6 la situation sera examinée dans le cadre du cycle régulier de rapports (Conclusions XXI-4 (2019)) et demande que des informations pertinentes et à jour soient fournies dans ce contexte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 19§6 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi que les prestations d'assistance sociale ne soient pas exclues du calcul des revenus du travailleur aux fins du regroupement familial.



janvier 2018

Charte sociale européenne de 1961

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXI-2 (2017)

ROYAUME UNI

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne le Royaume Uni qui a ratifié la Charte de 1961 le 11 juillet 1996. L'échéance pour remettre le 36e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et le Royaume Uni l'a présenté le 11 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 l'hygiène dans le travail (article 3),
- droit à la protection de la santé (article 11),
- droit à la sécurité sociale (article 12),
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13),
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14),
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 4 du Protocole additionnel).

Le Royaume Uni a accepté tous les articles du groupe ci-dessus à excepté les articles 12§§2 à 4 et l'article 4 du Protocole additionnel de 1988.

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

Les Conclusions relatives au Royaume Uni concernent 13 situations et sont les suivantes :

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

En ce qui concerne la situation relative à l'article 13§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 le Royaume Uni en vertu de la Charte de 1961. Le Comité demande aux autorités de corriger 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 sur le contrôle de l'amiante est entré en vigueur le 6 avril 2012. Il met à jour la réglementation précédente compte tenu de l'avis de la Commission européenne selon lequel le Royaume-Uni n'avait pas pleinement mis en œuvre la Directive 2009/148/CE de l'Union européenne sur l'exposition à l'amiante. Selon l'article 2 du nouveau règlement, la valeur limite de concentration d'amiante dans l'atmosphère est de 0,1 fibre/cm³ en moyenne sur une période continue de 4 heures.

* * *

*

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 2 du Protocole additionnel),
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 3 du Protocole additionnel).

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 21 décembre 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 - Règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-2 1961 RESC)

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni.

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

D'après le rapport, le cadre juridique général décrit précédemment (Conclusions XX-2 (2013) et XIX-2 (2009)) est demeuré globalement inchangé. La loi de 1974 relative à la santé et à la sécurité au travail, et son équivalent en Irlande du Nord, la loi de 1978 relative à la santé et à la sécurité au travail (Irlande du Nord) sont les principaux textes législatifs régissant la santé et la sécurité en milieu professionnel du Royaume-Uni.

Le rapport ajoute que plusieurs études de la situation en matière de santé et de sécurité au travail ont été menées par le Gouvernement au cours de la période de référence. Elles ont conclu qu'il n'y avait pas lieu de modifier radicalement la législation. Toutefois, l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité (Health and Safety Executive – HSE) a abrogé et remanié certains textes de loi afin de clarifier le cadre juridique en matière de santé et de sécurité, notamment en l'allégeant de certaines lourdeurs inutiles et en supprimant les dispositions obsolètes ou redondantes.

En ce qui concerne l'Irlande du Nord, le rapport précise que l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité en Irlande du Nord (Health and Safety Executive in Northern Ireland – HSENI) définit sa stratégie de mise en œuvre du cadre juridique dans ses plans stratégiques successifs. Son plan actuel pour 2011-2015 fixe la voie à suivre pour une meilleure réglementation de la santé et de la sécurité au travail. Il a été prolongé jusqu'en 2017.

Le rapport souligne que l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité est tenue de consulter les parties concernées sur toute proposition de réglementation (article 50(3) de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail et article 16(2) du Code de conduite). Les partenaires sociaux (syndicats et organisations patronales) sont systématiquement consultés sur la formulation, la mise en œuvre et le suivi de la stratégie nationale en matière de santé et de sécurité au travail.

S'agissant de l'île de Man, le rapport précise que le cadre législatif en matière de santé et de sécurité repose sur la loi relative à la santé et à la sécurité au travail adoptée par le Parlement du Royaume-Uni en 1974 (telle qu'appliquée à l'île) et sur le Règlement de 2003 relatif à la gestion de la santé et de la sécurité au travail. La loi et le règlement sont des adaptations à l'île de Man de la législation en vigueur au Royaume-Uni. Ces deux textes fondamentaux sont complétés par divers règlements et lois portant sur des risques et secteurs d'activité spécifiques. En 2012, deux règlements ont été abrogés – le règlement de 1985 relatif à la santé et à la sécurité dans le secteur du bâtiment et le règlement de 1999 relatif à la protection de la tête dans le secteur du bâtiment. La législation en matière de santé et de sécurité au travail s'applique à tous les employeurs, salariés et entrepreneurs qui exercent des activités sur l'île, y compris à ceux qui relèvent d'autres juridictions.

Le Comité souligne qu'en vertu des dispositions de l'article 3§1 de la Charte de 1961, 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§1 de la Charte de 1961, Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport précise que la loi de 1974 relative à la santé et à la sécurité au travail et le règlement de 1999 relatif à la gestion de la santé et de la sécurité au travail prévoient un système de gestion des risques sur les lieux de travail –qui comprennent le stress, les agressions et la violence dans le travail – obligeant les employeurs à évaluer l'ensemble de ces risques et à prendre toute autre mesure qui s'impose. Aux termes de l'article 2 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité peut prendre des mesures à l'encontre d'un employeur qui n'aurait pas évalué les risques présents dans son entreprise ou pris des mesures

suffisantes pour éviter tout préjudice à ses salariés. Les cas de violence dans le travail ayant entraîné une affection répondant aux critères définis par les règles révisées applicables à la déclaration des accidents du travail, des maladies professionnelles et des situations dangereuses (RIDDOR) (en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2013) doivent être signalés à l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité.

En ce qui concerne l'île de Man, le rapport souligne que la détection des maladies liées au stress fait partie intégrante et constitue un élément important des inspections et des enquêtes menées par l'Inspection de la santé et de la sécurité au travail. Les inspecteurs ont été formés pour déceler les causes possibles de stress et appliquent les instructions de l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité du Royaume-Uni lorsqu'ils interviennent sur des lieux de travail. Lors de leurs interventions, les inspecteurs tiennent aussi compte des conséquences que les agressions ou la violence sur un lieu de travail peuvent avoir sur la santé et la sécurité des travailleurs.

Le rapport ajoute que l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité a mis au point un système de normes de gestion (Management Standards) permettant de lutter contre le stress au travail dans les différentes situations qu'un employeur peut rencontrer. Il s'agit d'un outil sophistiqué d'évaluation des risques qui, notamment, informe les employeurs de la procédure d'évaluation des risques.

Protection contre les agents et substances dangereux

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

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le rapport ne fait état d'aucun changement de la situation que le Comité a précédemment jugée conforme à la Charte (Conclusions XX-2 (2013)). Cependant, le Comité relève dans les informations publiées sur le site web de l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité que le règlement sur le contrôle de l'amiante est entré en vigueur le 6 avril 2012. Il met à jour la réglementation précédente compte tenu de l'avis de la Commission européenne selon lequel le Royaume-Uni n'avait pas pleinement mis en œuvre la Directive 2009/148/CE de l'Union européenne sur l'exposition à l'amiante. Selon l'article 2 du nouveau règlement, la valeur limite de concentration d'amiante dans l'atmosphère est de 0,1 fibre/cm³ en moyenne sur une période continue de 4 heures.

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 à la Charte (Conclusions XX-2 (2013)). En l'absence de toute information actualisée, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, et notamment sur toute modification qui y aurait été apportée pendant la période de référence concernant précisément ces questions. 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 réglementation en ce qui concerne les travailleurs en situation d'emploi atypique.

Protection des travailleurs temporaires

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations complètes et actualisées sur ce point. Le rapport ne fait état d'aucune évolution

du cadre juridique régissant la protection des travailleurs temporaires. L'Autorité pour l'hygiène et la sécurité a publié des recommandations révisées sur les principaux aspects de la question. Elles précisent en particulier à qui incombe la responsabilité de la formation et du respect des prescriptions relatives à l'utilisation des équipements de protection individuelle.

Autres catégories de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé quelles catégories de travailleurs domestiques étaient couvertes par la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité, outre les professionnels de santé et les travailleurs sociaux. Il a aussi demandé quelles mesures avaient été prises pour protéger la santé et la sécurité des employés de maison sans qu'il y ait d'ingérence dans le domicile privé. En réponse, le rapport précise que le personnel de maison employé par des particuliers n'est ni couvert par la loi relative à la santé et à la sécurité en vigueur au Royaume-Uni, ni par la législation connexe, alors que les autres travailleurs exerçant dans un cadre domestique, tels que les professionnels de santé ou les travailleurs sociaux, le sont. Le travail domestique est un travail effectué au domicile d'un particulier et régi par un contrat de travail. Il couvre des professions telles que les aidants, le personnel de ménage, les jardiniers, les secrétaires ou les cuisiniers. Le rapport ajoute qu'il ne serait ni proportionné, ni pratique, d'étendre les dispositions pénales de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail, notamment celles qui concernent les inspections, aux ménages privés qui emploient des travailleurs domestiques, en ce que cela leur imposerait des contraintes disproportionnées et poserait des problèmes au regard du respect de la vie privée. Le Comité considère qu'en absence de la protection de tous les travailleurs domestiques, la situation n'est pas conforme à la Charte.

D'après le rapport, la législation sur la santé et la sécurité a été modifiée à compter du 1^{er} octobre 2015 pour ce qui concerne les travailleurs indépendants. En effet, l'article 3(2) de la loi de 1974 relative à la santé et à la sécurité au travail ne s'applique plus désormais aux travailleurs indépendants dont l'activité professionnelle ne présente aucun risque pour la santé et la sécurité d'autrui, à savoir les autres travailleurs et la population en général. Cependant, pour les activités à risques visées dans l'annexe au règlement, les travailleurs indépendants doivent continuer de respecter certaines obligations vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui. Il s'agit d'activités exercées par de nombreux travailleurs indépendants qui donnent lieu, selon les données statistiques, à de nombreux accidents mortels et non mortels et pour lesquelles l'Union européenne oblige les travailleurs indépendants à se protéger contre les risques menaçant leur propre santé et sécurité (travail dans les secteurs de l'agriculture, du bâtiment, du gaz ou des chemins de fer, travail avec de l'amiante ou des OGM). Le règlement contient également une disposition précisant que les travailleurs indépendants dont l'activité professionnelle présente un risque pour autrui demeurent soumis aux obligations prescrites par l'article 3(2) de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail. L'article 1 de la loi de déréglementation de 2015 restreint le champ d'application de l'article 3(2) de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, de sorte que seuls les travailleurs indépendants qui exercent une activité décrite dans le règlement continuent d'être soumis aux obligations prévues par cette disposition.

Le Comité rappelle qu'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 considère que la situation n'est pas conforme à la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte au motif que les travailleurs indépendants et les travailleurs domestiques ne sont pas suffisamment 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 2 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène (Art. 3-3 1961 RESC)

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le rapport fait état d'une diminution du nombre d'accidents mortels et non mortels de travailleurs ou de membres de la population survenus en relation avec une activité professionnelle et déclarés par les employeurs conformément aux règles applicables à la déclaration des accidents du travail, des maladies professionnelles et des situations dangereuses (RIDDER, telles que modifiées en 2013) : le nombre d'accidents est passé de 111 299 (soit un taux de 442,6 pour 100 000 salariés) en 2011/2012 à 76 054 (soit un taux de 292,9) en 2014/2015 et le nombre d'accidents mortels est passé de 171 (soit un taux de 0,58) en 2011/2012 à 142 (soit un taux de 0,46) en 2014/2015.

En ce qui concerne l'Irlande du Nord, le rapport fait aussi état d'une diminution du nombre d'accidents du travail, avec 3 119 accidents en 2011/2012, soit un taux de 447 accidents pour 100 000 salariés et 2 740 accidents en 2014/15, soit un taux de 381 accidents pour 100 000 salariés. D'après le rapport, le nombre d'accidents mortels du travail en Irlande du Nord était de 4 en 2011/12, soit un taux de 1 pour 100 000 salariés, de 3 en 2012/13 et en 2013/14, soit un taux de 0,43 et de 7 en 2014/15, soit un taux de 0,97.

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 (il est passé de 227 676 en 2012 à 244 948 en 2014). Le taux d'incidence normalisé des accidents non mortels du travail, également en hausse, est passé de 894,32 pour 100 000 travailleurs en 2012 à 1 015,31 en 2014. Le Comité note que ces taux sont largement 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 augmentation, est passé de 161 en 2012 à 239 en 2014. Le taux d'incidence normalisé des accidents mortels du travail est passé de 1,37 pour 100 000 travailleurs en 2012 à 1,62 en 2014. Le Comité note que ces taux demeurent largement inférieurs aux taux moyens relevés dans l'UE des 28 (2,42 en 2012 et 2,32 en 2014). Le Comité demande que le prochain rapport explique la divergence entre les chiffres relatifs aux accidents du travail indiqués dans le rapport et ceux publiés par EUROSTAT.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a pris note du nombre particulièrement faible de maladies professionnelles signalées en Irlande du Nord et a demandé si ces résultats étaient dus à un problème de sous-déclaration. En réponse, le rapport explique qu'on ne saurait attribuer avec certitude le faible nombre de maladies professionnelles signalées à un problème de sous-déclaration. L'Autorité pour l'hygiène et la sécurité en Irlande du Nord (HSENI) a fait de la santé au travail l'une de ses priorités et a mis l'accent sur certaines maladies (maladies liées à l'amiante, silicose, troubles musculosquelettiques, asthmes professionnels, etc.). Selon le rapport, en Irlande du Nord, 32 maladies professionnelles ont été déclarées en 2011/12, onze en 2012/13, dix-sept en 2013/14 et quatorze en 2014/15. Le Comité demande quelles mesures ont été prises pour remédier à d'éventuelles la sous-déclaration de maladies professionnelles en Irlande du Nord.

Le rapport ne contient pas de données chiffrées concernant les maladies professionnelles en Grande Bretagne. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur cet aspect.

Activités de l'Inspection du travail

Selon le rapport, le système d'inspection du travail de la Grande-Bretagne continue de s'appliquer à tous les lieux de travail. La politique adoptée par l'Autorité pour l'hygiène et la

sécurité (HSE) insiste sur la nécessité pour les inspecteurs de cibler les principaux risques et de prendre des mesures proportionnées. Les inspecteurs axent leur action sur les risques graves et sur les employeurs qui recherchent avant tout le profit au détriment du contrôle des risques et du respect de la loi. Dans le cadre de la réforme du système de santé et de sécurité mise en œuvre par le Gouvernement depuis 2011 avec le lancement du programme “Good Health and Safety, Good for Everyone”, une nouvelle catégorie d’industries a été définie, à savoir les industries à risques « non-majeurs » : dans cette catégorie, seuls les secteurs présentant les risques les plus élevés font l’objet de contrôles. Les secteurs où les risques sont plus faibles ne sont pas visés par les inspections, que l’on considère comme moins efficaces sur le plan des résultats. Néanmoins, toute entreprise qui ne respecte pas suffisamment les prescriptions en matière de santé et de sécurité, quel que soit son secteur d’activité, peut faire l’objet d’une visite de contrôle. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur le nouveau système, et notamment sur le nombre d’inspecteurs du travail.

Le rapport ajoute que l’Inspection de la santé et de la sécurité au travail (Health and Safety at Work Inspectorate – HSWI) de l’île de Man, qui dépendait précédemment du Département de l’infrastructure, a été intégrée au Département de l’environnement, de l’alimentation et de l’agriculture en juillet 2014, afin de regrouper les inspecteurs chargés de la santé et de la sécurité au travail avec l’équipe des inspecteurs chargés de la santé environnementale. Les inspecteurs chargés de la santé environnementale contrôlent l’hygiène et la sécurité dans les commerces, les bureaux, les restaurants et certaines maisons de retraite, tandis que les inspecteurs chargés de la santé et de la sécurité au travail contrôlent l’hygiène et la sécurité sur les sites industriels, dans les exploitations agricoles, sur les chantiers de construction et dans les locaux de l’administration. Toutes les questions de santé et de sécurité au travail et de santé et de sécurité publiques sont désormais couvertes par le même groupe d’inspecteurs professionnels (huit inspecteurs et deux responsables).

Le Comité rappelle qu’en vertu de l’article 3§2 de la Charte de 1961, 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§2, Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique en réponse que l’Autorité pour l’hygiène et la sécurité développe actuellement une version en ligne de son questionnaire et de son outil d’analyse, qui permettra d’effectuer des analyses en temps réel dans les petites entreprises. Elle met également au point un outil d’évaluation des risques liés au stress au travail offrant des indications adaptées à la taille de l’entreprise et plus facile d’utilisation par les petites structures.

Le rapport précise par ailleurs que l’Autorité pour l’hygiène et la sécurité procède actuellement à une révision de son dispositif de lutte contre le stress lié au travail et, à cette fin, travaille en coopération directe avec les employeurs représentant les secteurs d’activité où les taux d’incidence du stress lié au travail sont statistiquement supérieurs à la moyenne, dans le but de réunir des données plus précises sur les facteurs de stress, de s’assurer de la pertinence du système de normes de gestion (Management Standards approach) au regard de ces facteurs de stress et de fournir des recommandations complémentaires ou spécifiques aux entreprises de ces secteurs.

Le rapport fournit les données chiffrées suivantes : s’agissant de la Grande Bretagne, l’Autorité pour l’hygiène et la sécurité a délivré 9 908 injonctions d’exécution portant sur la santé et la sécurité en 2011/12, 8 807 en 2012/13, 10 119 en 2013/14 et 9 446 en 2014/15. Aux mêmes périodes, les autorités locales ont délivré respectivement 6 045, 4 693, 3 671 et 2 984 injonctions portant sur la santé et la sécurité. En ce qui concerne les poursuites engagées par l’Autorité pour l’hygiène et la sécurité, le Comité note que 576 dossiers ont été déférés au parquet (531 condamnations, soit un taux de condamnation de 92 %) en 2011/12, 606 (575 condamnations, soit un taux de condamnation de 95 %) en 2012/13, 605 (567 condamnations, soit un taux de condamnation de 94 %) en 2013/14 et 650 (606 condamnations, soit un taux de condamnation de 93 %) en 2014/15. Les autorités locales

ont déféré 98 dossiers au parquet (95 condamnations, soit un taux de condamnation de 97 %) en 2011/12, 109 dossiers (104 condamnations, soit un taux de condamnation de 95 %) en 2012/13, 92 dossiers (89 condamnations, soit un taux de condamnation de 97 %) en 2013/14 et 78 dossiers (76 condamnations, soit un taux de condamnation de 97 %) en 2014/15. Le Comité relève dans le Rapport et Comptes annuels de l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité 2014/15 que ses effectifs totaux (employés à temps plein), en ce compris le personnel du Laboratoire de l'hygiène et de la sécurité, s'élevaient à 2 454 personnes au 31 mars 2015, contre 3 183 au 31 mars 2013.

En ce qui concerne l'Irlande du Nord, le rapport fournit les données chiffrées suivantes : l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité en Irlande du Nord a délivré 285 injonctions d'exécution portant sur la santé et la sécurité en 2011/12, 315 en 2012/13, 254 en 2013/14 et 203 en 2014/15. Elle a effectué 13 755 visites de contrôle en 2011/12, 15 084 en 2012/13, 13 922 en 2013/14 et 10 516 en 2014/15. À cette occasion, elle a déféré 35 dossiers au parquet en 2011/12, 19 en 2012/13, 21 en 2013/14 et 29 en 2014/15.

S'agissant de l'île de Man, le rapport fournit les données chiffrées suivantes pour 2012-2016 : l'Inspection de la santé et de la sécurité a délivré quatorze injonctions ordonnant des mesures correctives, 26 ordonnances de cessation d'activité et quatre avertissements officiels. Quatorze dossiers ont été déferés pour examen au Bureau du Procureur général, dont onze ont donné lieu à l'ouverture de poursuites et trois à l'adoption d'autres mesures par l'Inspection. Le nombre d'interventions sur site (inspections et enquêtes inopinées) est resté stable, à savoir 382 en 2012/2013 et 386 en 2015/16.

Le Comité prend note de ces informations. Cependant, afin d'apprécier la conformité de la situation avec cette partie de l'article 3§2, le Comité a besoin de connaître 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 pendant les années couvertes par la période de référence. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

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

Paragraphe 3 - Consultation des organisations professionnelles en matière de sécurité et d'hygiène

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni.

Le rapport indique que la situation n'a pas changé durant la période de référence. Les partenaires sociaux sont consultés et interviennent par le biais du Bureau de l'Autorité pour l'hygiène et la sécurité et des Comités consultatifs de l'industrie. L'Autorité pour l'hygiène et la sécurité diffuse des documents consultatifs afin de recueillir différents avis. Les partenaires sociaux (notamment les syndicats) sont systématiquement consultés sur la formulation, la mise en œuvre et le suivi de la stratégie nationale en matière de santé et de sécurité au travail. L'Autorité pour l'hygiène et la sécurité en Irlande du Nord (HSENI) fonctionne selon des modalités similaires.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 3§3 de la Charte de 1961.

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 Royaume-Uni.

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 81,2 ans (80,5 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 relève, d'après les données de la Banque mondiale, que le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) est resté stable (9 décès pour 1 000 habitants en 2015, 9,02 en 2010).

Le rapport indique que la mortalité infantile a baissé, passant de 4,6 décès d'enfants pour 1 000 enfants nés vivants en 2008 à 3,7 décès d'enfants en 2014. 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.

Le rapport fait en outre état d'une baisse du taux de mortalité maternelle, passé de 13,95 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes sur la période 2003-2005 à 9,02 décès sur la période 2011-2013.

Les principales causes de décès restent les maladies cardiovasculaires (MCV), les maladies respiratoires, le diabète et les cancers. Le Comité relève dans le rapport les informations détaillées décrivant les mesures prises pour réduire la mortalité prématurée due à ces affections.

Le rapport indique que l'Irlande du Nord a un taux de mortalité global supérieur à celui de l'Angleterre et du pays de Galles, mais inférieur à celui de l'Écosse. Les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer et les affections respiratoires constituent toujours les principales causes de décès chez les deux sexes. Le Comité relève sur le site internet de la Commission pour l'égalité et les droits de l'homme (Equality and Human Rights Commission) que l'Écosse affiche le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires le plus élevé d'Europe occidentale depuis les années 1980. De surcroît, la mortalité globale due au cancer y est supérieure pour les hommes comme pour les femmes, par comparaison avec les hommes et les femmes vivant en Angleterre et au pays de Galles.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations sur les mesures concrètes prises pour réduire la mortalité due aux affections susmentionnées en Angleterre, en Écosse, au pays de Galles et en Irlande du Nord, ainsi que des données statistiques sur le nombre de décès prématurés dus à ces pathologies.

Accès aux soins de santé

Le Comité relève, d'après les données de l'OCDE, que les dépenses totales de santé représentaient 9,8 % du PIB en 2015, pourcentage proche de la moyenne de l'UE (9,9 %). La moyenne des pays de l'OCDE était quant à elle de 8,9 % en 2013.

Le Comité a noté précédemment que les soins de santé primaires du NHS étaient essentiellement dispensés par les médecins généralistes sous contrat avec le NHS (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport précise qu'à l'heure actuelle, l'inscription sur la liste de patients d'un généraliste en Angleterre n'est pas soumise à une condition de résidence. Les démarches à accomplir sont décrites dans la loi régissant les contrats entre le NHS England et des prestataires individuels de services de soins primaires. Le Comité relève dans le rapport les mesures prises en vue d'améliorer l'accès aux généralistes en Angleterre (comme le service d'assistance téléphonique « NHS Direct » et les « NHS Walk-in Centres », qui reçoivent les patients sans rendez-vous).

Le Comité note également les mesures et initiatives prises en Écosse. Le Gouvernement écossais ambitionne de développer un service moderne de soins de santé primaires assurés par davantage de généralistes travaillant dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, aux côtés d'infirmiers, de pharmaciens, d'optométristes et d'autres professionnels de santé qui conjuguent leurs efforts pour aider les patients à bien vivre dans leur quartier et leur permettre d'avoir accès à la bonne personne au moment voulu. La récente enquête de 2015-2016 (Health and Care Experience Survey), qui interroge les patients sur leur expérience dans le système de soins, fait apparaître un tableau globalement positif de l'accès aux médecins généralistes. Plus de 90 % des patients en médecine générale ont déclaré avoir pu voir ou parler à un médecin ou à une infirmière deux jours ouvrables après avoir demandé un rendez-vous. Le nombre de répondants satisfaits des horaires d'ouverture de leur cabinet médical est en hausse.

Le rapport indique qu'en Irlande du Nord, les patients ne peuvent accéder à un traitement que s'ils sont inscrits auprès d'un médecin ; ne peuvent s'inscrire que les personnes considérées comme étant « résident ordinaire » en Irlande du Nord. Les soins d'urgence et les traitements immédiatement nécessaires (c.-à-d. les traitements qui ne peuvent raisonnablement être différés) doivent être dispensés gratuitement par un médecin généraliste, que le patient soit ou non inscrit.

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport sur le système de santé et les mesures prises dans l'île de Man. L'accès à une prise en charge globale (y compris la maternité, la petite enfance et les programmes de prévention et d'amélioration de la santé) est assuré aux patients à l'endroit où ils sont traités, où ils bénéficient de soins de proximité et de soins primaires et secondaires. Les soins tertiaires sont prodigués par les centres spécialisés de référence en Angleterre. Les priorités actuelles en termes d'amélioration de la santé publique sont la réduction des facteurs de risque liés au mode de vie – comme le tabagisme, le surpoids et l'obésité, l'abus de drogue et d'alcool – et la santé sexuelle.

S'agissant des délais d'attente dans les hôpitaux, le Comité a précédemment noté que depuis le 1^{er} janvier 2009, la norme appliquée en Angleterre est que nul ne devrait attendre plus de dix-huit semaines entre la demande du médecin généraliste et le début du traitement hospitalier ou de toute autre intervention appropriée sur le plan clinique, à moins que l'intéressé ne choisisse d'attendre plus longtemps ou que cela ne soit indiqué d'un point de vue médical. Il a demandé que le rapport suivant indique dans quelle mesure cette norme est respectée dans la pratique (Conclusions XX-2 (2013)).

Le rapport indique que les statuts du NHS prévoient un *droit d'accès à certains services dans des délais d'attente maximaux ou autorisent le NHS à prendre toutes les dispositions nécessaires pour proposer une liste de prestataires de remplacement si cela n'est pas possible*. Le guide des statuts du NHS (*Handbook to the NHS Constitution*) définit les deux droits applicables en la matière : i) lorsque l'état de santé d'un patient orienté vers un service de consultation spécialisé ne présente pas un caractère d'urgence, l'intéressé doit pouvoir commencer un traitement dans un délai maximum de dix-huit semaines ; ii) lorsqu'un généraliste suspecte un cancer et adresse d'urgence le patient à un spécialiste, l'intéressé doit pouvoir consulter le spécialiste dans un délai maximum de deux semaines. Le rapport énumère les critères de fonctionnement qui sont exprimés par le NHS England sous forme de pourcentages fixant le niveau minimum de performance attendu (par exemple 95 % des patients doivent faire l'objet d'une décision d'admission, de transfert ou de sortie dans les quatre heures suivant leur arrivée, pour tous les types d'accident et services d'urgence). Il souligne toutefois que du fait de la demande grandissante induite par l'augmentation et le vieillissement de la population, le respect de ces critères est devenu plus difficile ces dernières années. En septembre 2016, les objectifs fixés, à savoir un délai maximum de quatre heures pour la prise en charge en cas d'accident et pour l'attente aux urgences, de dix-huit semaines entre l'orientation vers un spécialiste et le traitement, de 62 jours pour commencer un traitement contre le cancer et de six semaines pour la réalisation des examens nécessaires au diagnostic, ne sont pas tenus.

Les données chiffrées fournies dans le rapport montrent que le nombre de patients ayant attendu plus longtemps que les délais fixés était en hausse vers la fin de la période de référence en Irlande du Nord. À titre d'exemple, au 31 décembre 2015, 52,4 % (35 113) des patients attendaient plus de treize semaines pour une hospitalisation ou un traitement en hôpital de jour ; parmi ces patients, 21 413 avaient dû patienter plus de vingt-six semaines. Toujours au 31 décembre 2015, 70 % (164 638) des patients attendaient plus de neuf semaines pour un premier rendez-vous en régime ambulatoire ; parmi ces patients, 122 771 avaient attendu plus de dix-huit semaines.

Le Comité demande que le prochain rapport continue d'informer des tendances en matière de temps d'attente pour les soins hospitaliers et ambulatoires, données chiffrées à l'appui. Il réserve sa position sur ce point.

Le rapport indique que les niveaux de surpoids et d'obésité en Angleterre restent élevés. Les données montrent que 62 % des adultes et 31 % des enfants sont en surcharge pondérale ou obèses. Le Comité relève le constat préoccupant de la Commission pour l'égalité et les droits de l'homme, à savoir que le nombre de personnes ayant un poids normal ou idéal (le poids santé) est en baisse et que l'obésité est en hausse. En Grande-Bretagne, seuls de 30 à 40 % des hommes et des femmes ont un poids normal ou idéal qui leur assure un état de santé optimal. Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport sur les mesures prises et les campagnes qui ont été lancées, comme le plan d'action pour lutter contre l'obésité infantile (« Childhood Obesity : A Plan for Action ») et les campagnes « Change4Life » (Changer pour vivre mieux) et « Start4Life » (Un bon départ pour la vie !). Il prend également note du lancement en Irlande du Nord, en 2012, d'une stratégie décennale de prévention de l'obésité. Le Comité demande que le rapport suivant donne des informations à jour sur les taux d'obésité et de surpoids ainsi que sur l'impact et les résultats concrets des mesures prises pour prévenir et réduire l'obésité chez l'adulte comme chez l'enfant.

En ce qui concerne la santé mentale, le rapport indique que selon NHS England, les maladies mentales étaient la première cause de handicap en Angleterre en 2014-2015. D'après les estimations, une personne sur quatre serait atteinte de troubles mentaux. Le Comité relève dans le rapport la mise en place d'une série de mesures destinées à réformer les services de santé mentale. Citons à cet égard des programmes comme la stratégie de prévention du suicide (« Suicide Prevention Strategy ») et la publication de différents documents dont « *Closing the Gap : Priorities for essential change in mental health* » (Comblent les lacunes : priorités pour un changement essentiel en santé mentale), « *Better Access to Mental Health by 2020* » (Pour un meilleur accès à la santé mentale à l'horizon 2020), qui énonce pour la première fois l'engagement de fixer des délais d'attente à respecter en psychiatrie, et les rapports « *Future in Mind – children and young people mental health* » (Pensons à l'avenir : la santé mentale des enfants et des adolescents) et « *Five Year Forward View for Mental Health* » (Santé mentale : horizon cinq ans) établis par le groupe de travail indépendant sur la santé mentale (Independent Mental Health Taskforce), qui énoncent la vision du NHS en matière de transformation des services de santé mentale d'ici à 2020-2021. Le Comité note également les mesures prises en Écosse, principalement dans le cadre de la stratégie de santé mentale pour la période 2012-2015 (Mental Health Strategy 2012-2015). Au pays de Galles, le programme « *Together for Health* » (*Ensemble pour la santé*) décrit plusieurs plans d'action pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre des pathologies telles que les maladies cardiaques, le cancer, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les troubles neurologiques, les affections respiratoires ou les maladies du foie et la prise en charge des personnes gravement malades et de la fin de vie. Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations sur l'impact et les résultats concrets des mesures prises pour améliorer la santé mentale de la population.

Le Comité relève, d'après les données de la Commission pour l'égalité et les droits de l'homme, que les groupes vulnérables qui subissent la pression de la pauvreté ou de la

victimisation ont des taux plus élevés de maladies mentales. Le risque d'obtenir de mauvais scores de santé mentale est supérieur pour certains groupes ethniques qui ont un taux de pauvreté élevé (ainsi, le risque de connaître des problèmes de santé mentale est presque deux fois supérieur chez les Bangladais de sexe masculin que chez les hommes blancs). La santé mentale serait un sujet de préoccupation pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT). Le Comité demande des observations à ce sujet dans le prochain rapport. Il demande également 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).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961.

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 Royaume-Uni.

Education et sensibilisation de la population

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des exemples d'activités concrètes et de campagnes menées par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport fait état de la création par le Gouvernement, en avril 2013, d'une agence exécutive du ministère de la Santé, Public Health England (PHE). PHE aide les collectivités locales à s'acquitter de leur mission d'amélioration de l'état de santé de leur population, notamment en leur fournissant tous les éléments dont elles ont besoin et des conseils concernant les interventions de santé publique.

Le rapport présente l'éventail des campagnes menées par PHE : i) des campagnes nationales visant à améliorer l'état de santé de la population (par exemple campagne de vaccination contre la grippe, action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes avec le lancement du site « Rise Above » ; la promotion du service « Talk to Frank » qui offre des conseils aux usagers de drogues et à leurs proches) ; ii) des campagnes de marketing social comme « Starting Well » (Bien commencer), dont l'un des temps forts est la campagne « Change4Life », « Living Well » (Bien vivre), qui utilise la marque « One You » pour motiver et aider les adultes à mener une vie plus saine et incite à l'arrêt du tabac, ou encore « Ageing Well » (Bien vieillir), qui encourage à apprendre à connaître une série de signes de maladies comme le cancer et à agir dès l'apparition des premiers symptômes, facilitant ainsi un diagnostic plus précoce et, partant, l'amélioration des taux de survie ; iii) des campagnes ciblées sur la maternité et la petite enfance, notamment dans le cadre du programme « Best Start in Life » (Le meilleur départ pour la vie) dont les grands axes sont la réduction du tabagisme pendant la grossesse, l'amélioration de la santé mentale périnatale et de la santé bucco-dentaire, la réduction des inégalités en termes de maîtrise de la parole et du langage et dans le champ de la communication, et la réduction des dommages résultant des accidents ; iv) enfin, des campagnes menées dans le cadre du programme « Healthy Child » (Garder votre enfant en bonne santé) – mis en œuvre par les infirmières scolaires – sur des thèmes tels que la santé sexuelle, une alimentation saine, le lavage des mains et la résistance aux antimicrobiens.

Le Comité a précédemment demandé des informations actualisées sur l'éducation à la santé en milieu scolaire en Angleterre, notamment si elle constitue une obligation légale, comment elle est organisée dans les programmes scolaires (matière distincte ou intégrée dans d'autres cours), et en quoi elle consiste (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport explique que le programme « Change4Life » met à la disposition des écoles qui souhaitent s'engager, à l'échelle de tout l'établissement, dans des actions en faveur du maintien d'un poids idéal des ressources qui vont les aider à mettre en place cette démarche, par exemple des brochures encourageant la pratique quotidienne d'une activité physique et une alimentation saine. PHE a publié en novembre 2015 un guide d'aide à l'action intitulé *“What works in schools and colleges to increase physical activity”*, qui présente des initiatives réussies de promotion de l'activité physique en milieu scolaire. Dans le cadre du plan d'action pour lutter contre l'obésité infantile, un dispositif d'évaluation des mesures prises pour aller vers une école saine (Healthy Schools Rating Scheme) va être élaboré et mis en place dans le primaire à compter de l'année scolaire 2017-2018. Les critères d'évaluation porteront sur l'activité physique, l'alimentation saine, la santé affective et le bien-être.

Le Comité rappelle que l'éducation à la santé à l'école doit couvrir les sujets suivants : la prévention du tabagisme et de l'abus d'alcool, l'éducation sexuelle et reproductive, en particulier en ce qui concerne la prévention des maladies sexuellement transmissibles et le sida, la sécurité routière et la promotion d'habitudes alimentaires saines. Il demande

confirmation dans le prochain rapport que les matières susmentionnées sont couvertes par le programme scolaire partout dans le Royaume-Uni.

Le rapport indique en outre que l'éducation en matière de drogues et d'alcool est déjà une composante obligatoire du programme de sciences national pour les élèves âgés de 14 à 16 ans (Key Stage 4). Ils sont informés des effets des drogues dites récréatives, dont l'alcool, sur le comportement, la santé et les processus vitaux de l'organisme. La stratégie du Gouvernement en matière de lutte contre les drogues confirme l'engagement de fournir une information exacte aux jeunes, mais aussi à leurs parents et aux personnes qui s'occupent d'eux, concernant les drogues et l'alcool par le biais de l'éducation et du service FRANK d'information et de conseil sur les drogues.

Le rapport indique que dans l'île de Man, les enseignants mettent en œuvre un programme complet d'éducation en milieu scolaire comportant des volets axés sur la personne et la santé, l'économie et le social, supervisé par le ministère de l'Éducation et de l'Enfance (Department of Education and Children). Il existe aussi un programme visant à favoriser le bien-être émotionnel et la résilience chez les enfants et les jeunes.

Le Comité relève dans le rapport les mesures qui ont été prises et les campagnes, comme « Childhood Obesity : A Plan for Action », « Change4Life » et « Start4Life », qui ont été lancées pour prévenir et réduire le surpoids et l'obésité.

Le Comité demande des informations mises à jour dans le prochain rapport sur les mesures concrètes et les campagnes entreprises en Angleterre, en Écosse, au pays de Galles, en Irlande du Nord et dans l'île de Man.

Consultation et dépistage des maladies

Le Comité a demandé précédemment des informations concrètes sur les examens médicaux organisés pendant la scolarité (notamment leur fréquence, leurs objectifs et la proportion d'élèves concernés) (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que le programme national de mensuration des enfants (National child measurement programme ou NCMP) a pour objectif de mesurer et peser tous les enfants âgés de 5 et 6 ans et de 10 et 11 ans scolarisés dans le public. La campagne de mensuration 2015-2016 a concerné 95 % des élèves. Conçu à l'origine comme un outil de surveillance pour déterminer la prévalence de l'obésité chez les enfants scolarisés en école primaire, ce programme est aujourd'hui utilisé comme une méthode de dépistage et comme un moyen d'offrir un soutien aux enfants ayant un problème de poids. Des programmes analogues sont menés à bien (dans le même but et avec la même fréquence) sur l'ensemble du territoire britannique, comme le programme de mensuration des enfants du pays de Galles (Child Measurement Programme for Wales) et le programme écossais de santé de l'enfant (Scottish Child Health Programme).

Le Comité a demandé que le rapport suivant indique quelles activités de dépistage sont financées et organisées par le système de santé publique (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que le programme « Healthy Child » (Des enfants en bonne santé) permet à chaque famille d'avoir accès à un programme d'examens de dépistage, de vaccination et de suivi du développement ainsi qu'à des informations et des conseils sur l'art d'être parent et sur les choix favorables à la santé. Lors des consultations réalisées dans le cadre de ce programme, les « health visitors » (c.-à-d. des professionnels de santé qui s'occupent du suivi normal des enfants) offrent aux parents conseils et soutien pour les aider à mieux s'occuper de leurs enfants. Le Comité rappelle que des consultations et dépistages gratuits et réguliers doivent exister pour les femmes enceintes et être répartis sur tout le territoire. Il demande des informations actualisées sur les programmes de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et leur fréquence dans tout le Royaume-Uni.

Le rapport mentionne également un important programme élaboré par Public Health England (PHE), qui vise la prévention des maladies cardio-vasculaires. Un des volets de ce

programme sont les bilans de santé gratuits proposés tous les cinq ans par le NHS (NHS Health Checks) aux personnes âgées de 40 à 75 ans. Le Comité relève dans le rapport l'existence de programmes nationaux de dépistage ciblant l'ensemble des enfants et adultes au pays de Galles.

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport concernant les programmes de dépistage disponibles dans l'île de Man (cancer du sein, cancer du col de l'utérus et cancer de l'intestin).

Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations actualisées sur les programmes de dépistage s'adressant à la population dans son ensemble, pour l'Angleterre, l'Écosse, le pays de Galles, l'Irlande du Nord et l'île de Man.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 11§2 de la Charte de 1961.

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 Royaume-Uni.

Environnement sain

Le Comité a précédemment pris note des différents règlements et mesures applicables concernant la réduction des risques environnementaux, en particulier dans les domaines de la qualité de l'air, de la qualité de l'eau, du bruit et de la sécurité alimentaire (Conclusions XX-2 (2013)). Il relève dans le rapport les mesures prises durant la période de référence dans les domaines de la qualité de l'eau, de la pollution des sols, de l'exposition au bruit et de la sécurité alimentaire.

Le Comité a demandé 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 étaient en augmentation ou en diminution (Conclusions XX-2 (2013)).

S'agissant de la pollution de l'air, le rapport intitulé *"Air Pollution in the United Kingdom 2015"* conclut que, globalement, les dernières données disponibles sur la pollution atmosphérique au Royaume-Uni montrent une amélioration par rapport à celles de l'année antérieure. Le rapport indique que l'Inspection de l'eau potable (Drinking Water Inspectorate) publie des rapports annuels sur la qualité de l'eau potable. Il ajoute que l'eau potable au Royaume-Uni a une qualité optimale et répond aux normes les plus exigeantes. C'est l'une des meilleures au monde. S'agissant des cas d'intoxication alimentaire, l'Agence des normes alimentaires (Food Standards Agency) a publié des travaux de recherche portant sur le nombre de personnes victimes chaque année d'une intoxication alimentaire au Royaume-Uni, qui offrent aux pouvoirs publics le tableau le plus détaillé jamais brossé à ce jour de ce problème.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Le Comité a précédemment demandé des informations sur l'évolution de la consommation de tabac (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que les taux de tabagisme en Angleterre sont à leur niveau le plus bas – en baisse à 16,9 % pour les adultes et à 8 % pour les jeunes de 15 ans. Les disparités régionales sont toutefois considérables. En Angleterre, 7,7 millions de personnes fument encore. Le rapport fait état de l'élaboration d'un nouveau plan de lutte contre le tabagisme qui s'attaque plus particulièrement aux effets nocifs du tabagisme chez les populations défavorisées.

Le Comité prend note des informations concernant le cadre juridique, des mesures prises et des données statistiques relatives à la consommation de tabac en Écosse. Le rapport fait état de la publication, en décembre 2015, d'un rapport détaillé sur la consommation de tabac en Irlande du Nord et de l'élaboration d'un plan d'action pour lutter contre le tabagisme au Pays de Galles.

Concernant l'alcool, le Comité a précédemment noté l'adoption, en mars 2012, d'une stratégie gouvernementale en matière d'alcool montrant comment les autorités nationales et locales, le secteur des boissons alcoolisées et la population elle-même pouvaient lutter contre les modes de consommation irresponsables. Le Comité a demandé à être informé de sa mise en œuvre (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que les pouvoirs publics continuent à s'appuyer sur la stratégie lancée en 2012 pour s'attaquer au fléau de l'alcool en tant que vecteur de criminalité et aider chacun à rester en bonne santé.

Le Comité prend note des mesures prises durant la période de référence, comme la nouvelle campagne « Change4Life », l'éducation aux risques de la consommation d'alcool en milieu scolaire, l'interdiction de vendre de l'alcool au-dessous d'un prix équivalent au prix majoré des droits d'accise et de la TVA afin d'éviter les pires cas de consommation nocive

d'alcool très bon marché, ainsi que les campagnes de sensibilisation des enfants et des jeunes.

Les données des enquêtes font apparaître une diminution constante, ces dernières années, de la proportion des jeunes de 11 à 15 ans buvant de l'alcool (passée de 61 % en 2003 à 38 % en 2014). Le rapport souligne cependant qu'elles tendent aussi à indiquer une augmentation de la consommation d'alcool sur le long terme et que les dommages liés à l'alcool sont toujours en hausse. Autrement dit, même si la consommation d'alcool tend, depuis peu, à diminuer globalement, la consommation à long terme a augmenté. Une minorité significative de la population abuse de l'alcool. Par exemple, 1,1 million des admissions à l'hôpital sont dues à des complications liées à l'alcool (7 % du total). Le rapport indique en outre que l'alcool reste l'un des quatre plus grands facteurs de risque comportementaux associés à la maladie et au décès au Royaume-Uni, les autres étant le tabagisme, l'obésité et le manque d'activité physique. Plus de 6 800 décès chaque année en Angleterre sont attribués à l'alcool.

Le rapport mentionne que l'une des mesures prises dans le cadre de la stratégie de lutte contre les drogues est de fournir une information exacte aux jeunes, mais aussi à leurs parents et aux personnes qui s'occupent d'eux, concernant les drogues et l'alcool par le biais de l'éducation et du service FRANK d'information et de conseil sur les drogues.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des informations actualisées sur les mesures prises pour prévenir et réduire la consommation d'alcool, de tabac et de drogue de l'ensemble de la population et notamment chez les jeunes, ainsi que des données montrant l'évolution de la consommation.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le rapport indique qu'au Royaume-Uni le programme de vaccination protège actuellement contre 16 maladies différentes. Il s'appuie sur les conseils d'experts indépendants de haut niveau regroupés au sein d'un comité conjoint (Joint Committee on Vaccination and Immunisation).

Les ajouts les plus récents sont les suivants : le vaccin contre la coqueluche pour les femmes enceintes (2012) ; le vaccin antirotavirus pour les nourrissons (2013) ; le vaccin contre le zona pour les personnes âgées (2013) ; le vaccin contre le sérogroupe B de la méningite à monocoque pour les nourrissons (2015) ; le vaccin contre le sérogroupe ACWY de la méningite à monocoque pour les adolescents (2015). Une campagne de vaccination des enfants contre la grippe saisonnière a en outre été lancée pour la première fois en 2013. Cela concernera à terme tous les enfants âgés de 2 à 16 ans, mais le vaccin n'a été administré qu'aux plus jeunes les premières années. En 2016-2017, il a été proposé à tous les enfants âgés de 2 à 7 ans. Selon le rapport, le taux de couverture vaccinale de la plupart des vaccins destinés aux enfants est élevé (plus de 90 %). Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport sur les taux de couverture vaccinale pour les principaux vaccins dans l'île de Man, qui sont supérieurs à 92 %.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les taux de couverture vaccinale pour les principaux vaccins dans tout le Royaume-Uni.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

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 Royaume-Uni.

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 XX-4 (2015)).

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions XX-2 (2013), XIX-2 (2009) et conclusions antérieures) pour une description des régimes de sécurité sociale de la Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord, qui sont deux régimes distincts mais équivalents. Le rapport précise que des accords de réciprocité permettent de faire en sorte que les deux systèmes fonctionnent comme s'il s'agissait d'un système unique, avec des taux de cotisation, des niveaux de prestations et des dates de début de prise en charge identiques. Le Comité constate que le 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 rapport confirme, en réponse à la question du Comité, que la totalité de la population résidant habituellement au Royaume-Uni est couverte par le système de santé universel. S'agissant des autres branches, le Comité relève dans le rapport soumis au titre du Code européen de sécurité sociale qu'en 2015, 47 % des résidents étaient affiliés au régime d'assurance maladie (30 512 000 personnes) ainsi qu'au régime d'assurance vieillesse et de survivant (30 527 000 personnes), et que 90 % des salariés (28 299 000 personnes) étaient couverts par l'assurance chômage (allocation de demandeur d'emploi). Le Comité a précédemment noté (Conclusions XIX-2 (2009)) que toutes les personnes résidant au Royaume-Uni pouvaient prétendre aux pensions non contributives de vieillesse, d'invalidité et de survivant, que tous les chômeurs à la recherche d'un emploi qui remplissaient les conditions requises avaient droit à des prestations de chômage et que tous les salariés étaient couverts par le régime d'assurance en cas d'accident du travail. Il demande que le prochain rapport indique quelles catégories de personnes (salariés, travailleurs indépendants, chômeurs, ensemble des résidents...) sont couverts pour chaque branche. Il rappelle en outre qu'afin de déterminer si une proportion importante de la population totale et/ou active jouit, au Royaume-Uni, d'un droit effectif à la sécurité sociale pour ce qui est des prestations prévues pour chaque branche, les Etats parties sont tenus de fournir des données chiffrées indiquant les taux de couverture pour chacune des branches de la sécurité sociale. Il demande que le prochain rapport contienne des informations détaillées et à jour sur la proportion de personnes couvertes par les différents régimes de sécurité sociale pendant la période de référence. Pour les prestations de chômage, de maladie, de vieillesse, d'invalidité, d'accident du travail et de survivant, le rapport devra préciser le pourcentage d'assurés au regard de la population active totale.

Caractère suffisant des prestations

Selon les données Eurostat, le revenu médian ajusté était, en 2015, de 20 945 € par an, soit 1 745 € par mois. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % dudit revenu, représentait 10 473 € par an, soit 873 € par mois (218 € par semaine). Le seuil correspondant à 40 % du revenu médian ajusté s'établissait à 698 € par mois (174,5 € par semaine).

Le Comité a précédemment estimé (Conclusions XX-2 (2013)) que les montants minima des prestations d'incapacité de courte et de longue durée, de la pension d'Etat et de l'allocation de demandeur d'emploi étaient manifestement insuffisants. Les autorités contestent cette conclusion dans leur rapport, arguant que le Comité n'a retenu que les prestations en soi, sans tenir compte du filet de sécurité que représentent les autres prestations et crédits

d'impôt existants. Selon le rapport, les prestations contributives sont complétées par une série de prestations non contributives servies sous conditions de ressources, telles que l'allocation d'emploi et de soutien et l'allocation de demandeur d'emploi, liées toutes deux aux revenus, l'allocation logement, l'allocation pour soins constants, l'allocation de subsistance pour invalides et la prestation d'aide à l'autonomie personnelle. Le rapport indique qu'il convient donc de prendre en compte le revenu global des ménages pour déterminer le caractère suffisant des prestations et souligne qu'au Royaume-Uni, 88 % des adultes d'une famille ou d'un foyer percevant des prestations contributives – allocation d'emploi et de soutien ou allocation de demandeur d'emploi – vivaient dans un ménage dont le revenu équivalent était supérieur à 40 % du revenu médian en 2014-2015 (s'agissant des ménages dont le revenu était inférieur à 40 % du revenu médian, le rapport précise que leur situation peut s'expliquer par le fait qu'ils disposent de capitaux en numéraire ou n'ont pas fait valoir leurs droits aux prestations liées aux revenus). Le Comité observe 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 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. Les prestations complémentaires, comme l'assistance sociale, ne sont prises en compte que si la prestation en question se situe entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté, tel que défini ci-dessus. Lorsque le niveau de la prestation est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté, il est manifestement insuffisant et son cumul avec d'autres prestations ne peut rendre la situation conforme à l'article 12§1.

S'agissant de l'**assurance maladie**, tout salarié qui gagne au moins 112 livres sterling (GBP) (158 €) par semaine peut percevoir des indemnités de maladie, prestations contributives versées à partir du quatrième jour d'incapacité et pendant 28 semaines au maximum. Les travailleurs, y compris les travailleurs indépendants, qui ne remplissent pas les conditions d'octroi requises ou qui ont épuisé leur droit aux indemnités de maladie peuvent prétendre à l'allocation d'emploi et de soutien. Celle-ci est accordée soit sur la base des cotisations à l'assurance nationale (allocation d'emploi et de soutien contributive), soit en raison des faibles revenus du demandeur (allocation d'emploi et de soutien liée aux revenus). Les deux allocations peuvent être versées concurremment. Pour avoir droit à l'allocation d'emploi et de soutien contributive, il faut justifier de cotisations à l'assurance nationale au cours des deux dernières années fiscales (soit avoir cotisé au minimum 26 semaines, soit avoir versé ou cumulé des cotisations à hauteur d'au moins 50 fois le seuil minimal). Depuis 2012, cette prestation peut être versée sur une durée d'un an au maximum aux personnes aptes à travailler. L'allocation d'emploi et de soutien liée aux revenus est quant à elle une prestation non contributive servie sans limite de temps. En 2015, les indemnités de maladie s'élevaient à 88,45 GBP (120 €) par semaine. Le montant de l'allocation d'emploi et de soutien varie selon l'âge du demandeur, sa situation personnelle et le moment auquel il sollicite les prestations. En 2015, pendant les treize premières semaines d'incapacité, l'allocation était de 57,90 ou 73,10 GBP (82 ou 103 €) par semaine, selon que le bénéficiaire avait moins ou plus de 25 ans. A compter de la quatorzième semaine d'incapacité, la prestation passait à 102,15 GBP (144 €) par semaine pour les personnes jugées aptes au travail et à 109,30 GBP (154 €) pour celles qui nécessitent un soutien. Les bénéficiaires entrant dans cette dernière catégorie et percevant l'allocation d'emploi et de soutien liée aux revenus avaient également droit à un complément pour invalidité représentant 15,75 GBP (22 €) par semaine. En outre, selon le rapport, les demandeurs peuvent obtenir des aides supplémentaires telles que la prestation d'autonomie personnelle, l'allocation logement, le crédit d'impôt pour enfant ou les allocations pour enfant. Le Comité note que les taux des indemnités maladie et les montants minima de l'allocation d'emploi et de soutien sont inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté. En conséquence, quelles que soient les prestations complémentaires d'assistance sociale qui peuvent être octroyées, le Comité considère que le niveau des prestations précitées est manifestement insuffisant.

Depuis 2008, l'allocation d'emploi et de soutien peut être servie non seulement en cas d'incapacité de courte durée mais également de longue durée (**invalidité**). La situation des allocataires des anciennes prestations d'incapacité est réexaminée depuis 2011 afin qu'ils puissent obtenir l'allocation d'emploi et de soutien, en tenant compte de leur capacité de travail. Cette allocation est appelée à demeurer une prestation contributive, tandis que le crédit universel, progressivement mis en place depuis 2013 (voir aussi les Conclusions relatives à l'article 13§1) sera de nature non contributive. Le Comité comprend, à la lecture du rapport, que des prestations d'incapacité de longue durée ont continué, pendant la période de référence, d'être servies dans certains cas, à raison de 105,35 GBP (montant de base) en 2015, soit 143 € par semaine, montant majoré si l'invalidité était survenue avant 35 ans ou entre 35 et 44 ans. Pour ce qui concerne les montants de l'allocation d'emploi et de soutien, le Comité renvoie aux observations ci-dessus et note qu'ils peuvent être majorés en cas d'invalidité plus pénalisante ou particulièrement grave (respectivement 15,75 et 61,85 GBP par semaine, soit 22 et 84 €). Les montants minima des prestations d'incapacité de longue durée et de l'allocation d'emploi et de soutien demeurant inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté, le Comité considère que le niveau de ces prestations est manifestement insuffisant.

Selon le rapport, la loi de 2012 relative à la réforme de la protection sociale a simplifié la procédure de demande de prestations pour **accident de travail**. Toutes les demandes formées dans le cadre des anciens dispositifs, supprimés par la loi précitée, ont été transférées au sein d'un seul et unique régime, celui des indemnités d'invalidité pour accident de travail ou maladie professionnelle. Tous les salariés sont obligatoirement protégés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, et le montant de la prestation dépend du degré d'incapacité (qui doit être d'au moins 14 %), indépendamment du caractère temporaire ou permanent de ladite incapacité. En 2015, en cas d'invalidité à 100 %, la prestation s'élevait à 168 GBP (237 €) par semaine. Le Comité estime ce montant suffisant.

Le régime des allocations **chômage** a été modifié en 2013, avec l'introduction de la nouvelle formule de l'allocation de demandeur d'emploi, une prestation contributive versée pendant 182 jours au maximum par période d'emploi. Les conditions de cotisation sont identiques à celles auxquelles était soumise l'ancienne prestation (50 semaines minimum de cotisations sur les deux dernières années, dont au moins 26 semaines sur une année). Outre ces conditions de cotisation, l'intéressé doit aussi, pour obtenir l'allocation « nouvelle formule », être disposé à travailler et à consacrer jusqu'à 35 heures par semaine à la recherche d'un emploi. Le non-respect des conditions liées à l'emploi entraîne une sanction financière (suspension du versement des prestations pendant une à 26 semaines). Le Comité rappelle que les chômeurs doivent disposer d'une période initiale raisonnable durant laquelle ils peuvent refuser une offre d'emploi ou de formation ne correspondant pas à leurs qualifications sans perdre leurs droits aux prestations de chômage. Il renvoie à ses Conclusions XXI-1 (2016) relatives à l'article 1§2, dans lesquelles il a indiqué que les allocataires de prestations de chômage étaient, en principe, en droit de refuser une offre d'emploi qui ne correspondait pas à leur profession habituelle durant les treize premières semaines (« période autorisée »), mais que les décisions étaient prises au cas par cas, en fonction de la situation personnelle. Il demande que le prochain rapport donne des précisions sur les sanctions applicables en cas de refus d'une offre d'emploi ne correspondant pas au profil de l'intéressé ainsi que sur les recours judiciaires offerts en pareil cas. Tout demandeur d'emploi, qu'il soit ou non en droit de percevoir l'allocation de demandeur d'emploi contributive, peut prétendre à une prestation non contributive (crédit universel) dès lors que ses ressources n'excèdent pas au total 16 000 GBP (22 583 €), que son conjoint ou partenaire ne travaille pas plus de 24 heures par semaine et qu'il réside au Royaume-Uni depuis au moins trois mois à la date de la demande. Cette aide liée aux revenus est servie pendant une durée illimitée, aussi longtemps que les conditions d'octroi demeurent remplies. En 2015, l'allocation de demandeur d'emploi s'élevait, dans sa nouvelle formule, à 57,90 GBP (82 €) par semaine pour un bénéficiaire âgé de 18 à 24 ans et à 73,10

GBP (103 €) par semaine pour un bénéficiaire âgé de plus de 24 ans. Le Comité note dans la base de données Missoc que le montant de base de l'allocation de demandeur d'emploi non contributive versée à une personne seule était identique à celui de l'allocation contributive. Il comprend, à la lecture du rapport, que les allocations contributives et non contributives peuvent être cumulées et que des prestations supplémentaires peuvent être perçues, telles que l'allocation d'emploi et de soutien et la prestation d'autonomie personnelle en cas d'incapacité de travail, l'allocation logement, les allocations pour enfant et le crédit d'impôt pour enfant. Il observe cependant que les niveaux minima des allocations de chômage (nouvelle formule de l'allocation de demandeur d'emploi et prestations non contributives) sont tous deux inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté et que, même en cas de cumul des prestations contributives et non contributives, ce seuil de 40 % n'est pas franchi, à tout le moins lorsque le bénéficiaire a moins de 25 ans. Le Comité considère par conséquent que le montant des prestations de chômage (contributives et non contributives) est manifestement insuffisant.

Le Comité note que le niveau des prestations contributives – allocation d'emploi et de soutien et allocation de demandeur d'emploi –, ainsi que des indemnités de maladie, a également été jugé trop bas pour satisfaire aux exigences de la Convention n° 102 de l'OIT (Observation (CEACR) – adoptée en 2016, publiée lors de la 106^e session de la Conférence internationale du Travail (2017), Convention n° 102 de 1952 concernant la sécurité sociale (norme minimum)) ainsi que du Code européen de sécurité sociale (Résolution du Comité des Ministres CM/ResCSS(2016)21 sur l'application du Code européen de sécurité sociale par le Royaume-Uni (période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015).

S'agissant des pensions de **vieillesse**, le rapport décrit le nouveau régime des pensions de l'Etat adopté en 2014, qui s'applique aux personnes atteignant l'âge légal de départ à la retraite après le 6 avril 2016. La mise en œuvre de cette réforme se situant hors période de référence, le Comité l'examinera lors de la prochaine appréciation de la conformité de la situation britannique au regard de l'article 12§1 de la Charte. Il demande que le prochain rapport donne toutes informations utiles et à jour à cet égard.

Pendant la période de référence, était en vigueur un régime de pension à deux niveaux, qui était composé d'une pension de base (forfaitaire) et d'une pension complémentaire (liée aux revenus) servie aux hommes de plus de 65 ans et aux femmes de plus de 63 ans justifiant au minimum de 30 années de cotisations. Une pension non contributive (crédit pension) était en outre proposée à ceux qui ne pouvaient prétendre à la pension contributive. Selon le rapport, la pension (contributive) de base à taux plein versée à une personne seule était de 115,95 GBP (164 €) en 2015 ; en moyenne, le montant de la pension s'établissait, en novembre 2015, à 130,71 GBP (186 €). Ce montant de base peut être majoré au titre du régime des pensions progressives et du régime des pensions complémentaires, en fonction de la durée et du niveau de cotisation. Selon le rapport, si l'on intègre ces deux majorations possibles, les prestations servies en novembre 2015 s'élevaient en moyenne à 136,03 GBP (193 €). Le Comité note que le montant de la pension nationale de base, pris isolément, est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté et qu'aucun minimum n'est prévu pour les majorations au titre des pensions progressives et complémentaires. Il ressort toutefois des exemples donnés dans le rapport que, sous conditions de ressources, le montant de base est complété par la pension non contributive, dont le montant s'établissait en 2015 à 151,20 GBP (214 €) pour une personne seule, auquel peuvent s'ajouter un certain nombre d'autres prestations liées à la situation personnelle de l'intéressé (âge, handicap, conditions climatiques hivernales,...) – l'allocation logement, l'allocation d'emploi et de soutien, l'allocation de chauffage (200 GBP, soit 283 €) ou encore la prime de Noël (10 GBP, soit 14 €) en font partie. Le Comité demande que le prochain rapport précise si le titulaire d'une pension de base dont les revenus, en y incluant la pension progressive et la pension complémentaire, seraient inférieurs au seuil légal, aurait droit à un complément sous la forme d'une pension non contributive. Il demande en outre que le prochain rapport indique

dans quels cas une personne pourrait, à l'inverse, ne percevoir que la pension de base, sans majoration d'aucune sorte. Dans l'attente, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961 aux motifs que :

- le niveau des indemnités de maladie est insuffisant ;
- le montant de base de l'allocation d'emploi et de soutien est insuffisant ;
- le niveau des prestations d'incapacité à long terme est insuffisant ;
- le niveau des prestations de chômage 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 du Royaume-Uni.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité prend note dans la base de données MISSOC des prestations qui sont gérées et servies au niveau central. Les prestations ci-après sont accordées sur la base d'un droit subjectif :

- aide au revenu (*Income Support*) – aide financière versée sous conditions de ressources aux personnes ne travaillant pas à plein temps, non soumises à l'obligation de s'inscrire au chômage et dont les revenus, quels qu'ils soient, ne dépassent pas un certain plafond ;
- allocation de chômage (*Jobseekers' Allowance*) – prestation versée sous conditions de ressources aux résidents inscrits au chômage dont les revenus, quels qu'ils soient, ne dépassent pas un certain plafond et n'ayant pas trouvé de travail à plein temps ;
- crédit de pension (*Pension Credit*) – revenu minimum garanti accordé sous conditions de ressources aux retraités et aux femmes ayant atteint l'âge d'ouverture du droit à une pension de l'État ;
- allocation d'emploi et de soutien (*Employment and Support Allowance – ESA*) – aide sociale versée sous conditions de ressources aux personnes qui sont en incapacité de travail en raison d'une maladie ou d'un handicap ;
- allocation de logement (*Housing benefit*) – prestation sociale accordée sous conditions de ressources aux actifs ou aux inactifs ayant de faibles revenus afin de les aider à s'acquitter de leur loyer.

Le rapport résume les principales dispositions de la loi de 2012 portant réforme de la protection sociale. Le Comité note qu'une allocation universelle (*Universal Credit*) a remplacé l'allocation de chômage versée sous conditions de ressources et d'autres prestations liées aux gains, comme l'allocation d'emploi et de soutien et l'aide au revenu. Selon le rapport, en novembre 2016 plus de 420 000 personnes bénéficiaient de l'allocation universelle.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013), le Comité a noté qu'en application de la loi de 2012 portant réforme de la protection sociale, les sanctions (suspension des prestations) seraient renforcées et les allocations de précarité ne seraient maintenues que pour les personnes les plus en difficulté. Il a demandé que le rapport suivant précise quels critères seraient appliqués dans la pratique pour faire en sorte que, conformément à la Charte, nul ne soit privé de tout moyen de subsistance. En réponse, le rapport indique que si une personne démontre qu'elle n'est pas en mesure de satisfaire ses besoins immédiats les plus élémentaires (logement, chauffage, nourriture et hygiène) en raison des sanctions, elle peut demander une allocation de précarité d'un montant équivalent à 60 % des sommes perçues habituellement. Les bénéficiaires de l'allocation universelle peuvent demander l'allocation de précarité du jour où le montant de leur prestation est minoré du fait d'une sanction. Les personnes qui n'y sont pas éligibles ou qui ne peuvent pas y accéder du jour au lendemain sont invitées à s'adresser aux autorités locales, auprès de qui elles peuvent recevoir une assistance immédiate. Toutes les collectivités vont adapter leurs dispositifs de soutien afin de pouvoir répondre aux besoins des populations locales.

Le Comité relève dans le rapport présenté par Just Fair, en octobre 2015, au Comité des droits économiques, sociaux et culturels (rapport parallèle sur la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) que les éléments disponibles portent à croire que la montée de la faim constatée au Royaume-Uni après la fin de la récession est intimement

liée à l'allongement des délais dans le versement des prestations, lequel tient à la fois à l'accroissement des sanctions infligées aux allocataires et à la multiplication des dysfonctionnements (retards et insuffisance des paiements notamment). En 2001, 279 840 sanctions avaient été prononcées au titre de l'allocation de chômage ; en 2013, leur nombre était passé à 553 000.

Selon Just Fair, des sanctions plus rigoureuses et des exigences de conditionnalité ont été mises en place par le gouvernement de coalition le 22 octobre 2012. Les bénéficiaires de l'allocation de chômage peuvent être sanctionnés par une suspension des versements pendant une période de quatre à 156 semaines, dès lors que le ministère du Travail et des Pensions (Department of Work and Pensions) estime que l'intéressé n'a pas fait tout son possible pour trouver du travail. Just Fair fait observer que le pourcentage élevé de recours ayant abouti contre des décisions visant des prestations sociales ne fait que confirmer la prévalence des dysfonctionnements.

Le Comité note également, toujours d'après la même source, qu'auparavant, lorsque des personnes étaient touchées par la faim en raison de sanctions ou de retards de paiement, elles pouvaient potentiellement souscrire des prêts ponctuels (*crisis loans*) pour faire face à ces difficultés et couvrir des dépenses vitales à court terme (nourriture ou habillement) ou bénéficier de subventions (*community care grants*) pour l'acquisition de produits de première nécessité, comme du matériel de cuisine. La responsabilité fiscale de ces dispositifs a cependant été transférée aux collectivités locales en avril 2013.

La capacité des prêts destinés à permettre aux allocataires de se procurer de la nourriture a été considérablement diminuée par le transfert de la responsabilité du dispositif à l'échelon local. De nombreuses municipalités ont en effet durci les critères d'octroi. En conséquence, seuls 20 % des fonds disponibles ont été dépensés durant les six premiers mois qui ont suivi le transfert ; certaines municipalités n'ont alloué qu'une part infime (1 %) du budget dédié à ces prêts. En janvier 2014, le Gouvernement a annoncé que ce fonds serait entièrement supprimé d'ici à avril 2015.

Le Comité observe que Just Fair recommande au Gouvernement de commanditer de nouvelles études afin de déterminer pourquoi le recours aux banques alimentaires a sensiblement augmenté ces dernières années. L'organisation recommande également que le Gouvernement réforme d'urgence le dispositif de sanction des allocataires et prenne des mesures pour réduire les délais de paiement des prestations.

Le Comité demande que le rapport suivant contienne des observations détaillées à propos des dysfonctionnements constatés et du système de sanction des allocataires. Il souligne que si ces informations ne sont pas communiquées, rien ne permettra d'établir que le droit à l'assistance sociale soit effectivement garanti à tous ceux qui en ont besoin.

Niveau des prestations

Afin d'apprécier la situation 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 les allocations personnelles (*Personal Allowances*) servies à une personne seule de plus de 25 ans s'élevaient à 103 € par semaine en 2015.
- Prestations supplémentaires : selon la base de données MISSOC, le montant de la prime versée à une personne seule s'élevait à 46 € par semaine. L'allocation de chauffage d'hiver (*Winter Fuel Payment*), une somme forfaitaire versée une fois par an, s'élevait à 282 € pour les personnes de moins de 80 ans et à 423 € pour celles âgées de 80 ans et plus. L'allocation pour climat froid (*Cold Weather Payment*), payée automatiquement aux bénéficiaires de prestations servies sous conditions de ressources, s'élevait à 35 €. Le Comité relève dans une autre source (<https://www.gov.uk/government/statistics/housing-benefit-caseload-statistics>) que le montant hebdomadaire moyen de l'allocation de logement

s'élevait en 2015 à 95 £ (123 €) pour tous les demandeurs (quel que soit le régime d'occupation).

- 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 873 €.

Le Comité considère que l'assistance sociale (prestations supplémentaires comprises) susceptible d'être obtenue par une personne seule sans ressources est suffisante puisqu'elle assure un niveau de revenu correspondant au seuil de pauvreté.

Droit de recours et assistance judiciaire

En réponse à la question du Comité, le rapport fait état de l'obligation de procéder à un réexamen (*Mandatory Reconsideration* – MR) du dossier depuis avril 2013 pour l'allocation universelle (*Universal Credit*) et l'allocation personnalisée d'autonomie (*Personal Independence Payment*), et depuis octobre 2014 pour toutes les autres prestations. Le Comité constate une baisse sensible des recours qui sont formés, particulièrement pour ce qui concerne l'allocation d'emploi et de soutien (ESA), depuis la mise en place de la procédure de réexamen obligatoire.

Selon le rapport, le réexamen obligatoire du dossier est une composante clé du processus de prise de décision qui, s'il est effectué correctement, profite à la fois aux demandeurs et au ministère. Le Comité consultatif en matière de sécurité sociale (Social Security Advisory Committee – SSAC) a décidé d'étudier l'efficacité du système mis en place, en se concentrant sur l'ESA. Dans un rapport récemment publié, tout en approuvant cette politique, il a formulé un certain nombre de recommandations concernant la procédure. Même si les données statistiques tendent à confirmer son efficacité – grâce à cette possibilité de verser de nouveaux éléments au dossier, très peu de demandeurs forment un recours –, le ministère reconnaît la nécessité d'apporter les améliorations recommandées par le SSAC (par exemple recueillir des informations essentielles à ce stade, plutôt que de demander que ces éléments soient produits en appel seulement) et donnera suite à ces recommandations au cours des prochains mois. Le Comité demande à être informé des résultats obtenus et que ces informations soient assorties des données statistiques pertinentes.

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, au vu des explications et des exemples de jurisprudence fournis, le Comité a estimé que le critère de « résidence habituelle », tel qu'il était appliqué au Royaume-Uni, était conforme à la Charte. Il a néanmoins demandé à être informé de

toute évolution législative ou autre dans ce domaine, ainsi que des données pertinentes concernant les demandes acceptées et rejetées s'agissant de l'admission au bénéfice des prestations d'assistance sociale et médicale.

Le Comité note que le Gouvernement a modifié, depuis 2013, un certain nombre de points concernant l'accès aux prestations des ressortissants d'États n'appartenant pas à l'Espace économique européen (EEE). Selon le rapport, ces mesures visent à assurer que seuls ceux qui se rendent au Royaume-Uni pour travailler et ont une chance réaliste de trouver un emploi puissent accéder aux prestations. Le Comité relève notamment qu'un critère de résidence habituelle plus exigeant a été introduit en décembre 2013 et utilisé pour les entretiens en face à face avec les migrants et les ressortissants britanniques de retour au Royaume-Uni qui demandaient des allocations. Ce renforcement des exigences a pour but de permettre aux décideurs de prendre des décisions plus cohérentes concernant l'admissibilité au bénéfice des prestations.

- Depuis le 1^{er} janvier 2014, les demandeurs d'emploi nouvellement arrivés ne peuvent pas demander l'allocation de chômage qui est versée sous conditions de ressources avant d'avoir séjourné au Royaume-Uni pendant une période de trois mois. Ils doivent en outre justifier d'une résidence habituelle. Cette mesure s'applique également aux ressortissants britanniques de retour au Royaume-Uni après une absence prolongée à l'étranger.
- Depuis le 1^{er} janvier 2014, la réglementation en matière d'immigration n'autorise les ressortissants d'un pays appartenant à l'EEE à résider au Royaume-Uni comme demandeur d'emploi ou comme personne ayant « conservé » son statut de salarié que pendant un maximum de six mois, à moins qu'ils n'aient une chance réelle de trouver un emploi. Après cette période de six mois, il est procédé à une évaluation des « perspectives réelles de travail » des bénéficiaires de l'allocation de chômage versée sous conditions de ressources. L'objectif est de déterminer si le demandeur va pouvoir commencer à travailler de façon imminente ou si un changement de situation pourrait déboucher sur une offre d'emploi éventuelle. En l'absence de dossier solide en ce sens, le droit de l'intéressé à résider au Royaume-Uni et à continuer à bénéficier de l'allocation prend fin. S'il peut se prévaloir d'une offre d'emploi, le versement de l'allocation est prorogé jusqu'à la date de début de l'emploi. Par ailleurs, à compter de novembre 2014, la durée de la période pendant laquelle les nouveaux demandeurs d'emploi originaires d'un pays de l'EEE peuvent solliciter l'allocation de chômage versée sous conditions de ressources a été réduite de six mois à 91 jours (après avoir rempli la condition initiale de trois mois de séjour), sauf évaluation positive de leurs perspectives de travail. En février 2015, cette mesure a été étendue aux allocataires de longue durée.
- Depuis le 1^{er} avril 2014, les migrants originaires d'un pays de l'EEE qui ont le droit de résider comme demandeur d'emploi n'ont plus accès à l'allocation de logement.
- Depuis le 10 juin 2015, les nouveaux migrants originaires d'un pays de l'EEE qui ont le droit de résider comme demandeur d'emploi n'ont plus accès à l'allocation universelle.

Le Comité rappelle que l'article 13§1 de la Charte ne régit pas les modalités d'admission des étrangers sur le territoire des États et que les règles relatives à l'attribution de la qualité de « résident » sont laissées aux législations nationales. Il en résulte qu'une condition de séjour ou de présence sur le territoire peut être exigée à ce titre. Cependant, dès lors que ce statut a été reconnu et que l'étranger concerné devient légalement résident, il devrait être éligible aux prestations en cas de besoin, sans condition de durée de résidence.

Le Comité constate que l'accès aux prestations des ressortissants de pays de l'EEE a été restreint (période d'attente de trois mois et obligation de prouver qu'ils ont de réelles

perspectives de travail après trois mois) ou refusé (allocation de logement et allocation universelle par exemple). S'agissant de l'application pratique de ces restrictions, il note, d'après une étude analysant l'accès des migrants originaires de pays de l'EEE aux prestations servies sous conditions de ressources (*Analysis of EEA Migrants' Access to Income-Related Benefits Measures*), que sur la période 2015-2016, 92 % des demandeurs d'emploi en provenance de l'EEE qui bénéficiaient de l'allocation de chômage depuis trois mois ou plus ont été privés de cette prestation, faute de pouvoir prouver qu'ils avaient de réelles perspectives de travail. Pendant la période initiale de mise en place de ces mesures (de novembre 2013 à août 2015), le nombre de nouvelles demandes d'allocation a chuté de 45 %, et le nombre de dossiers traités au niveau national a chuté de 68 %.

Le Comité demande si, durant la période d'attente de trois mois, ainsi que dans l'hypothèse où elles seraient dans l'impossibilité de se prévaloir de réelles perspectives de travail après trois mois, les personnes concernées – lesquelles se sont aussi vu refuser le droit à l'allocation de logement – qui ne sont pas en mesure de satisfaire leurs besoins immédiats les plus élémentaires (logement, chauffage, nourriture et hygiène) peuvent demander une allocation de précarité et, dans l'affirmative, en quoi consiste cette allocation. Il demande également quelle est la réglementation applicable aux ressortissants de pays n'appartenant pas à l'EEE. Le Comité demande enfin que le rapport suivant fournisse des données statistiques actualisées sur le nombre de ressortissants étrangers résidant légalement sur le territoire britannique qui ne satisfont pas au critère de résidence habituelle et se voient refuser l'accès aux prestations en raison des restrictions imposées. Entretemps, il réserve sa position.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

S'agissant de l'assistance médicale d'urgence, selon le rapport, certaines catégories d'étrangers en situation irrégulière sont exonérées du paiement des frais. Ceci vaut notamment pour les demandeurs d'asile et pour les demandeurs d'asile déboutés qui reçoivent une aide conformément à l'article 21 de la loi de 1948 relative à l'assistance nationale (*National Assistance Act 1948*) ou aux dispositions de la loi de 2014 sur les soins (*Care Act 2014*). D'autres ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire doivent acquitter tous les frais de soins reçus à l'hôpital, sauf en cas de gratuité des prestations elles-mêmes.

Un traitement jugé immédiatement nécessaire par un praticien hospitalier, ou considéré comme étant suffisamment urgent pour ne pas attendre le retour du patient dans son pays d'origine, sera toujours administré, indépendamment du fait que le patient ait réglé à l'avance les frais dont il est redevable ou soit en mesure de le faire. Cela ne veut pas dire que la prise en charge est alors gratuite. Les hôpitaux doivent toujours facturer les frais d'hospitalisation qui sont à la charge du patient et en exiger le paiement, mais peuvent décider de ne pas engager activement de poursuites pour recouvrer ces frais lorsque la personne est réellement démunie, s'ils considèrent que cela ne serait pas rentable.

S'agissant des soins primaires, les médecins généralistes disposent d'une certaine latitude quant aux patients du NHS [le système national de santé] qu'ils acceptent sur leurs listes et à qui ils dispensent gratuitement les services de soins de santé primaires. Ils ne peuvent toutefois rejeter une demande d'inscription sur leur liste de patients que s'ils ont un motif raisonnable de le faire, ce qui ne saurait englober le statut au regard de l'immigration. Tout soin primaire qu'un professionnel de santé juge nécessaire de dispenser immédiatement est prodigué même si l'intéressé n'est pas inscrit.

Dans sa conclusion précédente (article 13§4), le Comité a demandé que le rapport suivant indique si la conformité avec la Charte sociale est prise en considération par les autorités lorsqu'elles apprécient la nécessité de fournir une aide sociale d'urgence aux personnes non couvertes par la loi relative à l'assistance nationale.

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 1^{er} juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations à jour sur la façon dont ces obligations sont respectées en droit et en pratique pour ce qui est de l'aide sociale d'urgence.

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 du Royaume-Uni.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'interdiction de la discrimination des bénéficiaires de l'assistance sociale ou médicale dans l'exercice de leurs droits politiques ou sociaux.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 13§2 de la Charte de 1961.

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 Royaume-Uni.

Le Comité note, d'après le rapport, que la situation, qu'il a précédemment jugée conforme à la Charte (Conclusions 2013), n'a pas changé.

Il note cependant que dans les observations soumises au Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR) datées d'octobre 2015 (Rapport parallèle sur la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et en Irlande du Nord), Just Fair a constaté que les services de conseil aux citoyens voient leurs budgets baisser depuis quelques années et qu'ils se battent pour maintenir un même niveau de service alors que la demande n'a jamais été aussi forte qui s'explique par l'ampleur de la réforme de la protection sociale qui a été engagée. Selon Just Fair, les coupes budgétaires ont contraint les conseils à revoir à la baisse les aides financières accordées aux institutions caritatives de conseil, dont les bureaux de conseil aux citoyens. De nombreux services de conseil ont été contraints de réduire leurs effectifs.

Le Comité demande que le prochain rapport commente ces observations et indique quelles mesures ont été prises pour atténuer l'impact des coupes sombres dans les budgets des services de conseil. Il demande également des informations à jour sur le fonctionnement des services sociaux qui offrent des services gratuits de conseil et d'aide personnalisée spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 13§3 de la Charte de 1961.

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 Royaume-Uni.

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.

S'agissant de l'assistance médicale d'urgence, le Comité relève dans le rapport que les *soins primaires* sont toujours gratuits pour tous, en dehors du reste à charge obligatoirement dû par tous les patients (sauf s'ils bénéficient d'une exonération).

S'agissant des *soins secondaires*, le droit de bénéficier d'une prise en charge hospitalière gratuite dans un établissement du NHS est fonction de si la personne qui souhaite accéder au traitement est « résident ordinaire » au Royaume-Uni (c.-à-d., dans les grandes lignes, toute personne qui y vit légalement de façon volontaire et y est dûment établie pour le moment). Depuis avril 2015, les ressortissants de pays n'appartenant pas à l'EEE doivent en outre être titulaires d'un titre de séjour permanent.

Les personnes n'ayant pas le statut de résident ordinaire sont considérées comme des visiteurs étrangers et soumises au règlement de 2015 relatif au NHS (tarifs applicables aux visiteurs étrangers) tel que modifié (*NHS [Charges to Overseas Visitors] Regulations 2015, as amended*). Ce texte impose aux hôpitaux du NHS d'identifier les patients qui sont des visiteurs étrangers et de facturer et recouvrer les frais d'hospitalisation, sauf si l'exonération des frais prévue pour certaines catégories de patients énumérées dans ce règlement est applicable. Sont notamment exonérés les visiteurs étrangers ressortissants d'un État qui est partie contractante à la Charte sociale européenne, dès lors qu'ils se trouvent légalement sur le territoire britannique et ne disposent pas de ressources suffisantes pour payer ces frais. Ceci vaut uniquement pour les traitements qui s'avèreraient nécessaires durant leur séjour au Royaume-Uni.

Par ailleurs, depuis avril 2015, un supplément santé (*Immigration Health Surcharge*) est exigible aux ressortissants des États n'appartenant pas à l'EEE qui demandent un visa en vue d'entrer et de rester au Royaume-Uni pendant plus de six mois.

S'agissant de l'assistance sociale d'urgence, 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 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 1^{er} juillet 2014, par. 106).

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§4 concernant l'assistance sociale d'urgence apportée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et demande quelle est la situation pour ce qui est des étrangers se trouvant légalement sur le territoire.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 13§4 de la Charte de 1961.

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 Royaume-Uni.

Organisation des services sociaux

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des précisions concernant la réforme visant à permettre aux professionnels de la protection sociale de jouer leur rôle plus efficacement et de responsabiliser les usagers des services de protection sociale.

En réponse, le rapport précise que, depuis l'adoption de la loi de 2014 relative à la protection sociale (Care Act 2014), un nouveau système de protection sociale est entré en vigueur en Angleterre en avril 2015, qui donne la priorité à l'autonomie et au bien-être des personnes âgées dès le début et tout au long de leur prise en charge. Les mesures prévues par ladite loi devraient améliorer l'accès au dispositif, sa qualité et sa pérennité. Le texte en question fixe le cadre législatif du système de protection sociale des adultes. Il explique le fonctionnement du système, les responsabilités des collectivités territoriales et de leurs partenaires, ainsi que les droits des personnes qui ont besoin de services de protection sociale, de leurs familles et des aidants, les résultats attendus et leur expérience en la matière. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant la mise en œuvre concrète de la loi de 2014 relative à la protection sociale et l'impact de cette réforme sur les usagers des services de protection sociale.

Le rapport indique qu'en Écosse, le Gouvernement travaille en partenariat avec les usagers des services, les aidants, les collectivités locales, le Service national de santé (National Health Service), l'Inspection des services de protection sociale (Care Inspectorate) et les organismes bénévoles et indépendants dans le but d'améliorer les services sociaux de proximité. Dans ce même objectif, deux organismes publics ont été créés en avril 2011 : le Care Inspectorate, chargé de contrôler, réglementer et améliorer les services de protection et d'action sociale, et une instance baptisée « Healthcare Improvement Scotland », chargée de réglementer les services de soins de santé indépendants et de mettre en place des services de conseil d'expert, des orientations et des normes, afin d'améliorer les soins de santé et les services de protection sociale. Le Comité demande que le prochain rapport indique quel a été l'impact sur les usagers après l'introduction de ces deux nouveaux organismes publics.

En ce qui concerne l'Irlande du Nord, le rapport passe au crible l'offre de services sociaux et les dépenses qui y sont consacrées dans le cadre des principaux programmes de protection sociale et des activités déployées par les cinq organismes d'assistance médico-sociale (Health and Social Care Trusts). Ces organismes fournissent un large éventail de services intégrés de soins de santé et de protection sociale dans toute l'Irlande du Nord, gèrent et administrent les hôpitaux, les centres médicaux, les maisons de retraite, les centres de jour et d'autres établissements de santé et de protection sociale. En 2012, un examen des services de santé et de protection sociale (« Transforming Your Care ») a été mené en vue de formuler des recommandations quant au nouveau visage que devraient prendre ces services et d'élaborer un programme de mise en œuvre desdites recommandations. Certains volets essentiels du programme « Transforming Your Care » sont en cours d'exécution : c'est le cas du volet « Integrated Care Partnerships » (regrouper des prestataires de soins de santé et de protection sociale issus du secteur public et du secteur associatif) et du volet « Self Directed Support » (offrir davantage de choix, de souplesse et de contrôle aux usagers concernant leur budget de protection sociale et les services dont ils bénéficient). Le Comité demande que le prochain rapport indique quel a été l'impact de ces changements sur les usagers des services de protection sociale.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les évolutions législatives qui ont eu lieu au pays de Galles.

Le rapport précise qu'au pays de Galles, la question de savoir si les services de protection sociale devaient être payants a été posée à l'occasion de la réforme générale des services de protection sociale menée par le Gouvernement gallois, comme indiqué dans son document d'orientation stratégique « Fulfilled Lives, Supportive Communities » (juin 2008). Ce document a établi le principe selon lequel les services sociaux fournis par les collectivités locales devaient aider leurs bénéficiaires à conserver leur autonomie et à se maintenir à leur domicile le plus longtemps possible. Le Gouvernement gallois a modifié les dispositions relatives au financement des services de protection sociale. Une réforme plus profonde des services sociaux gallois a été menée hors période de référence.

Le rapport ajoute que la loi de 2014 relative aux services sociaux et au bien-être (pays de Galles) est entrée en vigueur en avril 2016, soit hors période de référence. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre concrète de cette loi et sur l'impact de cette réforme sur les usagers des services sociaux concernés.

Le rapport fournit des informations concernant l'organisation des services sociaux sur l'île de Man. La responsabilité des services de protection sociale et de soins de santé mentale a été transférée au nouveau Département de la santé et de la protection sociale depuis le 1^{er} avril 2014. La Division de la protection sociale est scindée en trois domaines de services : les adultes, les enfants et familles et la santé mentale. Les dépenses totales pour les trois domaines s'élevaient à 25 063 000 GBP en 2015/2016. S'agissant du cadre juridique, la loi de 2011 relative aux services sociaux et la loi de 1981 relative aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou handicapées régissent la fourniture de services aux adultes admis au bénéfice des services de protection sociale et leur évaluation. Le rapport précise qu'un système de critères d'évaluation permettant de garantir un accès équitable aux services de protection sociale a été mis en place en décembre 2013. Dans le cadre de ce système, les besoins des personnes admises au bénéfice des services de protection sociale sont évalués et une participation financière peut leur être demandée en échange de la fourniture de services adaptés. En vertu du Règlement de 2013 relatif aux services de protection sociale (Regulation of Care Act 2013), tous les membres du personnel des services de protection sociale doivent être enregistrés auprès du Conseil des professionnels des soins de santé (Health Care Professionals Council – HCPC). Le rapport décrit certains services fournis et présente des données statistiques sur l'activité des services sociaux.

Accès égal et effectif

S'agissant de l'accès égal et effectif aux services sociaux, le Comité renvoie à sa précédente conclusion, dans laquelle il a jugé la situation conforme à la Charte.

Le rapport présente des tableaux contenant des données statistiques détaillées, pour la période de référence, portant sur les effectifs des services sociaux, l'activité des services à la personne (places en maisons de retraite, nombre de bénéficiaires de soins à domicile, programmes de soins infirmiers à domicile, etc.) et la répartition des dépenses affectées en 2014/2015 à chaque programme de prise en charge en Irlande du Nord.

Le rapport fait aussi état d'un certain nombre de mesures, programmes, consignes et règlements mis en œuvre afin d'améliorer les services sociaux destinés aux enfants et aux jeunes. En 2014, le Département de l'éducation a réformé le programme de prise en charge et la réglementation relative aux maisons pour enfants dans le but d'améliorer la sécurité des enfants placés en institution. Le rapport souligne que la première stratégie intergouvernementale à l'intention des personnes qui quittent les structures de prise en charge a été publiée en 2013. La stratégie insiste sur l'importance qu'il y a à ce que les différents services ministériels travaillent de manière cohérente afin de répondre aux besoins des personnes qui quittent les structures de prise en charge et modifie certaines politiques et pratiques pour que ces dernières soient mieux accompagnées. Un premier bilan des progrès accomplis a été publié en 2014, pour s'assurer que l'accompagnement

des personnes qui quittent les structures de prise en charge soit intégré dans toutes les politiques ministérielles touchant à ces questions.

D'après le rapport, la loi de 2014 relative aux enfants et aux familles représente une étape supplémentaire dans l'engagement du Gouvernement à améliorer les services destinés aux enfants et aux familles vulnérables. Elle introduit des changements visant à renforcer la protection de l'enfance.

Qualité des services

Le Comité renvoie à ses précédentes conclusions pour des informations détaillées sur la qualité des services et la protection des données.

Le rapport précise que la Commission de la qualité des soins (Care Quality Commission) supervise les normes nationales et s'assure qu'elles sont respectées par les hôpitaux, les établissements de soins et les services de soins, y compris les services de soins à domicile. Elle veille à ce que les services de soins de santé et de protection sociale offrent des prestations de qualité, sûres et efficaces et les encourage à s'améliorer. Elle promeut et protège également le droit à l'égalité et les droits de l'homme de quiconque utilise lesdits services. Il lui incombe en outre de protéger les droits fondamentaux des personnes se trouvant en situation de vulnérabilité, telles que les personnes visées par la loi relative à la santé mentale et la loi relative aux capacités mentales – garanties en cas de privation de liberté.

Le rapport précise qu'en application de la loi relative à la protection des libertés, adoptée en 2012, un service chargé de protéger les usagers vulnérables (le Disclosure and Barring Service – DBS), aide les employeurs à recruter des personnes fiables pour travailler avec les groupes vulnérables, notamment les enfants.

Le rapport ajoute qu'en Irlande du Nord, l'Autorité pour la réglementation et l'amélioration de la qualité des prestations, créée en 2005, est chargée d'enregistrer et d'inspecter divers services de santé et de protection sociale fournis par des prestataires publics et indépendants, et d'encourager leur amélioration, conformément à l'ordonnance de 2003 relative aux services de santé et aux services sociaux personnels (qualité, amélioration et contrôle) (Irlande du Nord) et ses règlements d'application. L'Autorité contrôle notamment les maisons de retraite, les maisons de soins, les foyers d'accueil pour enfants, les prestataires de soins de santé indépendants, les structures de soins infirmiers, les structures de placement d'adultes, les structures de soins à domicile, les centres d'hébergement familiaux et les centres de jour. Elle inspecte aussi les internats. Le Conseil de la protection sociale d'Irlande du Nord réglemente les activités du personnel des services sociaux. Il a été créé dans le but de renforcer la protection des usagers par un contrôle du personnel des services sociaux et des formations professionnelles destinées aux travailleurs sociaux. À cette fin, il a élaboré un code de bonnes pratiques professionnelles et de conduite à l'intention des travailleurs du secteur de la protection sociale. Le code de bonnes pratiques à l'intention des employeurs du secteur de la protection sociale, établi par ledit Conseil, définit, pour sa part, les responsabilités des employeurs en ce qui concerne la réglementation du travail social.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961.

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 Royaume-Uni.

Le rapport précise que le Département de la santé reconnaît le rôle vital joué par les particuliers et les organisations bénévoles dans la fourniture de services aux usagers. Selon le Livre blanc *Caring for our future : reforming care and support* (Préparons notre avenir : comment réformer l'assistance et la prise en charge, 2012) le Département de la santé a pour mission d'aider les citoyens à contribuer à la collectivité par le biais de programmes de bénévolat et de favoriser le développement de réseaux locaux de soutien permettant aux habitants d'un quartier de mettre leurs talents, leurs compétences et leur temps au service de la collectivité.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé des informations sur la mise en œuvre du Compact, accord régissant les relations entre le Gouvernement et les organisations de la société civile, telles que les organisations caritatives, en Angleterre.

En réponse à la question du Comité, le rapport précise que le Compact offre un cadre permettant de développer un travail en partenariat efficace et mutuellement bénéfique entre le Gouvernement et les organisations de la société civile (OSC). Il porte sur des domaines tels que la promotion de la participation des OSC à la conception des politiques et des services et à leur mise en œuvre, les dispositifs de financement, la promotion de l'égalité et le renforcement de l'autonomie. D'après le rapport, le Gouvernement demeure favorable à la poursuite du Compact et fera connaître sans tarder sa décision concernant son renouvellement.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé, en l'absence d'informations sur la question de la discrimination, 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 indique en réponse que la loi de 2010 relative à l'égalité garantit l'égalité de traitement dans l'accès aux services privés et publics, et interdit la discrimination fondée sur tous les motifs visés par la protection, à savoir l'âge, le handicap, le changement de sexe, le mariage et le partenariat civil, la race, les convictions religieuses ou autres, le sexe et l'orientation sexuelle. Il souligne que les juridictions civiles peuvent être saisies en cas de violation de la loi.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions XX-2 (2013)), le Comité a demandé quel était le budget total consacré aux subventions allouées au secteur bénévole par le Département de la santé.

Le rapport précise que l'enveloppe budgétaire totale affectée aux subventions destinées aux organisations du secteur bénévole était en 2015-2016 de 66 420 935 GBP.

Le rapport souligne également que le Care Act (2014) stipule que les autorités locales doivent promouvoir le fonctionnement efficace et efficient d'un marché durable des services pour répondre aux besoins de soins et de soutien et s'assurer qu'il existe un choix significatif de prestataires qui, pris ensemble, fournir une variété de services. Il peut s'agir de prestataires privés indépendants, d'organismes du tiers secteur, d'organisations bénévoles ou d'association locales, en ce compris des petites entreprises, des entreprises dirigées par des usagers et ou des entreprises mutualistes.

Le rapport fait également état d'un certain nombre d'initiatives et de rapports, assortis de conseils détaillés et d'outils, qui cherchent à encourager les services sociaux du secteur public à adopter une approche plus stratégique du bénévolat.

Le Comité, en l'absence d'informations concernant les mécanismes de contrôle pour contrôler la qualité des services et les droits des utilisateurs, demande au prochain rapport de fournir des informations actualisées sur la mise en place d'un système de contrôle efficace des services sociaux également dans le secteur privé.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni est conforme à l'article 14§2 de la Charte de 1961.